

Op weg naar vermindering van de wachttijden in de GGZ



**Een samenhangende regionale aanpak GGZ
Taskforce Zuid-Hollandse Eilanden**

Versie, 28 april 2020

Urgentie en 'call to action'

Per jaar worden zo'n 500.000 mensen behandeld in de specialistische GGZ. Op peildatum van juni 2019 wachtten er ongeveer 37.750 mensen van 18 jaar en ouder op specialistische GGZ. Dat blijkt uit een peiling die in juni 2019 onder zorgaanbieders is gehouden. Van deze groep wachtenden komt 73% binnen 14 weken in behandeling. Bij de basis GGZ is er geen sprake van een wachttijdenprobleem. Daar wordt 92% van de wachtenden binnen de 14 weken norm geholpen. Het overschrijden van de in de sector geldende normen (Treeknormen) heeft dus voor een belangrijk deel te maken met de complexiteit van de zorg. De wachttijden binnen de GGZ Jeugd zijn vooral binnen de diagnosegroepen autisme, ADHD en gedragsstoornissen hoog te noemen, meer dan 50% ligt boven de Treeknorm. Wachttijden in de GGZ bestaan al jaren, deze worden echter steeds langer en vormen een groeiend landelijk probleem.

Om het landelijke probleem met toenemende en oplopende wachttijden in de GGZ aan te pakken heeft VWS in 2018 KPMG de opdracht gegeven om vertegenwoordigers van partijen zoals zorgverzekeraars, GGZ-organisaties, gemeenten en huisartsen onderverdeeld in 29 regio's in het land bijeen te brengen. Deze bijeenkomsten werden landelijk gedaan onder de noemer: Regionale Taskforces wachttijden GGZ. Eén van deze was de Regionale Taskforce Zuid-Hollandse Eilanden.

De opdracht luidde: *"inventariseer per regio de knelpunten en oplossingsrichtingen die er liggen binnen de wachttijden problematiek. Tracht aansluiting bij een bestaand overleg of nieuwe vorm te zoeken om de regio er zelf verder mee aan de slag te laten gaan"*.

GGZ-partijen, gemeenten, verzekeraars en huisartsen uit de regio Zuid-Hollandse Eilanden hebben eind 2018 de handschoen opgepakt en aangegeven het onwenselijk te vinden dat mensen te lang moeten wachten op GGZ-zorg. Daarom is de intentie aanwezig de krachten te bundelen om de wachttijden in de GGZ terug

te dringen. Dat kan door in de regio de samenwerking tussen zorgaanbieders, cliëntvertegenwoordigers/-initiatieven en financiers te versterken. In de dagelijkse praktijk blijkt dit echter een lastige klus.

Bestuurders of vertegenwoordigers van partijen zijn uitgenodigd om begin 2020 opnieuw bijeen te komen om een samenhangende integrale aanpak te gaan bespreken. Dit document vormt een leidraad voor gesprek op weg naar een vermindering van de wachttijden in de GGZ.

Taskforce Wachttijden GGZ Zuid-Hollandse Eilanden

- 2 GGZ organisaties: Parnassia Groep, Antes onderdeel van Parnassia Groep, FortaGroep. (waarvan de 1^e twee ook stakeholders van de Rotterdamse GGZ Taskforce zijn).
In het gehele voortraject is ook GGZ Delfland betrokken geweest. In verband met langdurige ziekte en het net starten van een nieuwe manager is GGZ Delfland tijdelijk afgehaakt en hopen in een later stadium weer aan te sluiten.
- 6 Gemeenten: Brielle, Goeree Overflakkee, Hellevoetsluis, Hoeksche Waard, Nissewaard, Westvoorne.
- 4 Huisartsenorganisaties: Cohaesie, Haringvliet, Hoeksewaard, Kiek.
- 1 Zorgverzekeraar: CZ

Inhoudsopgave

1. Inleiding en terugblik op 2018 - 2019	4
2018: Bevindingen KPMG traject Zuid-Hollandse Eilanden	4
Voorgestelde prioritering oplossingsrichtingen.....	5
2019: Procesbegeleiding vanuit Steunpunt KOEL.....	5
2. Missie, visie & doelstellingen	7
Missie en visie.....	7
Doelstellingen	7
3. De inhoudelijke opzet van het programma	9
Thema 1: Laagdrempelig overleg / laagdrempelige consultatie met psychiater.....	10
Thema 2a: Inzet POH-GGZ Jeugd in huisartsenpraktijk Voorne Putten Goeree Overflakkee	11
Thema 2b: Inzet POH GGZ Jeugd in huisartsenpraktijk Hoeksche Waard	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Thema 3: Multidisciplinaire scholing en kennisuitwisseling huisartsen en POH-GGZ.....	14
Thema 4: Heen- en terugverwijzing én warme overdracht.....	15
Thema 5: Visieplan eHealth vanuit huisartsenzorg-/praktijk.....	16
Thema 6: Regionale afstemming intakes GGZ-organisaties Volwassenen.....	16
Thema 7: Focus op behandelduur.....	18
4. De organisatie van het programma	19
Programmastructuur.....	19
Stuurgroep	19
Procesbegeleider	20
Projecten	21
Verbinding met de eigen organisatie.....	21
Overlegstructuur	21
Organisatievorm	21
5. Investerings	22
Bijlage 1: Data ZHE nov. 2018	23
Bijlage 2: Rol Stuurgroep	26
Bijlage 3: Intentieverklaring Taskforce GGZ-wachttijden	27

1. Inleiding en terugblik op 2018 - 2019

In dit hoofdstuk blikken we terug op de periode 2018 – 2019 en beschrijven we de bevindingen van het proces tot nu toe.

2018: Bevindingen KPMG traject Zuid-Hollandse Eilanden

KPMG heeft voor betrokken partijen uit de Zuid-Hollandse Eilanden hier in 2018 twee bijeenkomsten voor georganiseerd.

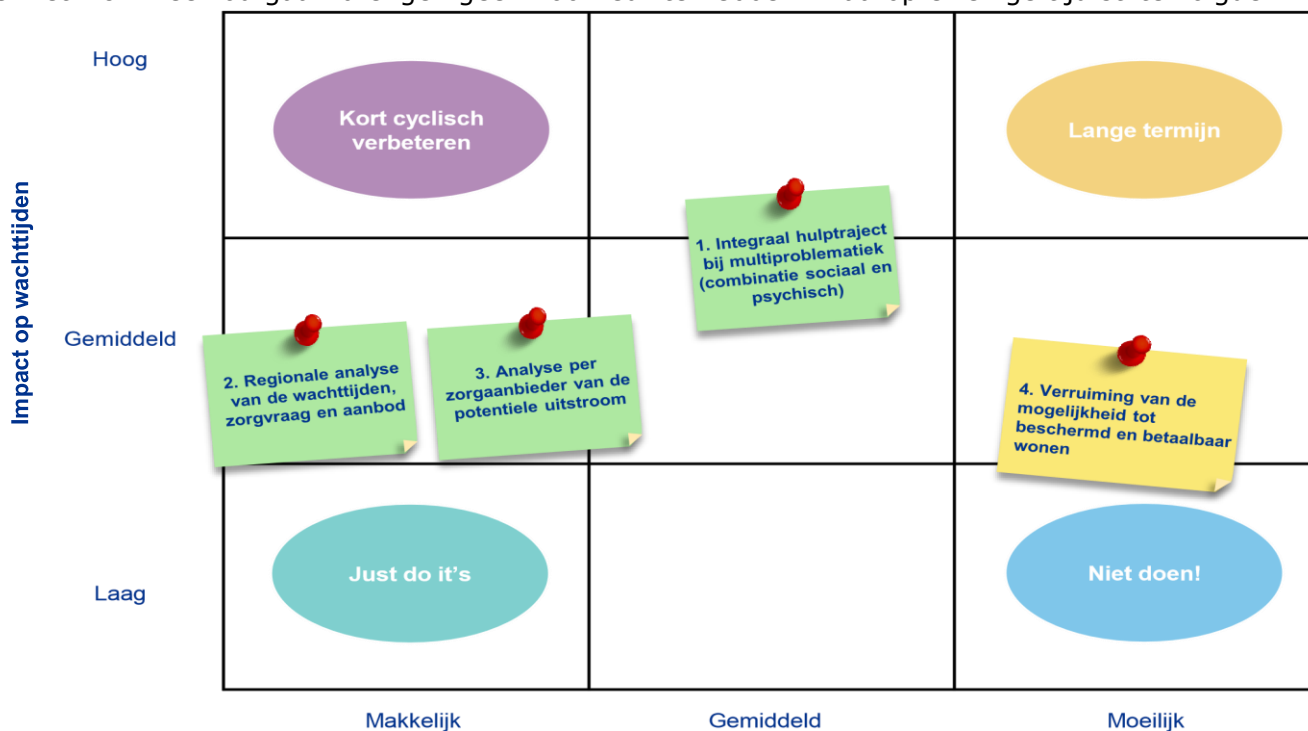
De uitkomst hiervan leidde tot onderstaande analyse:

1. Suboptimale instroom	2. Suboptimale doorstroom	3. Suboptimale uitstroom
Wachttijden ontstaan door onvoldoende gezamenlijke aanpak in keten. Knelpunten/oplossingen: ✓ Onvoldoende aansluiting op hulpvraag patiënt door HA-praktijk, GGZ, sociaal domein gezamenlijk. Vereist meer preventieve maatregelen in voorliggend veld. ✓ Onvoldoende benutting consultatiefunctie GGZ vanuit HA-praktijken.	Vertraging doorstroom door onvoldoende aansluiting van het zorgaanbod op behoefte patiënten met Multi problematiek. Knelpunten/oplossingen: ✓ Betere inzet van co behandeling bij dubbeldiagnostiek of een integraal hulptraject met zorgaanbieders uit GGZ en sociaal domein.	Suboptimale uitstroom creëert opstopping en verlengt daarmee wachttijden aan de voorkant. Knelpunten/oplossingen: ✓ Angst bij GGZ-behandelaren om patiënten los te laten. Analyse nodig van de potentiële uitstroom, waarin zorgaanbieders hun patiënten identificeren die langer dan twee jaar gebruik maken van de specialistische GGZ, voornamelijk gefocust op de ambulante GGZ. ✓ Onvoldoende capaciteit bij beschermd wonen. Verruiming van de capaciteit van beschermd en betaald wonen is een oplossing, maar ligt op de lange termijn.
Overkoepelende knelpunten		
4. Onbekendheid omvang wachtlijsten-problematiek	5. Onvoldoende integrale samenwerking	
Een regionale analyse van de wachttijden, zorgvraag en zorgaanbod is nodig om inzichtelijk te maken welke doelgroepen te maken hebben met onaanvaardbare hoge wachttijden, waar de grootste zorgvraag in de regio ligt en of het beschikbare aanbod in de regio hier voldoende op aansluit. De beschikbare data van o.a. Vektis geven slechts een eerste beeld van de omvang van de problematiek. De data zijn bovendien nog in ontwikkeling.	Stakeholders van de regionale taskforce werken op dit moment nog onvoldoende integraal samen om "matched care" te kunnen leveren. Om matched care te leveren zijn een goede aansluiting van de GGZ bij het sociaal domein (wijkteams) en het netwerk van de patiënt nodig en moeten de lijnen tussen huisartsen/POH-GGZ en de GGZ kort zijn.	

