

Beantwoording vragen van de stuurgroep ‘Weg van de wachtlijst Groningen’

Door Taskforce Wachttijden GGZ – regio Groningen

De taskforce bestaat uit de volgende partijen:

- GGZ partners: Lentis, VNN, Terwille, Forte ggz, HSK
 - Verzekeraars: Menzis
- Huisartsen en Elann (Eerstelijnsadvies Noord Nederland)
- de Gemeente Groningen en het wijkteam: Wij-Groningen

De partijen zijn met elkaar in gesprek en onderzoeken de mogelijkheden voor een gezamenlijke wachtlijstaanpak. Hieronder een reactie op de gestelde vragen door de stuurgroep “Weg van de wachtlijst”.

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

Lentis:

- Vanuit Lentis is belangrijkste knelpunt Autisme (189 cliënten).
- Verder zijn de wachttijden bij PsyQ en op de regionale poli's te lang. Het beeld over de diagnosegroepen wisselt per maand.
- Diagnosegroepen waar de wachttijden vaak te lang zijn betreffen psychotrauma, eetstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en depressie.

• VNN:

- Diagnosegroep Verslaving (huidige aantal is 104 cliënten; het aantal wisselt per maand)

• Terwille:

- Diagnosegroep Verslaving (huidige aantal is 50 cliënten; het aantal wisselt per maand)

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

Autisme, Depressie en Verslaving.

3. Richt de taskforce zich uitsluitend op het verbeteren van de regionale samenwerking of worden ook individuele initiatieven van zorgverleners, verwijzers en/of verzekeraars in de taskforce besproken en meegenomen?

- Alle partijen werken binnen hun eigen mogelijkheden aan maatregelen om de wachtlijsten aan te pakken.
- De taskforce richt zich vanuit netwerkzorg op oplossingen waarvoor samenwerking tussen de bestaande partijen nodig is en tevens op oplossingen buiten de bestaande kaders.
- Menzis heeft met de gemeente Groningen afgesproken dat het onderwerp wachttijden op de Samenwerkingsagenda Menzis – Gemeenten wordt gezet.

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

- Een van de oplossingsrichting die wordt verkend is het kijken - in samenwerking met huisartsen en POH - naar wat er aan patiënten kan worden aangeboden in de fase tussen verwijzing en intake, zodat mensen eerder geholpen kunnen worden en een effectieve bijdrage kan worden geleverd aan de (eventuele) vervolgbehandeling. Hiervoor wordt vanuit netwerkzorg gekeken of er gezamenlijk een andere routing kan worden gevolgd. In deze "prebehandeling" fase kan bij bijvoorbeeld diagnosegroep Verslaving het middelengebruik 'behandeld' worden door de inzet van een wachtlijstgroep en een screening door een SPV-er. (De SPV-er is BIG geregistreerd, heeft kennis van verslaving en psychiatrische ziektebeelden, maar is geen regiebehandelaar volgens het Kwaliteit statuut.) In deze 'prebehandel' fase zou ook tijdig het sociale domein betrokken kunnen worden. Herstelcomponenten als huisvesting, schuldhulpverlening en gezonde sociale contacten kan binnen netwerkzorg in samenwerking met sociale teams worden meegenomen in de "prebehandeling".
- Daarnaast wordt met name rondom de mensen met zeer complexe ASS vraagstukken gekeken naar mogelijkheden voor het verlenen van consultatie en advies aan ketenpartners zodat het stijgende aantal aanmeldingen kan worden getemperd en uitstroom mogelijkheden kunnen worden vergroot.
- Verder wordt gekeken hoe instelling hun consultatiemogelijkheden voor huisartsen en POH'ers kunnen verbeteren.
- Deze oplossingen brengen een aantal vraagstukken met zich mee, die aan de ene kant verdere afstemming vragen binnen de deelnemers van taskforce maar ook ruimte vragen van landelijke kaders, zoals:
 - vraagstuk van behandelverantwoordelijkheid tijdens de fase tussen verwijzing en intake, indien "prebehandeling" interventies aangeboden worden.
 - mogelijkheid tot taakherschikking waarbij andere beroepen dan de regiebehandelaren kunnen worden ingezet tijdens deze fase, zonder dat dit tot controlerisico's leidt.
 - financiering van de consultatie.

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

Er bestaat in de regio Groningen grote bereidheid om tot netwerkzorg te komen door de samenwerkende partijen. Dit zijn huisartsen, sociale teams, GGZ partners en verzekeraar.

