



Vragen en antwoorden naar aanleiding van het webinar ‘Aan de slag met het transfermechanisme GGZ – voorbeeld Rotterdam’

Financiering

Speelt financiering/bekostiging een belemmering bij het ontwerpen van een transfermechanisme? Gelden er speciale afspraken bij overnemen van elkaar cliënten?

- Voor de GGZ-aanbieders zijn er geen belemmeringen in de bekostiging. Het inrichten en uitvoeren van een transfertafel vraagt wel inzet en tijd van betrokkenen. In de regio Rotterdam wordt de tafel begeleid door ZorgImpuls, zij worden aanvullend bekostigd. De opbrengsten voor GGZ-organisaties met beschikbare capaciteit zijn groter dan voor de GGZ-organisaties met wachttijden. Het belang van gezamenlijke waarde staat centraal.
- Bij het overnemen van de cliënt door een andere aanbieder, staan de keuzevrijheid en de privacy van de cliënt centraal. Gegevens worden met elkaar gedeeld als er toestemming is van de cliënt.
- GGZ-aanbieders bieden inzicht aan elkaar over de mogelijkheden voor omleiding, hebben afspraken gemaakt over bereikbaarheid. Dit is uitgewerkt in een eenvoudig stroomdiagram. Op een centrale digitale plaats (sharepoint) zijn deze gegevens vastgelegd.

Samenwerkingsafspraken

- *Wie is er op welk moment verantwoordelijk voor de psychische gezondheid van de cliënt?*
- De aanbieder waar de cliënt is aangemeld is verantwoordelijk totdat de cliënt definitief is omgeleid naar de andere aanbieder.
- *Hebben vrijgevestigden ook een plek aan de Transfertafel?*
- Op dit moment niet, maar dat sluiten we niet uit. De vrijgevestigde GGZ in de regio Rotterdam is beperkt georganiseerd. Wij werken nu aan het versterken van de organisatiegraad van de vrijgevestigden zodat zij ook op een goede manier kunnen aansluiten bij de transfertafel.
- *Wordt er voor specifieke doelgroepen ook gekeken buiten de regio?*
- Als de zorg hoogcomplex is, wordt erop zoek gegaan naar de juiste oplossing ook buiten de regio. De GGZ-aanbieders die deelnemen aan de transfertafel werken niet alleen regionaal. De mogelijkheden van digitale GGZ zorg maken



ook dat fysieke aanwezigheid in de regio geen directe voorwaarde meer is. Zeker in de huidige tijd waarbij niet alle zorg face-to-face wordt geleverd, geven aanbieders aan waar als eerste plek beschikbaar is.

- Gelden er in- en exclusiecriteria bij transfer, of komt in principe elke cliënt in aanmerking?
 - We kijken naar de best passende zorg en sluiten geen cliënten uit voor een transfer.
- *Komen alle wachtenden boven de Treeknorm op de transfertafel terecht? Of is er ook een parallel mogelijk?*
 - GGZ-organisaties kijken eerst of ze zelf de zorg kunnen bieden binnen de aanmeldwachtijd van de treeknorm, als dat wordt overschreden onderzoeken zij of er andere aanbieders zijn die de zorg kunnen overnemen. Door de ingerichte samenwerking tussen de GGZ-aanbieders lopen er ook diverse parallele trajecten aan de transfertafel die bijdragen aan het verminderen van de wachttijd bijvoorbeeld door het verbeteren van de uitstroom.
- Wordt er ook onderscheid gemaakt in de soorten wachtlijsten: Intake en behandeling?
 - We maken binnen de transfertafel onderscheid in de aanmeldwachtijd en behandelwachtijd. Dit proces is per GGZ-aanbieder anders ingericht. Het is van belang om dit met elkaar duidelijk te definiëren. Voor een transfer in de aanmeldwachtijd zijn er andere uitdagingen dan voor een transfer in de behandelwachtijd.
- *Zijn ook aanbieders van ambulante begeleiding betrokken?*
 - Er zijn meerdere aanbieders bij de Taskforce betrokken, ook organisaties die ambulante begeleiding bieden dan wel andere WMO-zorg. Deze zijn op dit moment ook partij bij de regionale transfertafel.
- *Wat is de rol van de Zorgverzekeraar bij de transfertafel?*
 - De zorgverzekeraars (ZVW) zijn verantwoordelijk voor het organiseren van de toegankelijk, betaalbaarheid en de kwaliteit van de zorg voor hun verzekerden. Zij sturen vanuit die rol mee in het proces om te komen tot goede afspraken in de regio, zodat zij voldoende zorg kunnen inkopen voor hun verzekerden bij GGZ-aanbieders. En kunnen garanderen dat hun verzekerden de juiste zorg ontvangen en sturen mee in het proces en de randvoorwaarden.