Voorgestelde prioritering oplossingsrichtingen

De stakeholders van de Regionale Taskforce kwamen met elkaar tot de oplossingsrichtingen zoals hiernaast aangegeven.

De verdere uitwerking hiervan is vervolgens bij het veld terug gelegd, waarbij gekeken zou worden of er bij een bestaande regiotafel aangesloten kon worden (OGGZ) overleg of een andere vorm gekozen werd. Aansluiting bij de OGGZ tafel bleek gezien de reeds drukke agenda en de hoeveelheid tijd die de Taskforce met zich mee zou gaan brengen geen voorkeur te hebben. Waarop er enige tijd stilte volgde.



2019: Procesbegeleiding vanuit Steunpunt KOEL

Steunpunt KOEL - de Regionale Ondersteuningsstructuur voor de eerstelijns - heeft zich vervolgens begin 2019 als onafhankelijk procesbegeleider bereid verklaard het samenwerkingsproces tussen de stakeholders van de Regionale Taskforce ZHE te begeleiden. De betrokken partijen stemden hiermee in.

Voor het opstellen van dit programmaplan zijn er verschillende activiteiten uitgevoerd.

• Interviews

Elke deelnemende partij is door KOEL individueel benaderd voor kennismaking, uitgebreidere inventarisatie van de problematiek, mogelijke nog niet eerdergenoemde oplossingen en of men nog partijen miste. Tot slot is naar het draagvlak en mandaat gevraagd en of zij vanuit een gezamenlijke verantwoordelijkheid en intentie tot verregaande samenwerking de complexe GGZ wachttijden problematiek wilden aanpakken.

Deze intentie werd door elke partij uitgesproken.

• Dataonderzoek

Dataonderzoek naar de wachttijden in de regio¹.

• Gezamenlijke bijeenkomst

De uitkomsten van de gesprekken en het dataonderzoek werden op een gezamenlijke bijeenkomst in mei 2018 gedeeld aan de deelnemers. Door elke partij (gemeenten, ggz aanbieders en huisartsenzorggroepen) werd er vervolgens voorkeuren aangegeven aan welke oplossingsrichtingen zij wilden gaan werken.

¹ Het data onderzoek bracht aan het licht dat er in de regio een duidelijke overschrijding was van de Treeknormen, waar met name de wachttijden het hoogst waren bij persoonlijkheidsstoornissen, eetstoornissen en bipolaire stoornissen (zie bijlage 1). Partijen waren echter ook ICT technisch onvoldoende ingericht data aan te leveren waarmee een diepere regio analyse mogelijk zou zijn. In de gesprekken met de grootste aanbieder van beschermd wonen kwam naar voren dat op de ZHE er geen wachtlijsten waren.

- **Plannen vervolg bijeenkomst**

Een volgende geplande bijeenkomst na de zomerperiode kende enige temporisatie door o.a. het moeizaam kunnen komen tot een datum waarop iedereen weer aanwezig kon zijn. Het voorstel tot het indelen in werkgroepen, waardoor de data planning beter zou verlopen en men effectief aan de slag kon gaan, werd door partijen gewaardeerd, evenals het voorstel om tot een intentieverklaring te gaan komen.

- **Samenhangend programmaplan**

Uit gesprekken lijkt het streven om tot een intentieverklaring te komen door partijen te worden gedeeld, maar met de uitdrukkelijke wens van partijen² om tot een integraal programmaplan te komen, als onderlegger van de intentieverklaring.

Tijdens de gezamenlijke bijeenkomst in februari 2020 hebben de deelnemers hun plannen gepresenteerd. De deelnemers hebben deze verder uitgewerkt waarvan u het resultaat ziet in het programmaplan zoals dat nu voor u ligt. Ondertussen gaan de werkgroepen al van start en volgt er nog een datum voor de gezamenlijke ondertekening van de intentieverklaring.

- * Bij de komst van Covid-19 in maart 2020 heeft dit ook zijn gevolgen voor de Taskforce. Zowel gemeenten, huisartsenzorg als de GGZ-aanbieders hebben momenteel vele andere prioriteiten. Desondanks zijn er al veel contacten gelegd en is er al veel werk verricht, maar kent natuurlijk ook zijn vertraging. Voor de gezamenlijke ondertekening wordt gekeken naar de mogelijkheid van een videoconference.

² In eerste instantie vanuit de huisartsenorganisaties, later ook vanuit de GGZ-organisaties.
Programmaplan 'Op weg naar vermindering van de wachttijden in de GGZ' 28 april 2020

2. Missie, visie & doelstellingen

Zoals hierboven beschreven hebben de partijen in eerdere bijeenkomsten gesproken over de huidige problematiek en potentiële oplossingsrichtingen. Gezamenlijk zijn de partijen ook tot de conclusie gekomen dat de oplossing niet bij één der partijen ligt, maar gelegen is in een integrale aanpak, waarbij alle ketenpartners betrokken zijn. Partijen willen de handen ineen slaan om gezamenlijk te komen tot concrete oplossingen die leiden tot een vermindering van de wachttijden in de GGZ. Dit kan tevens in afstemming zijn met andere organisaties in onze regio, die een essentiële rol spelen in de zorg voor mensen met psychische problematiek (zoals vrijgevestigde GGZ-organisaties die generalistische basis GGZ aanbieden).

Het voorliggende programmaplan vormt de eerste aanzet voor een integrale aanpak³ en samenwerking tussen de aanbieders. Als onderdeel van dit programmaplan worden de doelstellingen en de aanpak om deze doelstellingen te realiseren, beschreven. In de eerstvolgende bijeenkomst van betrokken partijen moet besproken worden hoe partijen invulling gaan geven aan het definitieve programmaplan en of er behoefte is aan het opstellen van een intentieverklaring van partijen.

Aan Steunpunt KOEL is gevraagd de taak op zich te nemen om als procesbegeleider de partijen te begeleiden naar de vorm, inhoud en aanpak hiervan.

Missie en visie

Betrokken stakeholders streven met een regionale, integrale aanpak naar het tijdig ontvangen van de juiste GGZ zorg en ondersteuning op de juiste plek voor iedere inwoner van de Zuid-Hollandse Eilanden (ZHE).

De aanpak valt uiteen in de volgende drie elementen/fasen:

1. Het geven van tijdige, passende en juiste⁴ GGZ zorg voor en ondersteuning aan de inwoners van de ZHE staat centraal. Een gezamenlijk, regionaal belang zorgt ervoor dat dit perspectief leidend is.
2. Komen tot een samenhangend netwerk staat centraal om tijdig de juiste GGZ zorg en ondersteuning op de juiste plek te kunnen bieden, waarbij er aandacht is voor het regionale karakter (elkaar weten te vinden en leren van elkaar over de organisatie- en gemeentelijke grenzen heen).
3. Als onderdeel van de aanpak staan de volgende begrippen centraal:
 - ✓ Gezamenlijk (keten- en domein overstijgend).
 - ✓ Regionaal (over organisatie- en gemeentelijke grenzen).
 - ✓ Innovatief (qua samenwerkingsvormen, qua proces en qua technische, praktische innovaties).
 - ✓ Duurzaam (redenerend vanuit een gezamenlijk toekomstperspectief, waarbij de focus ligt op de inwoners van de ZHE die een risico lopen op het ontwikkelen van GGZ problematiek en/of psychosociale problemen en/ of GGZ problematiek hebben).

Doelstellingen

Om een gezamenlijke, integrale aanpak op korte termijn in de praktijk vorm te kunnen geven (en praktische resultaten met elkaar te behalen), richt dit programmaplan zich op de eerste 12 maanden. Waarbij, afhankelijk van de behaalde successen, het plan zich uitstekend leent als onderlegger voor nieuwe activiteiten die mee kunnen helpen het complexe vraagstuk van de wachttijden te kunnen oplossen.

³ Waarmee bedoeld wordt een mix van interventies en activiteiten in verschillende settingen voor verschillende doelgroepen in samenwerking met meerdere partners in de regio ZHE die verantwoordelijk zijn voor de GGZ en de wachttijden in de GGZ willen aanpakken.

⁴ Met 'tijdig' wordt binnen de treeknorm bedoeld. De termen passend en juiste hebben raakvlakken met elkaar. In de context van het programma wordt met 'passend' geschikt bij de situatie van de cliënt bedoeld. Met 'juiste' wordt de inzet van zorg bedoeld; op het goede moment, niet te zwaar en niet te licht.

De doelstellingen hierin zijn:

- Behalen van de inhoudelijke doelstellingen die op pagina 10 t/m 18 binnen de thema groepen en op bij activiteiten en beoogde resultaten zijn weergegeven⁵.
- Op zowel bestuurlijk als uitvoerend niveau de basis leggen voor een samenhangend netwerk. Gezamenlijk op-/beetpakken en vertrouwen zijn hierin de basis.
- Inrichten van een programmastructuur, commitment en betrokkenheid tonen in de uitvoering hiervan. Waarvan dit programmavoorstel een direct uitvloeisel is.

Algemeen:

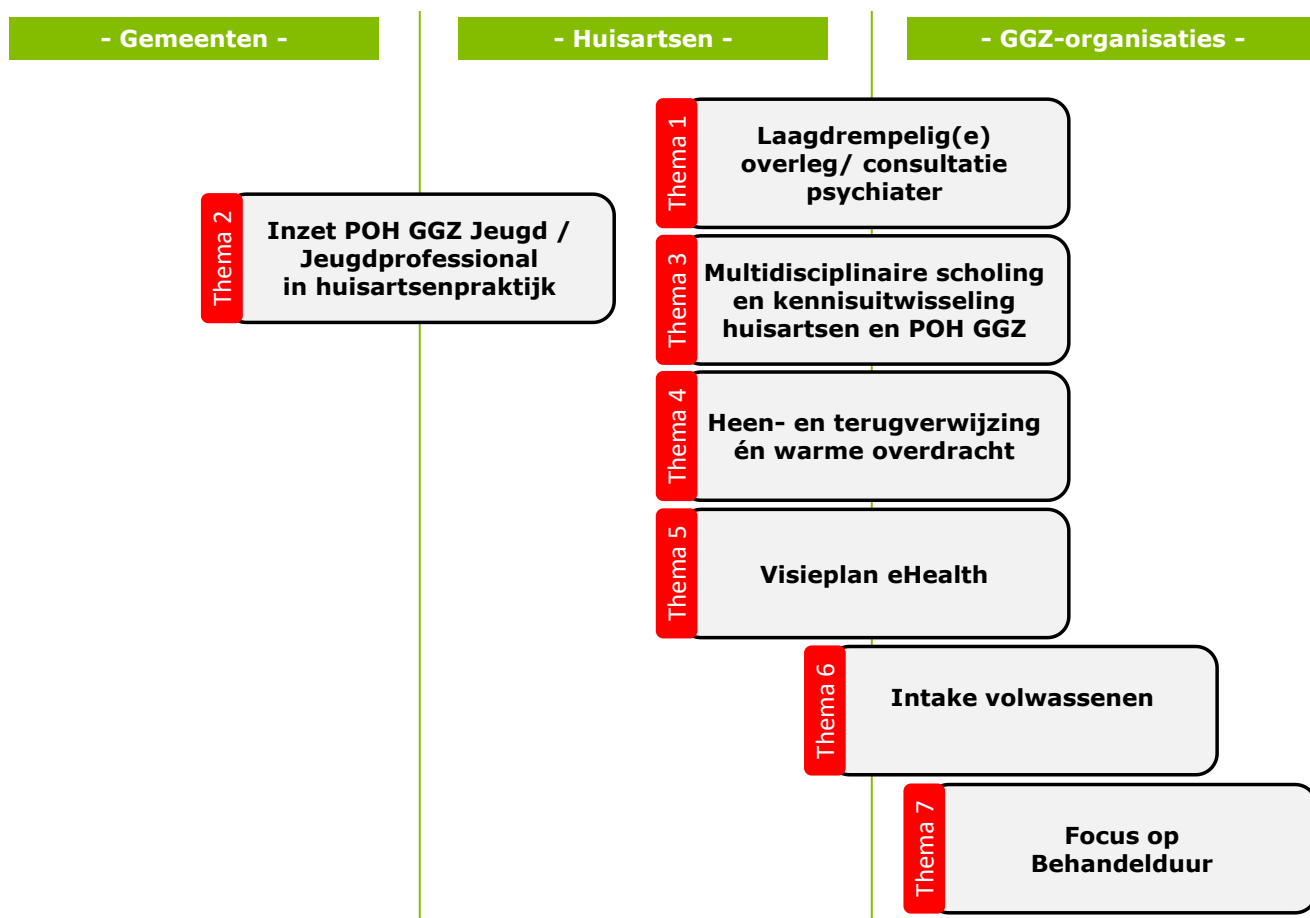
Op www.wegvandewachtlijst.nl/regios zijn de plannen van aanpak, initiatieven en voor zover mogelijk de behaalde resultaten van alle in het land opererende Taskforces te vinden. Dit programmaplan en de behaalde resultaten worden hier ook op gezet.