- Dat vraagt afstemming om met elkaar vast te stellen hoe we elkaar zo goed mogelijk kunnen aanvullen. Om enerzijds te voorkomen dat er gaten vallen en anderzijds te voorkomen dat we zaken dubbel doen. Dat vraagt ontwikkeltijd. De snelheid van invoering is daarnaast afhankelijk van de reactie de toezichthouder NZA op de hierboven en onder vraag 7 genoemde vraagstukken.

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

Het terugdringen van de wachttijden zal bij de invoering van de “pre-behandeling” voor middelengebruik direct merkbaar zijn gezien de mogelijkheid om door screening de zwaardere zorg van de lichtere zorg te scheiden. De lichtere zorgvragen worden tijdens de “prebehandeling” behandeld, waardoor de regiebehandelaren van de GGZ partijen zich kunnen (blijven) richten op de complexe zorgvragen en de zwaardere problematiek.

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

Verruiming van mogelijkheden t.a.v. taakherschikking vraagt om experimenteerruimte en innovatiesnelheid. Hierbij worden de hieronder benoemde belemmering ervaren:

- A. Bij herschikking van taken van professionals, om in het voortraject/ wachttijd patiënten voor te bereiden op een therapie (door de meest acute zorgen te verminderen op voorkomende leefgebieden en zowel patiënt als naasten en familie psycho educatie te geven en te ondersteunen) zal het ZIN verlangen dat taken verantwoordelijkheden en bevoegdheden c.q. inzet van kennis, rol en kunde zijn beschreven. Dat staat een innovatieve vlotte taakherschikking in de weg – een taakherschikking die de kwaliteit en fasering van zorg juist dient te verbeteren en een antwoord kan geven op het structurele gebrek aan beschikbaarheid van bepaalde beroepsgroepen. De balans naar een passender inzet van professionals en ervaringswerkers met complementaire competenties volgens een bio- psycho sociale benadering (somatiek/agogisch werk/psychiatrie/psychologie/sociaal domein inzet/casemanagement) vraagt ruimte voor innovatie buiten de gebaande paden om. Zowel op MBO-HBO-post HBO-WO-post WO niveau.
- B. Verder zal dit vertaald moeten worden naar een passend product/kostprijs/betaaltitel.
- C. De mogelijkheid om flexibel om te gaan met het *moment* dat een regiebehandelaar direct contact heeft met betreffende patiënt. Wanneer de zorgvraag holistisch beantwoord kan worden naar bio psychosociaal model zal de Pt beter zijn voorbereid. Er is een administratieve en vervolgens financiële hobbel bij het tijdig kunnen openen van een DBC die de effectiviteit van integrale zorg belemmerd.
- D. Het landelijke kwaliteitsstatuut wordt regionaal steeds meer als een keurslijf ervaren, waar het regionale zorglandschap zich toe moet verhouden. Met name buiten de Randstad ontvouwt de personele crisis zich dermate manifest dat signalen worden afgegeven dat zorgaanbieders zich genoodzaakt zien om klinieken of afdelingen te gaan sluiten. De rol van de primaire regiebehandelaren (psychiater, psychotherapeut) is zo evident gemaakt, dat zorgaanbieders steeds meer ZZP'ers in moeten huren. Dit heeft een fors prijsopdrijvend effect en drijft de wachttijden ook op. Kwaliteitsborging en doelmatigheid van zorg vinden vandaag de dag echter steeds meer hun weg via zorgstandaarden, richtlijnen, veldnormen, uitkomstindicatoren (zoals Value Base Health Care) en Inkoopafspraken met zorgverzekeraars. Ook brengt het Kwaliteitsstatuut forse administratieve lasten met zich mee waardoor regiebehandelaren letterlijk weggelopen bij met name de Algemeen Psychiatrische Ziekenhuizen. Deze vicieuze cirkel dient gebroken te worden met een passend gevoel van urgentie om de wachttijd problematiek te kunnen beheersen: een combinatie van landelijke normen, en ruimte om het regionale zorglandschap af te stemmen op de gezondheid van haar bewoners met de inzet van professionals.
- E. Vektis verzamelt geen data over aantallen en gemeenten van wachtenden, waardoor de ernst van de wachttijden onvoldoende adequaat kan worden weer gegeven. Het overschrijden van Treeknormen heeft dan slechts een signaalfunctie.

- F. Verder lijkt de indruk gewekt te worden dat de wachtenden niet in zorg zijn, naar onze inschatting is zo'n 1/3 van de wachtenden wel in zorg maar wacht op een vervolgbehandeling die op- of afgeschaald wordt.

Taskforce 'Weg van de wachtlijst Groningen'.