Visie

- *Heeft een deel van de cliënten (op wachtlijst) niet levensbrede ondersteuning nodig? Horen die thuis in de GGZ? Is er nog een heroverweging van verwijzingen?*
- Zeker, daarom is het ook van belang dat de transfertafel onderdeel is van een brede regionale aanpak en visie. Waarin we met elkaar nadenken over andere manieren van zorg en ondersteuning in de GGZ.
- *De S-GGZ slibt dicht; is het aanbieden van meerdere producten/diensten in de Basis GGZ een oplossing?*
- Het is van belang om hierover met elkaar in gesprek te gaan en goed met elkaar te kwantificeren wat het aantal wachtenden is en wat zij nodig hebben. Om ook te kijken of er andere oplossingen zijn bijv of zorg in de Basis GGZ mogelijk is.
- *Het is vaak het moeilijkste om complexe cliënten naar elders te verwijzen (want weinig aanbod/uitsluiting). Zijn daar afspraken over gemaakt?*
- Dat klopt, in de transfertafel richten we ons nu vooral op de laagcomplexere zorg en middencomplexere zorg omdat daar nu nog een aanbod voor in de reigo beschikbaar is. Er is verbinding tussen de transfertafel en de hoog-complexe regiotafel, waar hoog-complexe casuïstiek wordt besproken. Er worden in de regio specifieke organisatieoverstijgende expertise netwerken ingericht die zich hier specifiek op gaan richten. Dat is een knelpunt waar aandacht voor is.
- *Wordt bij transfertafel ook nagedacht om niet meer diagnosegericht te verwijzen, maar gebaseerd op de hulpvraag?*
- In de transfertafel is ervoor gekozen dat aanbieders aangeven welke patientgroepen zij kunnen behandelen. In de taskforce GGZ kijken we ook in andere regionale projecten hoe we de zorg meer vanuit de hulpvraag kunnen gaan organiseren. De GGZ-aanbieders in de regio hebben ook hun processen zo ingericht dat niet meer de diagnose maar de hulpvraag centraal staat.
- *Hoe kijken jullie naar inzet EHealth tijdens de wachttijd?*
- E-health is een van de producten die ingezet wordt als onderdeel van de behandeling in de GGZ. E—health wordt door organisaties ingezet als middel voor de overbrugging.
- *Wordt er (op termijn) samengewerkt met huisartsen en sociaal domein om druk op GGZ te verminderen?*



- Huisartsen zijn aangesloten bij de transfertafel. Bij de regionale taskforce zijn zowel de huisartsen als de gemeente aangesloten. En kijken we met elkaar af kunnen komen tot oplossingen die daaraan bijdragen, zo zijn we gestart met het initiatief GGZ in de buurt en afschaling van zorg.

Pricacy en AVG

- *Is er vooraf toestemming nodig van de cliënt om een transfer te bespreken?*
- Ja, er is toestemming nodig van de cliënt. Zolang je het op de transfertafel hebt over aantallen en niet te herleiden personen, kan je dit bespreken. Als je een transfer uit wilt voeren, heb je hiervoor toestemming nodig van de cliënt.
- *Wat zijn de afspraken over het delen van cliëntgevoelige informatie?*
- Informatie wordt pas gedeeld als cliënt toestemming heeft gegeven en de transfer kan worden georganiseerd.
- *Hoe kom je erachter of een cliënt bij meerdere instellingen als wachtende is aangemeld?*
- Dat inzicht hebben we niet, maar is wel een aandachtspunt en vraagt van aanbieders om dit goed uit te vragen aan de cliënt.

Communicatie

- *Weet een cliënt dat hij in aanmerking komt voor een transfer?*
- Ja, dit wordt op voorhand met hem/haar besproken.
- *Hoe verloopt de communicatie met de cliënt als hij/zij bij een andere aanbieder een behandeling kan volgen?*
- De aanbieder die de cliënt een transfer wil aanbieden, verzorgt de communicatie met de cliënt. Bij transfer wordt dit overgedragen aan de vervolgaanbieder.