⁵ Aanvulling: Wanneer doelstellingen niet behaald worden, kan de reden(en)t beargumenteerd en onderbouwd door cijfers inzichtelijk gemaakt worden.

3. De inhoudelijke opzet van het programma

De probleem analyse heeft vele problematieken naar boven gebracht die een oplossing behoeven. Deze zijn teveel om tegelijk aan te pakken. De deelnemers van de Taskforce hebben gezamenlijk 7-tal thema's benoemd. Deze thema's hebben raakvlakken met elkaar, waarbij partijen onderling elkaar nodig hebben om tot afspraken en acties te komen. Onderstaand figuur geeft daar een overzicht van. In dit hoofdstuk wordt ieder thema in hoofdlijnen uitgewerkt. In een werkgroep wordt het desbetreffende thema verder uitgewerkt in een project. Wanneer projecten afgesloten zijn, wordt er in de stuurgroep bepaald welke zaken er nog meer opgepakt kunnen worden.

Overzicht thema's



Thema 1: Laagdrempelig overleg / laagdrempelige consultatie met psychiater

Doel	• Zo lang mogelijk de zorg aangeboden in de woonomgeving van de patiënt (onnodige/ onjuiste verwijzing voorkomen, behandeladvies om aanmelding te voorkomen, etc.) door laagdrempelige consultatie met psychiater, waarmee zo snel mogelijk antwoord komt op de vraag (urgent / niet-urgent).
Toelichting	• De huisartsenzorg kan veel doen voor mensen met psychische problematiek zolang de samenwerking met de GGZ goed loopt. Het vliegwiel voor betere samenwerking is elkaar kennen en elkaar snel kunnen bereiken voor overleg. Dat betekent praktisch gezien dat huisartsen en GGZ-behandelaars elkaar gemakkelijk moeten kunnen bellen voor overleg over een patiënt (intercollegiaal overleg).⁶ • Er zijn verschillende vormen van consultatie (telefonisch, digitaal, fysiek). • NHG/LHV-Standpunt Geestelijke gezondheidszorg in de huisartsenzorg (2014) maakt een onderscheid tussen intercollegiaal overleg en consultatie. • Uitgangspunt: wat nu goed loopt, houden zo! • Tijdens Avond-, Nacht- en Weekend (ANW)-uren gebruik maken van het Stroomschema 'Afspraken huisartsen en Crisisdienst Antes (Parnassia Groep)' Regio Rotterdam, Capelle a/d IJssel, Voorne Putten Rozenburg, Goeree Overflakkee en Hoeksche Waard. • Vaste aanspreekpunten in de regio maakt consulteren en verwijzen laagdrempelig (verbetert onderlinge samenwerking, elkaar kennen).
Resultaat	• Huisartsenpraktijk(en) kunnen laagdrempelig een psychiater consulteren en/of overleggen over een patiënt die (nog) niet in behandeling is in de GGZ door afspraken over goede bereikbaarheid voor consultatie (onnodige/onjuiste verwijzing voorkomen, behandeladvies om aanmelding te voorkomen, etc.) • Vaste psychiaters in de regio.
Huidige situatie	<i>GGZ organisaties</i> • Parnassia Groep heeft voor volwassenen bijvoorbeeld een spoedpolikliniek in Hellevoetsluis (bereikbaar 9.00-17.00 uur) en breidt uit naar Spijkenisse; Verwijzerspunt (telefonisch en per mail); digitale consultatie/overleg via het Parnassia Groep Portaal (VIPLive). • Parnassia Groep heeft in het contract met huisartsenpraktijk POH-GGZ volwassenen een optie m.b.t. inzet psychiater. • Ziekenhuis Spijkenisse Medisch Centrum start met samenwerking GGZ Delfland, idee is om psychiatrisch verpleegkundige te koppelen aan de HAP+. <i>Huisartsenorganisaties</i> • Bijna alle huisartsenpraktijken zijn aangesloten op VIPLive. De huisartsen zijn niet allemaal op de hoogte van consultatiefunctie van Parnassia Groep via VIP. • Hoeksche Waard: Huisartsenpraktijk Molenaar heeft een (zelfstandige) psychiater in de praktijk. De behoefte vanuit de huisartsen dat structureel een vaste psychiater fysiek geconsulteerd kan worden in de regio. • Gezondheidscentrum De Akkers/Spijkenisse heeft sinds jaren een eigen consultatiefunctie met een vrij gevestigd psychiater, maar willen i.p.v. hiervan graag consultatiefunctie met psychiater GGZ Delfland inrichten (i.v.m. korte geografische lijnen). Gesprekken zijn gaande. • Op dit moment onvoldoende duidelijkheid over financiering en consultatiemogelijkheden met psychiater.
Acties/ stappen	1. Inventariseren huidig aanbod consultatie (doelgroep, wijze → vormen consultatie). 2. Afstemmen en (door)ontwikkelen van (nieuwe en bestaande) vormen van (laagdrempelige) consultatie en welke informatie minimaal nodig is (paraat,

⁶ Bijdrage LHV, NHG en InEen tbv Algemeen Overleg GGZ 29 januari aan Tweede Kamer (20 jan. 2020)
 Programmaplan 'Op weg naar vermindering van de wachttijden in de GGZ' 28 april 2020

	schriftelijk). Cross media: telefonisch; digitaal (app, mail, VIP, ZorgDomein); post (postduif), fysiek. 3. Uitwerken financiering.
Betrokken partijen	• Huisartsenorganisaties (in onderlinge afstemming). • GGZ-organisaties (in onderlinge afstemming). • Zorgverzekeraars.

Thema 2a: Inzet POH-GGZ Jeugd in huisartsenpraktijk → Voorne-Putten Goeree-Overflakkee

Doel	• Een laagdrempelige toegang tot en snelle toeleiding naar JGGZ-voorzieningen voor jeugdige patiënten met psychische en psychosociale klachten en problemen. • Inzetten van ondersteuning die aansluit bij de hulpvraag van de jeugdige: licht waar dat kan en zwaar waar dat moet. • Integrale aanpak van (J)GGZ-problematiek in gezinnen en van jeugdigen. • De samenwerking versterken tussen huisartsen, lokale Jeugdondersteuningsteams/CJG's, de Jeugdgezondheidszorg (jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen), het onderwijs, de Jeugdhulpinstellingen en de Gecertificeerde Instellingen (Jeugdbescherming en Jeugdreclassering). • Voorkomen van voortijdige doorverwijzingen naar de tweedelijnszorg door een verschuiving van de specialistische JGGZ naar begeleiding i.h.k.v. de huisartsenzorg en de Jeugdondersteuningsteams waar dat mogelijk is.
Resultaat	• Lerend netwerk POH-GGZ Jeugd/Jeugdprofessionals op Zuid-Hollandse Eilanden, minimaal intervisie en 1-2-jaarlijks symposium. • Triage conform actuele richtlijnen van de klachten in de huisartsenpraktijk. • Snelle en passende ondersteuning van jeugdigen. • Versteven van inzet van voorliggende voorzieningen en van lokale jeugdteams/CJG. • Effectieve afstemming tussen verschillende instellingen over de benodigde ondersteuning (1 kind, 1 gezin, 1 plan). • De beschikbare middelen voor specialistische jeugdhulp beschikbaar houden voor jeugdigen die deze ondersteuning echt nodig hebben.
Huidige situatie	• Nissewaard is medio 2017 gestart met pilots. Ongeveer 80% van de huisartsen heeft een POH-GGZ Jeugd. • 2 praktijken in Hellevoetsluis POH-GGZ Jeugd (pilotpraktijken). • Brielle gaat voorjaar 2020 starten met een pilot bij 1 huisartsenpraktijk. Praktijk in Brielle heeft een actieve rol in de voorbereiding. • Westvoorne gaat in gesprek (oriënterend) met de huisartsen over de mogelijke inzet van een POH-GGZ Jeugd. • Goeree-Overflakkee streeft dit jaar om pilots te draaien bij een aantal huisartsenpraktijken. Goeree-Overflakkee gaat dit jaar met huisartsen in gesprek over de mogelijke invulling van een pilot.
Acties/stappen	Lokaal worden stappen gezet in diverse stadia van ontwikkeling: • Er wordt vanuit de gemeenten stappen gezet om te komen tot regionale afspraken en kaders over de inzet van een POH-GGZ Jeugd die ingaan op inventarisatie, randvoorwaarden, bekostiging, regionaal overleg en monitoring⁷. Hierbij wordt afzonderlijk en gezamenlijk overleg gevoerd met zorgkoepels, jeugdhulpinstellingen en zorgverzekeraar CZ. • Realiseren inzet van POH-GGZ Jeugd in de huisartsenpraktijk. Dit varieert momenteel bij gemeenten van oriëntatie, opstarten en doorontwikkeling.

⁷ Leidraad samenwerking huisartsen en gemeenten rond jeugd (VGN en LHV, 17 september 2018).
 Programmaplan 'Op weg naar vermindering van de wachttijden in de GGZ' 28 april 2020

Betrokken partijen	- Gemeenten. KeizersVisser Overheidsconsultancy, extern projectleider Bert Deuling (tot uiterlijk eind 2020) is ingehuurd vanuit de Gemeenten. Aanspreekpunt: Anika Dekker en Patricia van der Valk fungeren als vertegenwoordiging voor de regio Voorne Putten & Goeree Overflakkee. - Huisartsenorganisaties⁸: Zorggroepen Haringvliet, Cohaesie⁹ en Kiek - CZ - Jeugdhulpinstellingen
--------------------	---

Thema 2b: Inzet jeugdprofessional in huisartsenpraktijk → Hoeksche Waard

Doel	De doelstelling van de pilot luidt als volgt: - Hulp voor een jeugdige organiseren op de juiste plek, waarmee het aantal directe verwijzingen naar de lokale voorzieningen wordt versterkt, jeugdhulp door de jeugdprofessional van het jeugdteam wordt uitgevoerd, verwijzingen naar de tweede lijn worden teruggedrongen én de huisartsentaak niet wordt verzwaaard slechts verrijkt met een keuze. - Het creëren, uitbreiden en consolideren van een structurele samenwerking in de Hoeksche Waard tussen de huisartsenpraktijk en de jeugdprofessional als onderdeel van het jeugdteam. 'Wereld doorbrekend' werken, waarbij bruggen geslagen worden tussen de wereld van de huisartsenzorg en de jeugdprofessionals uit het jeugdteam.
Resultaat	Voorkomen zorgkosten door onnodige (of ondoelmatige) verwijzingen van de gespecialiseerde GGZ/2e lijn.
Huidige situatie	Er nemen twee grote huisartsenpraktijken deel aan de pilot. In de pilot wordt een JGGZ aangesteld die als extra verbindende schakel zich positioneert in het werkveld van de huisarts en jeugdteam. De huisarts verwijst een jeugdige patiënt met een indicatie voor GGZ-zorg in eerste instantie door naar de JGGZ. De JGGZ komt in dienst van Stichting Jeugdteams Zuid Holland Zuid en wordt medewerker in het jeugdteam. Vanuit het jeugdteam gaat de JGGZ vooral samenwerken met en in de huisartsenpraktijken in de Hoeksche Waard.
Acties/stappen	Dit jaar vindt er een uitbreiding plaats naar twee andere huisartsenpraktijken. Hiervoor is St Jeugdteam gestart met de werving.
Betrokken partijen	Huisarts: De huisarts is bereid om de toeleiding naar de GGZ via de JGGZ te laten verlopen. Daarover maakt de huisarts werkafspraken met de jeugdprofessional. Het blijft voor de huisarts mogelijk om direct door te verwijzen naar de gespecialiseerde GGZ, maar door middel van deze pilot wordt onderzocht of door het intensiveren van de diagnostische fase en het professionaliseren van de toeleiding beter kan worden voorzien in de vraag van de jeugdige. Het jeugdteam:

⁸ De huisartsenorganisaties zien de volgende punten graag terug in het beleidskader van de gemeenten: risicoprofiel voor kinderen tot 18 jaar; protocol spoed- en crisiszorg voor kind en jongvolwassenen; helder beeld hoe de organisatie van verslavingsproblematiek bij kinderen en jongvolwassenen is geregeld; inwerkprogramma voor de POH-GGZ Jeugd. Deze punten worden in de volgende fase van de taskforce uitgewerkt.

⁹ De huisartsen in Rozenburg, Hoogvliet & Pernis (gemeente Rotterdam) zijn tevens aangesloten bij Cohaesie. Cohaesie volgt m.b.t. de inzet van POH-GGZ Jeugd in Rotterdam de ontwikkelingen van de Regionale Huisartsen Coalitie Rotterdam i.o. en heeft zelf contact met de gemeente Rotterdam. Daarnaast stemt Cohaesie met bovengenoemde partijen af in welke onderdelen ook de huisartsen in Rozenburg, Hoogvliet & Pernis kunnen worden meegenomen.

In het jeugdteam werkt een JGGZ die deels werkt in de huisartsenpraktijk en deels werkt in het jeugdteam. De JGGZ zorgt voor een uitbreiding van de GGZ kennis in het team en is op consultatie beschikbaar voor GGZ vragen vanuit het jeugdteam. Met als doel de GGZ verwijzingen naar gespecialiseerde zorg af te laten nemen en de samenwerking tussen huisarts en jeugdteam te intensiveren. Zo nodig sluit de JGGZ aan bij het teamoverleg van het jeugdteam.

Zorggroep Hoeksewaard:

ZGHW volgt met deelnemend huisartsen en gemeenten het verloop van deze pilot. Om te leren en de werkwijze breder uit te rollen over de Hoeksche Waard indien succesvol. Een vast aanspreekpunt bij ZGHW zal zorgen voor:

- Afstemming op hoofdlijnen met de gemeenten en het jeugdteam.
- Ondersteunen bij het aanpassen van werkproces op de praktijken indien gewenst.
- Het vastleggen van de gemaakte werk- en resultaatafspraken op de praktijk.
- Tussentijdse informatie over verloop van de pilot, verbeterpunten en evaluatie.

De gemeente:

De gemeente heeft de pilot geïnitieerd en gefaciliteerd. Deze pilot beoogd om zorg welke bekostigd wordt vanuit de gemeente efficiënter in te richten. De gemeente neemt actief deel in de evaluatie en levert hiervoor ook de benodigde gegevens aan. In het kader van de AVG wordt de impact van deze pilot op informatieveiligheid door de gemeenten in kaart gebracht. Indien nodig worden maatregelen getroffen om risico's die verbonden zijn aan deze andere manier van werken op te heffen.

Thema 3: Multidisciplinaire scholing en kennisuitwisseling huisartsen en POH-GGZ

Doel	Het inrichten van een netwerk met als doel deskundigheidsbevordering en toename van de kwaliteit (de verwijzingen adequater beter worden), elkaars 'wereld kennen', elkaar weten te vinden en het delen van kennis over sociale kaart (beter geïnformeerd te zijn over het aanbod, de kwaliteit en verwijzingsmogelijkheden). Dit moet leiden naar kennis en kwaliteit toename in de 1e lijn GGZ, de verwijzingen adequater beter worden, de GGZ aanbieders en huisartsen 'een gezicht' krijgen waardoor samenwerking bevorderd kan worden.
Resultaat	Een netwerk van huisartsenpraktijken, POH-GGZ Jeugd / Jeugdprofessionals en POH Volwassenen is opgezet voor het uitwisselen van kennis en ervaring. Op afroep wordt de Basis en Specialistisch GGZ betrokken.
Huidige situatie	• Hoeksche Waard, Haringvliet en Cohesie hebben afzonderlijk contact met Parnassia Groep over (inhoudelijke) scholingen. • FortaGroep biedt diverse scholingsmogelijkheden voor POH-GGZ. Er is een regionaal scholingsoverleg (vanuit de chronische zorg) met deelnemers (scholingscoördinator) vanuit de verschillende zorggroepen, zoals Zorggroep Hoeksche Waard, Zorggroep Haringvliet, Cohesie. GGZ valt hier nu niet onder.
Acties/stappen	1. Organiseren van gezamenlijke scholing naar behoefte voor POH-GGZ Jeugd /Jeugdprofessional, POH Volwassenen en huisartsen. Bijvoorbeeld casuïstiek bespreking. Tevens kan een onderdeel van de scholing de nieuwe ontwikkelingen zijn. 2. Inventariseren welke simpele eHealth/digitale mogelijkheden voor professionals er zijn voor het laagdrempelig uitwisselen van informatie tussen in ieder geval POH-GGZ (Jeugd/Jeugdprofessionals en Volwassenen) en huisartsen. (bijv. online platform 'app groep' en bijv. informatie over de sociale kaart). 3. Opzetten van een lerend netwerk op de Zuid-Hollandse Eilanden, waarbij gezamenlijk scholing kan organiseren en intervisiebijeenkomsten en symposia.
Betrokken partijen	• Huisartsenorganisaties (afzonderlijk en/of dan wel in onderlinge afstemming). • GGZ-organisaties waar POH-GGZ zijn gedetacheerd: FortaGroep, Indigo (indien van toepassing). De GGZ instellingen zullen hierin onderling samenwerken.

Thema 4: Heen- en terugverwijzing én warme overdracht

Doel	Adequate heen- en terugverwijzing én warme overdracht met als doel een goed geïnformeerde patiënt en zorgverlener (huisarts/specialist).
Resultaat	Voor patiëntengroepen met GGZ-problematiek zijn afspraken gemaakt over heen- en terugverwijzing én warme overdracht. Streven is uniformiteit tussen GGZ-organisaties.
Huidige situatie	- Huisartsenpraktijken gebruiken over het algemeen als verwijsapplicatie Zorgdomein. De verwijsapplicatie bevat informatie over soort afspraak; verwijscriteria; voorbereiding die patiënt en huisarts kan doen voor de afspraak; informatie die aan patiënt meegegeven kan worden en actuele wachttijd. Parnassia Groep is in gesprek met Zorgdomein en huisartsen in de regio Rijnmond –Regionale coalitie Rijnmond over een 'betere' weergave van het aanbod in Zorgdomein (1 huisarts uit Spijkenisse ook bij betrokken). - Bij huisartsen komt het vaak voor dat patiënten bij doorverwijzing niet terecht kunnen en zonder overleg 'teruggestuurd worden' zonder dat alternatieven worden aangeboden. - Als patiënten ontslagen worden uit 2^e lijn is dit niet altijd bekend bij huisarts. - Op dit moment wordt door GGZ organisaties wachtlijst begeleiding ontwikkeld (bijv. Fit op weg poli of online voortraject (bij FortaGroep Hoogvliet, mocht er in de toekomst een wachtlijst ontstaan). Tevens heeft Parnassia Groep/Antes wachtgroepen (in Rotterdam). Er is een landelijke NHG/GGZ Nederland-Richtlijn Informatie-uitwisseling huisarts-tweedelijns GGZ¹⁰ en Verwijsafspraken geestelijke gezondheidszorg 2020 van Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹¹
Acties/ stappen	1. Identificeren van verwijzingen die wél goed lopen. Inventariseren welke verwijzingen (nog) niet goed lopen. Indien gewenst vereenvoudigen van huidige verwijsafspraken. Maken van nadere afspraken over met welke patiëntengroep te starten. 2. Analyseren inhoud verwijsredenmenu GGZ in ZorgDomein van het aanbod in onze regio. 3. Afspraken maken over warme overdracht en terugverwijzing. Het is bij die overdracht van groot belang dat de huisarts/POH-GGZ zich bekwaam voelt om deze patiënt over te nemen en dat overleg met de behandelaar in de GGZ mogelijk is en blijft. Dat is een voorwaarde voor het bieden van goede zorg aan GGZ-patiënten in de huisartsenpraktijk.¹² Uitbreiden van wachtlijstbegeleiding in de regio, zodat dit aanbod dichtbij de patiënt aanwezig is.
Betrokken partijen	- Huisartsenorganisaties (in onderlinge afstemming). - GGZ-organisaties.

¹⁰ https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/ggz_verwijsbrief_envelop.pdf

¹¹ https://www.lhv.nl/sites/default/files/content/lhv_nl/uploads/nieuws/verwijsafspraken_geestelijke_gezondheidszorg_2020.pdf

¹² Bijdrage LHV, NHG en InEen tbv Algemeen Overleg GGZ 29 januari aan Tweede Kamer (20 jan. 2020)

Thema 5: Visieplan eHealth vanuit huisartsenzorg-/praktijk

Doel	Meer zicht op de eHealth die wordt gebruikt en met welk doel en het komen tot een visieplan.
Resultaat	Overzicht eHealth mogelijkheden en van daaruit een regionaal plan ontwikkelen waar de focus op wordt gelegd.
Huidige situatie	• Onvoldoende zicht op de eHealthmogelijkheden (patiënt, patiënt-zorgverlener, zorgverlener-zorgverlener). • Parnassia Groep biedt eHealth voor de patiënt aan vanuit NHC en Mirro vanuit het Parnassia Groep Portaal. De POH-GGZ'ers gedetacheerd door FortaGroep hebben allemaal de beschikking over eHealth modules die tevens beschikbaar blijven voor een patiënt na afronding (via Therapieland). • VIPLive heeft koppelmogelijkheden met eHealth platforms voor de patiënt.
Acties/stappen	Inventariseren verschillende eHealthtoepassingen vanuit de huisartsenpraktijken (POH GGZ volwassenen en POH Jeugd & Gezin/Jeugdprofessional) en met welk doel deze worden toegepast.
Betrokken partijen	• Huisartsenorganisaties (in onderlinge afstemming). • GGZ-organisaties.