Andere stakeholders

- *Is het jullie wens/plan om ook cliëntenperspectief aan de transfertafel te hebben?*
- Ja, zeker. De cliënten zijn vertegenwoordigd in de regionale taskforce en we zijn in gesprek met Basisberaad /Zorgbelang en Mind hoe we dat het beste kunnen organiseren.



- *Wordt in de regio gewerkt met de herstelondersteunende intake?*
- Herstelondersteuning wordt in verschillende vormen ingezet in de regio, door GGZ-aanbieders en ook in het sociaal domein. We kijken met Basisberaad hoe we dat breder kunnen inrichten in de regio. Basisberaad organiseert binnenkort een sessie met stakeholders om hierover van gedachten te wisselen.
- *Hoe sluit je andere stakeholders, zoals sociaal domein, gemeente en huisartsen aan?*
- Via de regionale taskforce zijn de stakeholders aangesloten. Met welzijn voeren we het gesprek.

Overig

- *Gaat het alleen om "fysieke" behandelingen bij de capaciteit of wordt ook EHealth, bijv PsyQ online meegenomen?*
- Beide worden ingezet ook door PsyQ.
- *Wat versta je onder een aanmeldpauze? (definitie)*
- De aanmeldpauze kan door organisaties worden ingesteld als zij de treeknorm > 14 weken overschrijden. Het is aan GGZ-aanbieders om daarop te sturen, maar dat vraagt ook veel van het wachttijdmanagement zodat je al vroegtijdig kan inschatten of de te verwachten treeknorm wordt overschreden.
- *Welke definitie van wachtende cliënten wordt gebruikt in de transfertafels. Peiling per dag?*
- Nee. We richten ons op het aantal cliënten dat wordt aangemeld, de organisatie schat in of de totale wachttijd wordt overschreden en indien dat zo is, worden de cliënten aan het begin van het proces, vóór de intake al omgeleid naar een andere aanbieder.

Leren

- *Welke stappen zouden wij als zorgorganisatie zelf al heel snel kunnen zetten?*
- Breng in je eigen organisatie in kaart hoe je de wachttijden nu bijhoudt, wat je definitie is van wachttijden en richt je processen zo in dat je al vroegtijdig voor de intake kan gaan inschatten welke cliënten de tijd gaan overschrijden. Ga in gesprek met andere GGZ-organisaties in de regio en sluit aan bij de regionale taskforce en de afspraken die daar worden gemaakt.



- *Wat zijn de meest opvallende leermomenten geweest voor jullie in het afgelopen jaar? Wat heeft dat voor moois opgeleverd?*
- Je moet het gewoon gaan doen met elkaar! We kunnen allerlei belemmeringen bedenken om het niet te doen. Maar je leert pas van elkaar als je elkaar ontmoet. Samenwerken is ook met elkaar nieuwe dingen organiseren en óók tegen grenzen aanlopen. Dit proces met elkaar inrichten vraagt wel dat organisaties ook zelf veranderen en bereid zijn om hun eigen processen aan te passen. Voorbeeld: PG groep was wat sceptisch, maar hebben hun zorgvisie aangepast waardoor deze manier van organiseren ook bij hun organisatie past.
- *Heeft er een verschuiving plaatsgevonden van S-GGZ naar Basis GGZ*
- Dat is nog lastig om te beoordelen, hiervoor zijn we nog te kort bezig
- *Wordt er gekeken of transfers goed matchen, of dat er verder getransfeerd wordt?*
- De cliënt wordt pas getransfeerd als het “juiste” aanbod er is. Soms is dat niet goed gegaan en dan worden deze casussen besproken in de transfertafel om met elkaar van de leren.
- *Is er al iets te zeggen over de resultaten? Lopen de wachttijden al terug?*
- Daar is op dit moment nog weinig over te zeggen, als we kijken naar de vektis gegevens niet. Wel zijn er andere verwijsstromen gekomen mogelijk dat dit op langere termijn wel iets gaat zeggen. We zijn ons ervan bewust om echt de wachttijden te verminderen is procesoptimalisatie nodig, maar ook een visie verandering op GGZ zorg.

Verdere vragen kunt u voorleggen aan sophie.bik@zorgimpuls.nl en/of matine.van.schie@zorgimpuls.nl. Wij zetten de vragen door naar de overige betrokken deelnemers van de tranfertafel.