Thema 6: Regionale afstemming intakes GGZ-organisaties Volwassenen

Doel	Het komen tot een regionale afstemming intakes, waarbij gezamenlijk criteria worden vastgesteld voor een efficiënte intake waardoor draaideur patiënten en/of afhakers die na enige tijd terugkomen bij dezelfde of andere GGZ aanbieder in de regio niet opnieuw de gehele intakeprocedure hoeven te doorlopen. Samen de zorg dragen voor patiënten binnen de regio ZHE.
Resultaat	Met alle betrokken partijen zijn binnen een jaar afspraken gemaakt over een efficiënte intake, uitgezet en in gang gezet. Inclusief monitoring- en evaluatie afspraken die aantoonbaar maken of de nagestreefde doelen bereikt zijn of kunnen worden bereikt binnen een realistische tijdsperiode.
Huidige situatie	Iedere GGZ-aanbieder heeft z'n eigen intakeprocedure en voorwaarden waaraan deze moet voldoen. Bij onderlinge doorverwijzing doet collega aanbieder, conform eigen procedure, de intake nogmaals. Dit zorgt ervoor dat: • Patiënt meerdere keren zijn hele verhaal moet doen. • Intake dubbel wordt gedaan. Een extra capaciteit van behandelaars, die ook anders/beter benut had kunnen worden. • Onderlinge doorverwijzingen worden niet altijd serieus genomen of doorverwijzingen zijn niet passend bij zorgaanbod van GGZ-aanbieder. • GGZ-organisaties in de regio zijn onvoldoende op de hoogte van elkaars zorgaanbod. • Er is onvoldoende zicht op ontbrekend zorgaanbod in de regio. • De onderlinge samenwerking binnen de regio is onvoldoende en daar kunnen patiënten met complexe problematiek de dupe van zijn, omdat er geen gezamenlijke verantwoordelijkheid genomen wordt voor de 'moeilijke' patiënt. • Externe verwijzingen van elkaar niet accepteren, waardoor de huisarts als tussenpersoon betrokken moet worden of dat een dure psychiater hiervoor wordt vrijgemaakt.
Acties/stappen	Regionale werkgroep waarin PG (Antes/Indigo) en FortaGroep deelnemen. 1. Werkgroep GGZ Formuleren met inhoudelijke afgevaardigden van de betrokken organisaties. 2. Agenda afspraken maken (elke maand een bijeenkomst over de regionale intake)

	afspraken met elke 6 weken afstemming met de interne opdrachtgevers (stuurgroep) voor het komende half jaar (start per april). Waarna de gemaakte afspraken geïmplementeerd zijn of kunnen worden binnen de organisaties als nieuw beleid (waarna het zich automatisch vervolgd). 3. Maximale doorlooptijd van de werkgroepen is 2 jaar. 4. Brainstormen waaraan moet een intake(procedure) voldoen om aan de hand daarvan een doelgerichte en efficiënte behandeling in te kunnen zetten. Aan welke parameters moet in algemene zin worden voldaan. 5. Uitwisseling van huidige intake procedures en sjablonen om inzage in elkaar werkwijze te vergroten. - Hierbij is tevens het doel om op deze manier het vertrouwen in elkaars intakeprocedures te versterken. - Hierin met elkaar tot overeenstemming komen en ter vaststelling voorleggen aan de daarvoor in het leven geroepen stuurgroep. - Bestaande belemmeringen (zoals hierboven beschreven) in onderlinge doorverwijzingen in kaart brengen kom van daaruit komen tot gedragen oplossingen. - Komen tot heldere profielen huidige zorgaanbieders en deze delen met verwijzers (lees voornamelijk huisartsen). - Duidelijk aanbod op de website van de organisaties omschrijven. - Samenwerking met de huisarts optimaliseren door op een verwijsbrief een overzicht te krijgen van iemand zijn hulpverleningsgeschiedenis zodat onderling informatie opvragen mogelijk is. Binnen actieplan ook aandacht voor: a) Vervuiling van de wachtlijst doordat verwezen wordt naar meerdere aanbieders en dus op dubbele wachtlijsten staan. b) Samenwerking met crisisdienst, afspraken over op- en afschalen tussen de GGZ-aanbieders. Waarbij het gezamenlijk gaan behandelen van een patiënt (ieder een deel vanuit zijn/haar expertise) tot de mogelijkheden moet gaan behoren. c) Afstemming (ontwikkelingen) rest van de GGZ-organisaties andere regio's en generaliseren van intakeprocedures over de betrokken organisaties, waardoor ook buiten de regio ZHE de afstemming verbetert (bijv. binnen regio Rotterdam). Over en weer verwijzen naar elkaar door regie behandelaren, zonder tussenkomst van de huisarts.
Betrokken partijen	• GGZ-organisaties. • Op later moment aansluiting zoeken met de Zorggroepen (Huisartsen). • Zorgverzekeraars (wanneer gezamenlijk behandelen van een patiënt bij twee zorgaanbieders problemen geeft o.a. met de betalingsstroom). • Huisartsenorganisaties.

Thema 7: Focus op behandelduur

Doel	Sturing op behandelduur en afspreken van parameters.
Resultaat	Meer aandacht voor: 1. Kortdurend werken: Kort waar kan, lang(er) waar nodig. 2. Visie op kortdurend behandelen ook in de SGGZ/bij complexe problematiek ontwikkelen en ook afstemmen met een patiënt. 3. Op tijd beëindigen van de behandeling: De eindigheid van zorg. 4. Vasthouden aan een protocol/opgesteld behandelplan. 5. Bewerkstelligen en vasthouden van de therapeutische relatie. 6. Gezamenlijke commitment over wat de behandeling inhoud. a. Transparante zorg vanuit gelijkwaardigheid ingestoken binnen de kaders. b. Verwachtingen! Heldere afspraken over start en einde behandeling inclusief contact tussendoor en aantal sessies. 7. Gebruik van ROM als informatiebron bij afronden, dan wel op- en afschalen van behandelingen.
Huidige situatie	• FortaGroep heeft een korter SGGZ zorgaanbod dan ParnassiaGroep, echter geen specialistische behandelingen voor stoornissen zoals eetproblematiek, verslavingszorg en ernstige persoonlijkheidsproblematiek. • Binnen de werkwijze van de FortaGroep is al veel aandacht voor transparante zorgafspraken, evaluatie momenten, eindigheid van zorg en afstemming daarover met de patiënt. • Zowel binnen FortaGroep als PG Indigo is kortdurend werken een core-business. • PG heeft aanbod voor cliënten voorafgaande aan een behandeling (eHealth) en zet in op online behandeling. • FortaGroep ontwikkelt op de ZHE een specialistische intensief aanbod voor trauma behandelingen (itt traject).
Acties/ stappen	Regionale werkgroep waarin PG (Antes/Indigo) en FortaGroep deelnemen.
Betrokken partijen	▪ GGZ-organisaties, zelfde werkgroep als bij project regionale afstemming intakes.

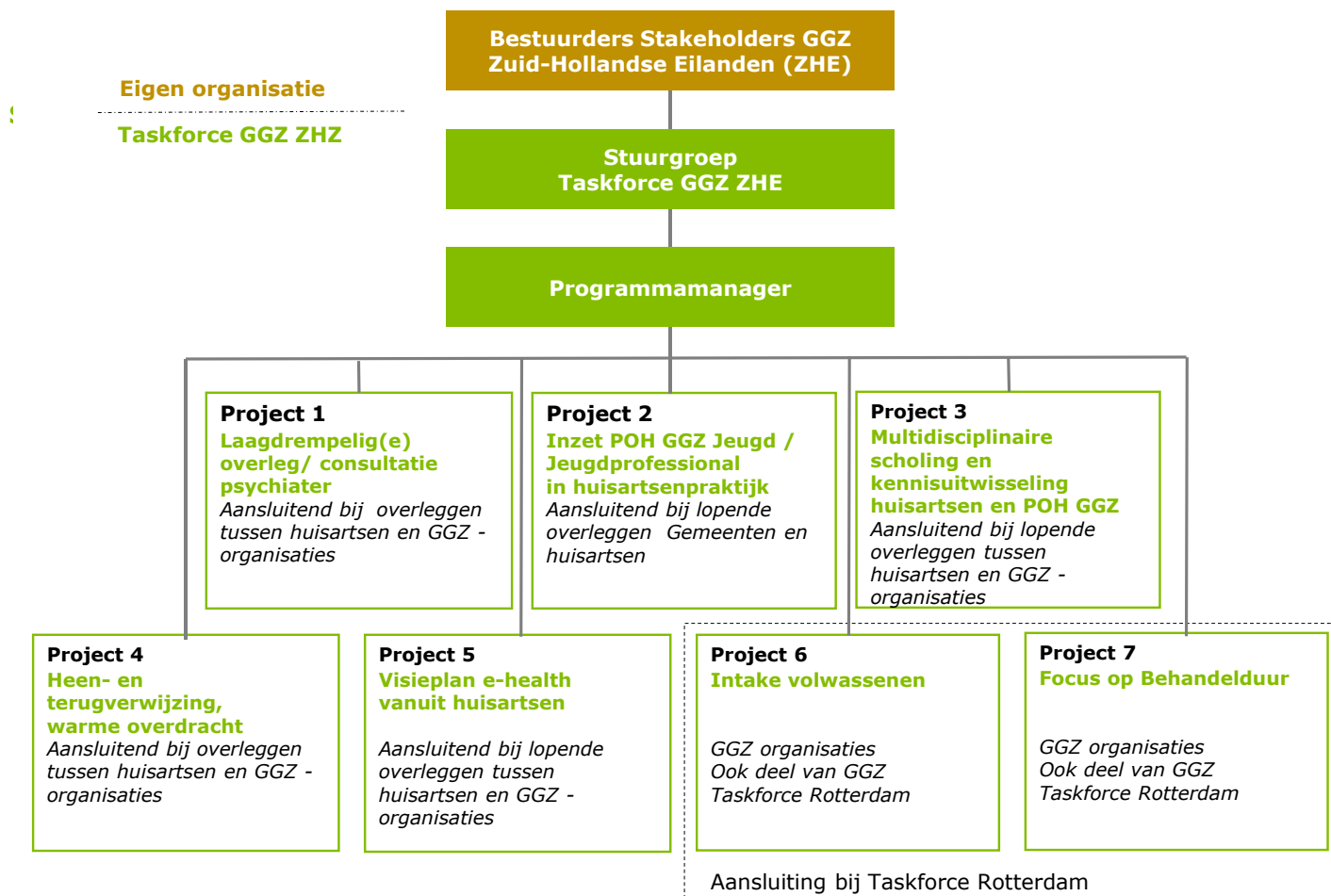
4. De organisatie van het programma

In dit hoofdstuk beschrijven we de organisatie van het programma.

We stellen een lichte structuur voor:

- Gebaseerd op een bestuurlijk commitment alle partijen voor gezamenlijke bewaking van voortgang.
- Met een minimale plenaire overlegstructuur (2 x per jaar).
- Uitvoer van programma aansluitend op bestaande overlegvormen tussen partijen.

Programmastructuur¹³



De stuurgroep is verantwoordelijk voor het aansturen en waar nodig uitvoeren van de activiteiten die nodig zijn om de doelstellingen van het programma te doorlopen en te realiseren.

De stuurgroep bestaat uit een bestuurlijke vertegenwoordiging¹⁴ van partijen die binnen de eigen organisatie de borging van het programma verzorgen. De stuurgroep leden verzorgen daartoe de besluitvorming binnen de eigen organisatie.

¹³ De werkgroep leden vormen een organisch geheel ten aanzien van de te ondernemen activiteiten. De GGZ aanbieders, Huisartsorganisaties en Gemeenten zorgen via de stuurgroep en procesbegeleider dat hiervoor de juiste mensen plaats nemen. In de werkgroepen.

¹⁴ Of vertegenwoordiging met mandaat.

De stuurgroep bestaat uit:

GGZ -organisaties	Huisartsen-organisaties	Gemeenten	Verzekeraar
Parnassia Groep Gijs Jordaan Wim van Beek	Zorggroep Haringvliet Francis Lugtenburg	Namens de gemeenten: Hellevoetsluis Goeree Overflakkee Nissewaard Brielle Westvoorne Hoeksche Waard Wethouder sociaal domein: J. van der Velde	CZ Peter Kuijpers (bij afwezigheid van Simone Visser)
Antes onderdeel PG Tanja Wienk	Zorggroep Hoeksewaard Wendy Ophorst		
FortaGroep Marjon Serieese	Zorggroep Kiek Martine Kooi		
	Zorggroep Cohaesie Dominiek Rutters		

De vergadering van de stuurgroep wordt voorgezeten door één der partijen. Deze voorzitter betreft een voorzitter op proces, wat inhoudt dat hij/zij verantwoordelijk is voor het opstellen van de agenda en de begeleiding van de discussie tijdens de stuurgroep bijeenkomsten (in samenwerking met de procesbegeleider). De besluiten over het programma worden genomen door de gezamenlijke stuurgroep leden.

Procesbegeleider

De procesbegeleider begeleidt de organisaties bij het uitvoeren van het programma. Hij of zij vormt de drijvende kracht achter het programma, de spin in het web.

De procesbegeleider is verantwoordelijk voor:

- Het vertalen van de doelstellingen en acties van de stuurgroep naar operationeel niveau (werkzaamheden) en het signaleren van eventuele problematiek van operationeel niveau naar de stuurgroep; de schakel tussen de stuurgroep en de werkstromen en projecten.
- Overzien van de werkstromen en de projecten: opstarten van de activiteiten, overzien van de voortgang van de activiteiten en uitkomsten hiervan, etc. (NB. Dit betekent niet dat de procesbegeleider alle projecten inhoudelijk begeleidt; de procesbegeleider ziet toe op de activiteiten).
- Het verbinden van de verschillende elementen binnen het programma, en het programma met de organisaties van de aanbieders, de inwoners, en eventuele andere stakeholders.
- Het verzorgen van communicatie over het programma¹⁵.

De procesbegeleider sluit aan bij de stuurgroep, maar is zelf geen lid van de stuurgroep. De procesbegeleider is verantwoordelijk om de stuurgroep bijeenkomsten voor te bereiden (in samenwerking met de stuurgroep voorzitter), te begeleiden en uit te werken.

Sinds begin 2019 heeft Steunpunt KOEL de rol van procesbegeleider op zich genomen.

¹⁵ De communicatie is de verantwoordelijkheid van de procesbegeleider. De procesbegeleider kan hiervoor ondersteuning zoeken van adviseurs/ experts op het gebied van communicatie. Dit doet zij in overleg met de stuurgroep.
Programmaplan 'Op weg naar vermindering van de wachttijden in de GGZ' 28 april 2020

Projecten

Voor uitvoering van de diverse projecten wordt zoveel als mogelijk aangesloten bij al bestaande overleggen tussen partijen. Als nodig creëren partijen met elkaar nieuwe (tijdelijke) overleggen. Deze leden van de stuurgroep nemen verantwoording voor de uitvoering van de activiteiten vanuit medewerkers van hun organisaties: het realiseren van de doelstellingen, het opstellen en uitvoeren van de activiteiten om deze doelstellingen te behalen. De project overleggen worden (of zijn) opgericht en samengesteld vanuit partijen op basis van het programmaplan, desgewenst in samenwerking met de procesbegeleider. De procesbegeleider houdt contact met de partijen en faciliteert de overlegvormen waar nodig.

Verbinding met de eigen organisatie

Het programma verhoudt zich op verschillende niveaus met de organisaties van de aanbieders:

- In de stuurgroep zijn alle aanbieders op of met bestuurlijk mandaat/niveau vertegenwoordigd.
- In de projectgroepen van de activiteiten is, afhankelijk van de aard van de activiteit, een deel van de aanbieders vertegenwoordigd.
- De procesbegeleider is verantwoordelijk voor het verbinden van het programma met de organisaties van de aanbieders, dit houdt o.a. in dat de procesbegeleider regelmatig contact heeft met de betrokken organisaties en betrokkenen aan elkaar verbindt.

Overlegstructuur

De overlegstructuur van het programma is beschreven in onderstaande tabel.

Gremium	Overlegstructuur
Stuurgroep	Tweemaal per jaar een bijeenkomst van 2 uur.
Werkgroepen	Afhankelijk van onderwerp: schatting 3-6 bijeenkomsten van 2 uur. De werkgroep vormt een organisch geheel t.a.v. de ondernemen activiteiten. De stuurgroep en procesbegeleider zorgen dat de juiste mensen plaats nemen.
Procesbegeleider	Initieert naar eigen behoefte bijeenkomsten, waarbij minstens sprake is van: • 1 maal per maand kortdurend (telefonisch) overleg met stuurgroep leden (individueel). • Ieder kwartaal een communiqué met stand van zaken. • Aanwezigheid bij stuurgroep bijeenkomsten. Desgewenst aanwezigheid bij projectgroep bijeenkomsten.
Conferentie met brede vertegenwoordiging	Bij afronding van het programma vindt een conferentie plaats waar een brede vertegenwoordiging van de organisaties (minimaal de stuurgroep-leden en projectgroep leden) wordt uitgenodigd om de resultaten te delen en een eventuele verdere samenwerking te bespreken.

Organisatievorm

Als nodig en wenselijk dan kunnen de werkzaamheden binnen het programma formeel worden georganiseerd middels een **intentieverklaring**. Deze verklaring wordt dan ondertekend door alle betrokken partijen. Met het tekenen committeren partijen zich aan het programmaplan Taskforce GGZ ZHE:

- De intentie om een samenwerking voor een bepaalde periode aan te gaan op het gebied van de GGZ voor de inwoners van de ZHE.
- Het uitvoeren van de gezamenlijk bepaalde projecten en activiteiten.
- Het opvolgen van de verantwoordelijkheden en inspanningen, en
- Het voldoen aan mensen en middelen verantwoordelijkheden.

5. Investerings

In dit hoofdstuk beschrijven we de benodigde investering van het programma.

De benodigde investering voor het programma is in kaart gebracht in termen van benodigde tijd en kosten.

- **Tijd.** Het grootste deel van de sturing en de uitvoer van de activiteiten voor het programma vindt plaats binnen de huidige capaciteit. Hiermee wordt bedoeld dat de aanbieders tijd van hun medewerkers beschikbaar stellen voor het programma binnen hun huidige capaciteit. We spreken in dit geval van investering in termen van tijd.
- **Kosten.** Voor het resterend deel van de activiteiten zal extra capaciteit overwogen moeten worden. De kosten van deze extra capaciteit zijn directe kosten voor begeleiding van het programma. We spreken in dit geval van investering in termen van kosten.

Het programma, heeft een looptijd van twaalf maanden.

- De benodigde tijd voor de stuurgroep en werkgroepen vindt plaats binnen de huidige capaciteit.
- De benodigde tijd van de procesbegeleider vindt plaats buiten de huidige capaciteit.
- De out-of-pocket kosten voor het programma in jaar 1 bedraagt € 5.000,- (secretariaat, bijeenkomsten, eind bijeenkomst, mailingen, rapportages, nieuwsbulletins, etc.)

Tabel: Geschatte benodigde tijd voor de stuurgroep leden, werkgroep leden en KOEL als procesbegeleider.

Wie	Benodigde tijdsinvestering
Stuurgroep	2 bijeenkomsten van 2 uur per jaar per betrokken partij + voorbereiding, uitwerking en interne communicatie.
Werkgroepen	P.M. varieert per thema, project, bestaand overleg.
Procesbegeleider	1 dag per week gedurende een periode van 12 maanden.

Tabel: Geschatte investering in termen van kosten voor het programma

Onderdeel	Kosten	Toelichting
Stuurgroep	P.M.	Investering vanuit eigen organisaties, geen extra kosten.
Werkgroepen	P.M.	Investering vanuit eigen organisaties, geen extra kosten.
Procesbegeleider	€ 31.920,-*	Steunpunt KOEL
Out-of-pocket kosten	€ 5.000,-	Steunpunt KOEL

N.B. Hierbij wordt opgemerkt dat de kosten op minimaal niveau zijn ingeschat. De verwachting is dat de kosten mogelijk zullen toenemen. Zal dan op stuurgroep niveau besproken moeten worden.

*Kosten 1 dag per week over 42 werkbare weken per jaar.

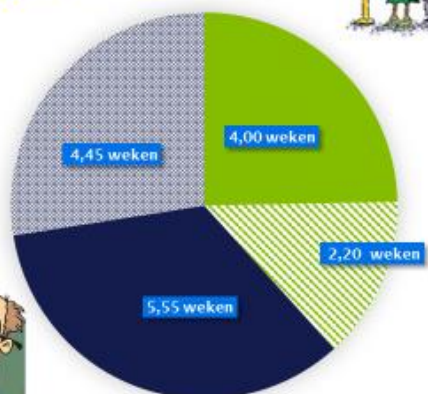
De kosten voor het programma worden met het oog op een periode van 1 jaar begroot, met een mogelijke uitloop - bijvoorbeeld door een vervolgjaar 2 - voor een n.t.b. bedrag voor programmamanagement.

Bij de uitvoer van projecten waaraan out-of-pocket kosten verbonden zijn wordt onderzocht welke mogelijkheden er zijn om subsidie te ontvangen voor deze kosten.

Bijlage 1: Data ZHE nov. 2018



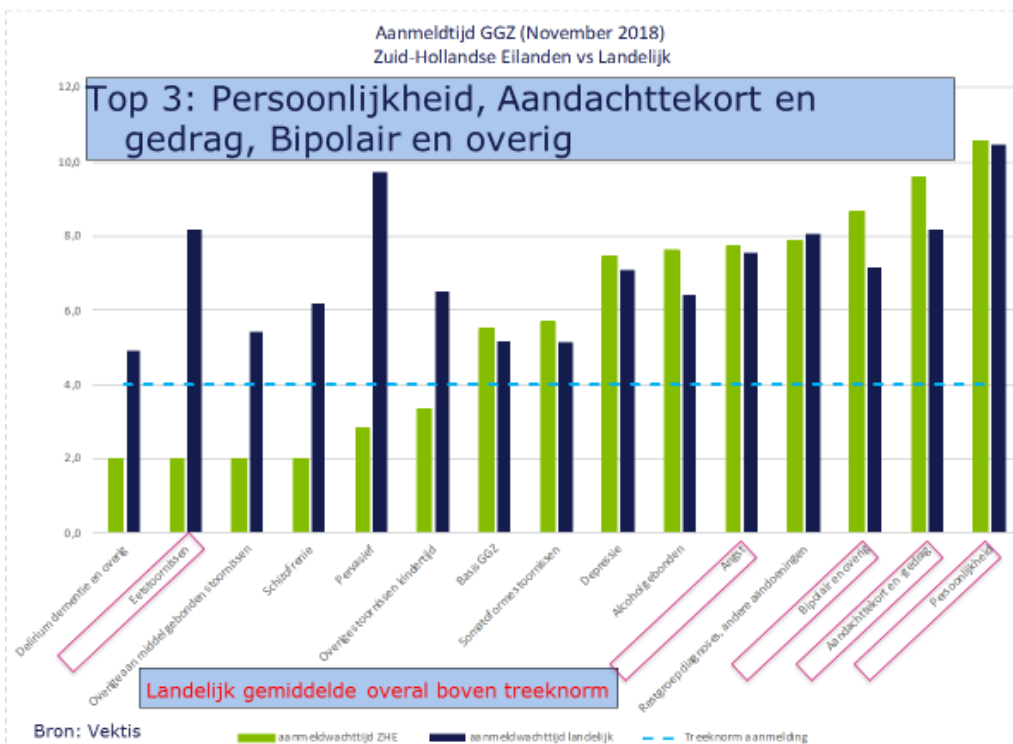
Wachttijden ZHE



- aanmeld wachttijd
- ▨ overschrijding aanmeldwachttijd
- behandel wachttijd
- ▨ restant behandel tijd

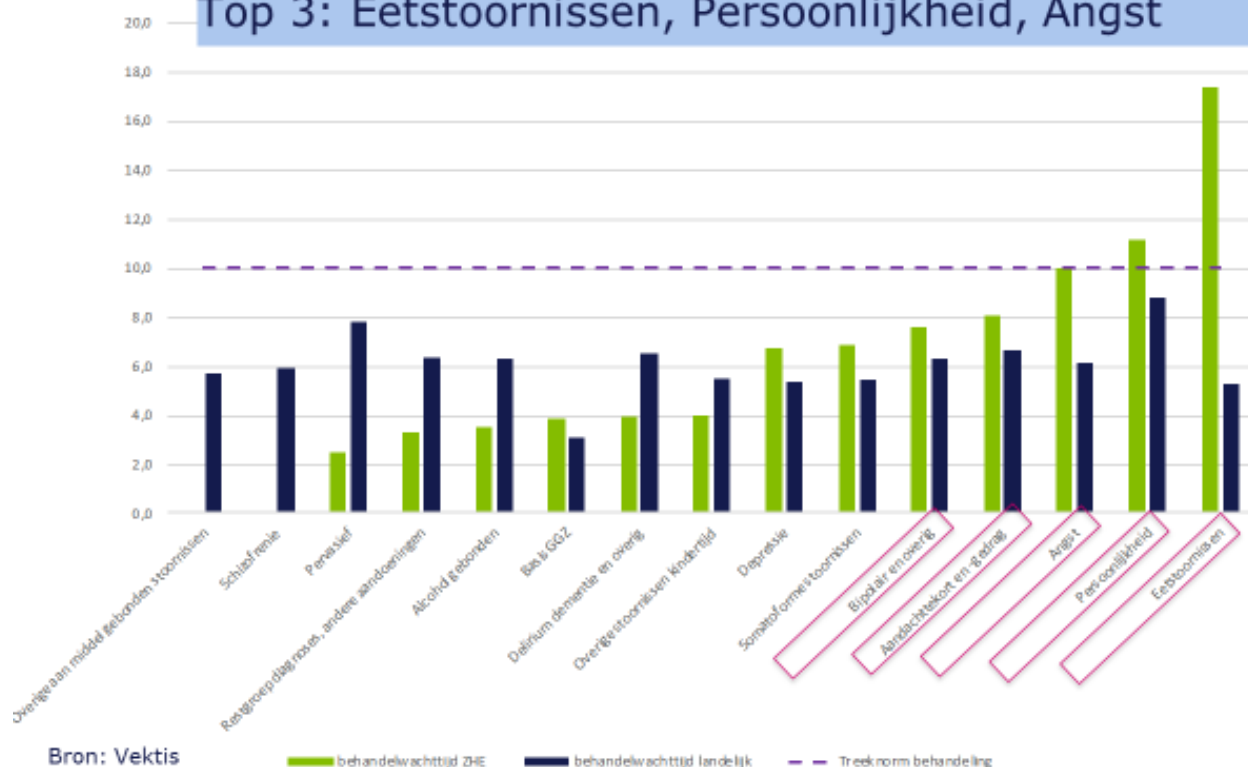
Treeknorm aanmeldtijd: 4 weken
Treeknorm behandel tijd: 10 weken

Bron: selectie websites GGZ instellingen (februari t/m maart 2019)



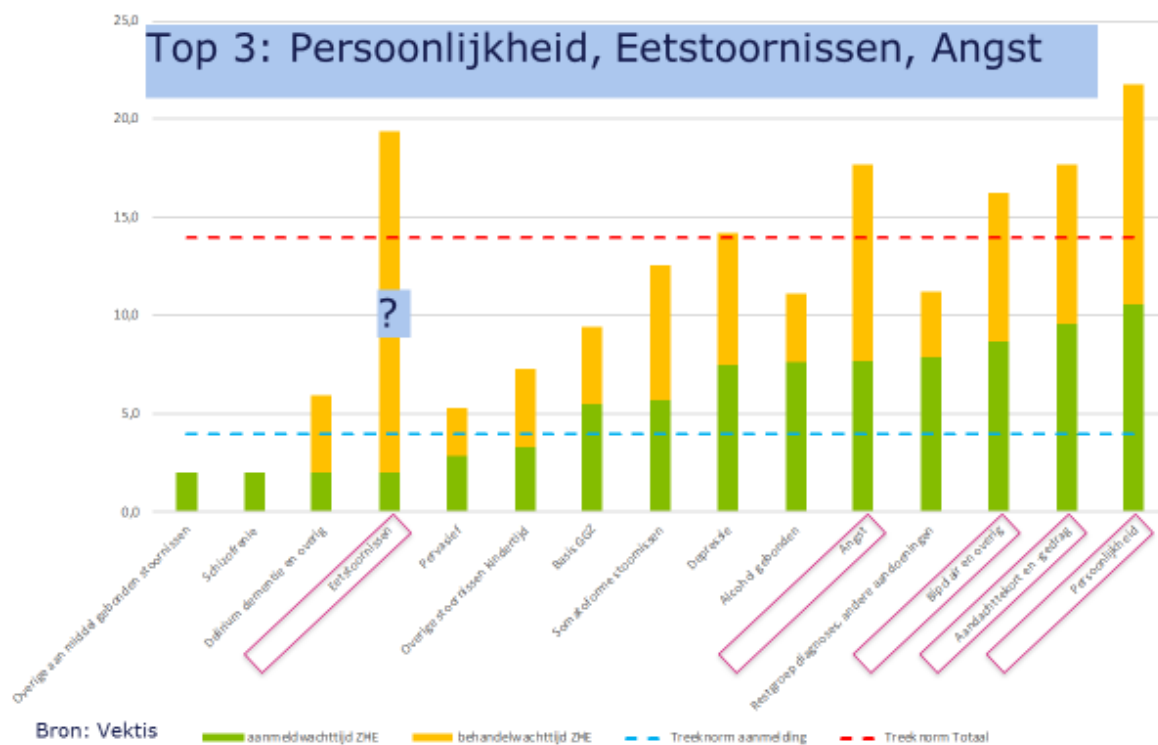
Behandeltijd GGZ (November 2018)
Zuid-Hollandse Eilanden vs Landelijk

Top 3: Eetstoornissen, Persoonlijkheid, Angst

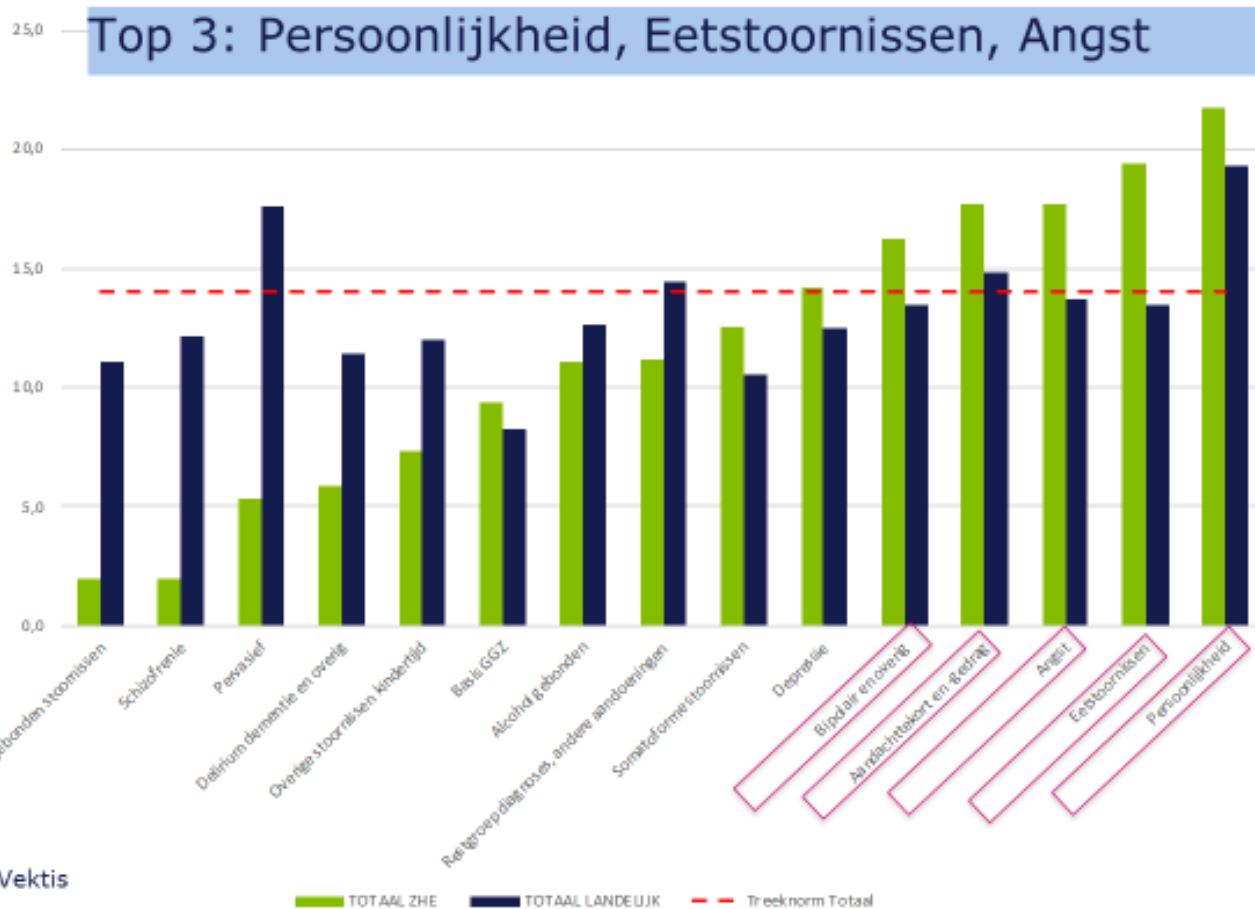


Verhouding aanmeldtijd en behandeltijd GGZ (November 2018)
Zuid-Hollandse Eilanden

Top 3: Persoonlijkheid, Eetstoornissen, Angst



Totale tijd trajecten GGZ (November 2018)
Zuid-Hollandse Eilanden vs Landelijk



Bijlage 2: Rol Stuurgroep

Algemeen

Leden van de stuurgroep hebben en nemen verantwoording voor de uitvoering van de activiteiten vanuit medewerkers van hun organisaties: het realiseren van de doelstellingen, het opstellen en uitvoeren van de activiteiten om deze doelstellingen te behalen.

De stuurgroep heeft als belangrijkste taak het vervullen van een initiërende, signalerende en op doelstellingen bijsturende rol ten aanzien van de in het programmaplan beschreven project activiteiten. Dat doen zij aan de hand van het beoordelen van rapportages en het gezamenlijk bespreken hiervan tijdens de stuurgroep bijeenkomsten.

Zowel tijdens (tussen evaluatie) als na de afronding van het programma zal de stuurgroep moeten bekijken of de projectresultaten voldoende zijn, de projectdoelstellingen nog gelden, de projectrisico's aanvaardbaar zijn, en/of in voldoende mate worden afgedekt, of bijsturing nodig hebben.

Ook kan de stuurgroep bepalen of er nadat de projectactiviteiten voldoende resultaat hebben opgeleverd en nog andere projectactiviteiten opgestart moeten worden om de overeengekomen doelstellingen te behalen.

Het programmaplan van de Taskforce GGZ ZHE leent zich hiervoor in hoge mate.

De complexiteit van de problematiek die aangepakt moet worden kent immers vele oorzaken en oplossingen die hierdoor nauwelijks in een keer aangepakt kunnen worden.

De taak van de stuurgroep impliceert dat de leden van de stuurgroep goed op de hoogte dienen te zijn van de status en voortgang van het programma. De stuurgroep wordt d.m.v. rapportages, mail en telefonisch contact hierin ondersteund door de procesbegeleiding en de project/werkgroepen zelf die de status en voortgang van het programma onderzoekt.

Bevoegdheden van een stuurgroep

De stuurgroep vervult een taak in de besluitvorming voor situaties waarin de procesbegeleiders geen bevoegdheden hebben of waarin er sprake is van tegengestelde belangen of conflicten binnen de projectorganisatie.

De vertegenwoordigers kunnen namens hun organisatie bindende besluiten nemen v.w.b. de activiteiten die ondernomen moeten worden om het programmaplan tot een goed einde te brengen, maar ook besluiten waarom iets niet kan.

De besluiten die de stuurgroep in consensus neemt zijn bindend; zij is immers het hoogste orgaan in het programmaplan en daarmee bevoegd tot het nemen van adviserende en bindende besluiten.

Naast de procesbegeleiders hebben ook de projectgroepen binnen het programmaplan een voorbereidende en uitvoerende taak in het besluitvormingsproces.

Verantwoordelijkheden

De stuurgroep is ook de opdrachtgever van het programmaplan en is daarmee verantwoordelijk voor de succesvolle uitvoering hiervan. De eindverantwoordelijkheid is belegd bij de stuurgroep omdat het eindresultaat moet bijdragen aan de organisatiedoelstellingen. De stuurgroep heeft zowel budgettaire als bestuurlijke verantwoordelijkheid. Deze verantwoordelijkheidsstructuur moet waarborgen dat er voldoende aandacht vanuit de organisatie is voor het realiseren van de programmaplan. De stuurgroep delegeert hierbij het dagelijkse projectmanagement aan de projectleiders/werkgroepen, die binnen afgesproken grenzen (tijd, geld, kwaliteit en scope) gevolmachtigd is. Er is geen bijsturing van de stuurgroep nodig zolang het programmaplan op koers ligt. Binnen de tolerantiegrenzen kunnen de procesbegeleiders, project/werkgroepen zelfstandig beslissingen nemen. Zij zijn verplicht te rapporteren naar de stuurgroep zodra het project buiten deze grenzen dreigt te komen. De stuurgroep heeft als taak te bewaken dat de grenzen niet worden overschreden. Hiermee wordt in redelijke mate gewaarborgd dat significante afwijkingen van de koers niet onopgemerkt aan de stuurgroep voorbijgaan.

Bijlage 3: Intentieverklaring Taskforce GGZ-wachttijden Zuid-Hollandse Eilanden

Algemene afspraken

Ondertekenaars

Huisartsen Zorggroep Hoeksewaard
Huisartsen Zorggroep Haringvliet
Huisartsen Zorggroep Cohaesie
Huisartsen Zorggroep KIEK

En
Parnassia Groep
Antes, onderdeel Parnassia Groep
FortaGroep

Namens de gemeenten: Dhr. J. van der Velde, Wethouder Hellevoetsluis.
Hoeksche Waard
Nissewaard
Hellevoetsluis
Goeree Overflakkee
Brielle
Westvoorne

Doel overeenkomst

De partijen die deze overeenkomst ondertekenen streven door samenwerking en formaliseren van afspraken naar het terugdringen van de wachttijden in de GGZ. Uitgaande van het basisprincipe: de juiste GGZ-zorg op de juiste plek en het juiste moment. De partijen werken aan het continu verbeteren van de resultaten.

Looptijd

Deze overeenkomst wordt gesloten voor 1 jaar en gaat in op ... 2020 en eindigt .. 2021.

Deze overeenkomst eindigt of kan verlengd worden bij wederzijds goedvinden.

Deze overeenkomst wordt in de stuurgroep geëvalueerd en eventueel bijgesteld. Partijen treden uiterlijk 2 maanden voor afloop van de overeenkomst met elkaar in overleg om de mogelijkheden voor verlenging en de termijn daarvan met elkaar te bespreken.

Patiënten doelgroep

Patiënten woonachtig binnen de ZHE met psychische klachten binnen de huisartsenpraktijk en patiënten met psychische klachten die verwezen worden naar GBGGZ- of SGGZ-zorgverlener voor en na de totstandkoming van deze overeenkomst.

Afbakening zorg

De afbakening van de zorg is afhankelijk van de partijen met wie deze overeenkomst is gemaakt.

Verantwoordelijkheid

De huisarts, GBGGZ- en SGGZ-zorgaanbieder blijven ieder verantwoordelijk voor de door hen geleverde zorg aan de patiënt. Indien gewenst, maken partijen in onderling overleg nadere afspraken met betrekking tot hun verantwoordelijkheidsverdeling.

De gemeenten en zorgverzekeraar blijven ieder verantwoordelijk voor de door hen geleverde middelen om de zorg aan de patiënt mogelijk te maken. Gemeenten en zorgverzekeraar maken met partijen in onderling overleg nadere afspraken met betrekking tot deze middelen.

Wettelijke bepalingen

De huisarts, GBGGZ- en SGGZ-zorgaanbieder zijn bij de uitwerking van hun samenwerkingsafspraken gebonden aan de inhoud van de toepasselijke wettelijke bepalingen zoals onder meer opgenomen in de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG), de Wet Bescherming Persoonsgegevens (WBP), de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO), de regels met betrekking tot het medisch beroepsgeheim en eventuele andere wettelijke regelingen met betrekking tot de verwerking van zorggegevens.

Begripsbepalingen

B(asis)GGZ	Huisartsenzorg (inclusief POH-GGZ) en GBGGZ gezamenlijk
GBGGZ	Generalistische Basis Geestelijke Gezondheidszorg
SGGZ	Specialistische Geestelijke Gezondheidszorg

Inhoudelijke afspraken

De Taskforce GGZ-wachttijden is onderverdeeld in 3 thema's:

GGZ Jeugd, GGZ Volwassenen en GGZ in de Huisartsenzorg.

De thema's worden in werkgroepen behandeld waarin er prioriteiten zijn vastgesteld waarvoor zij een inspanningsverplichting afspreken t.a.v. de te behalen doelen en het mandaat wat nodig is om dit te bereiken.

De werkgroepen hebben in hun PVA haalbare en meetbare doelen voor de activiteiten waarvoor zij zich inspannen binnen een realistische tijdsperiode.



Aldus overeengekomen

Datum:

Plaats:

Naam : Gijs Jordaan / Wim van Beek

Functie :

Organisatie : Parnassia Groep

Handtekening

Naam : Tanja Wienk

Functie : Manager Bedrijfsvoering ZHE

Organisatie : Antes Groep, onderdeel van Parnassia Groep

Handtekening

Naam : Marjon Serieze

Functie : GGZ Manager, klinisch psycholoog

Organisatie : FortaGroep

Handtekening

Naam : Dominiek Rutters

Functie : Directeur-bestuurder

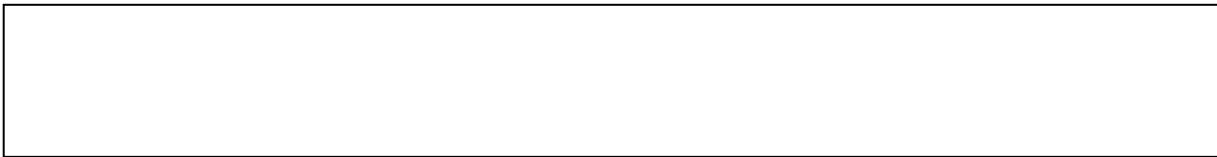
Organisatie : Zorggroep Cohæsie

Handtekening

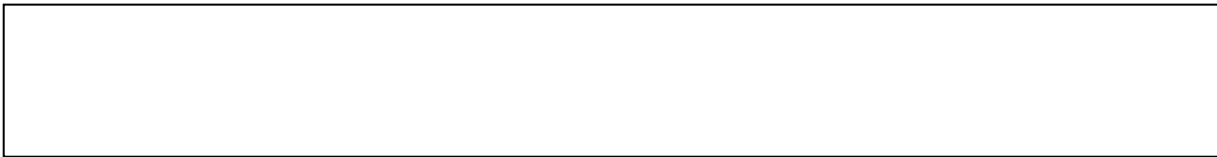
Naam : Francis Lugtenburg
Functie : Directeur
Organisatie : Zorggroep Haringvliet
Handtekening



Naam : Wendy Ophorst
Functie : Manager
Organisatie : Zorggroep Hoeksewaard
Handtekening



Naam : Martine Kooi
Functie : Bestuurder
Organisatie : Zorggroep Kiek
Handtekening



Naam : De heer J. van der Velde
Functie : Wethouder Sociaal Domein
Organisatie : Gemeente Hellevoetsluis,
mede namens de gemeenten Hoeksche Waard, Nissewaard, Hellevoetsluis,
Goeree-Overflakkee, Brielle en Westvoorne
Handtekening



Naam : Simone Visser of Peter Kuijpers
Functie :
Organisatie : CZ
Handtekening



Naam : Wilmar van Dop / Marcel Hoogerheide
Functie :
Organisatie : Steunpunt KOEL
Handtekening

