

Anderhalfjaarsplan 2021-2023

REGIO DRENTHE Task force wachttijden GGZ

- Accare
- Cosis
- GGZ Drenthe
- Huisartsenzorg Drenthe (HZD)
- IPGGZ
- Lentis / Jonx
- Forte GGZ
- Verslavingszorg Nederland (VNN)
- Zilveren Kruis Zorgverzekering
- Zorgbelang Drenthe

29 maart 2021

Versneller Regio Drenthe, Ageeth Jorna

1 Inleiding

In Drenthe zijn de wachtlijden in de ggz net als in een aantal andere probleemregio's in Nederland een structureel en schrijnend probleem. Voor een groot aantal diagnosegroepen geldt dat de wachtlijden ver boven de Treeknormen uitkomen. Dit speelt zowel bij de jeugd als bij volwassenen, met name in de gespecialiseerde ggz en in de verslavingszorg. Zie bijlage 1 voor een overzicht van de actuele Vektis-cijfers.

In 2018 is een Regionale Task Force van start gegaan met als opdracht de knelpunten en oplossingsrichtingen te inventariseren en de problematiek aan te pakken.

Deze Task Force bestond uit bestuurlijke vertegenwoordigers van de aanbieders GGZ Drenthe, Accare, Cosis, IPGGZ, Lentis/Jonx, Forte GGZ en VNN. De Task Force kwam drie maal per jaar bijeen. In het terugdringen van de wachtlijden werden geen zichtbare resultaten geboekt; het urgentiebesef over de wachtlijdproblematiek nam wel toe.

In oktober 2020 is een versneller aangesteld, met als opdracht een inventarisatie en analyse uit te voeren van knelpunten en oplossingsrichtingen en vervolgens een gefundeerd plan op te stellen dat door de leden van de Regionale Task Force gedragen wordt. Als het plan ook door de Landelijke Stuurgroep Wachtlijden wordt goedgekeurd, kan ondersteuning door de versneller desgewenst met zes maanden worden verlengd in de implementatiefase.

Reikwijdte van de Task Force

Een belangrijke sleutel voor de oplossing van knelpunten is het betrekken van partners uit de huisartsenzorg en ervaringsdeskundigen. Ook is het cruciaal om een verbinding tot stand te brengen tussen ggz-aanbieders en het sociaal domein. In het vierde kwartaal van 2020 is de Task Force daarom uitgebreid met bestuurlijke vertegenwoordigers van de huisartsen/poh-ggz (Huisartsenzorg Drenthe), de cliëntenraad (Zorgbelang Drenthe) en de zorgverzekeraar (Zilveren Kruis). Het is de bedoeling dat in eerste kwartaal van 2021 ook de gemeenten en welzijnsorganisaties aanhaken.

Planvorming

Dit anderhalfjaarsplan is tot stand gekomen na interviews, gesprekken met de deelnemende partijen, input vanuit het landelijk overleg, bijeenkomsten en feedback van de Task Force en na de eerste bijeenkomsten van een werkgroep Emmen die in december 2020 is ingesteld.

2 Krachtige taakopvatting

“In Drenthe hebben we geen wachtenden en we gaan dat samen aan.”
(Tenzij de wachtende daar zelf voor kiest.)

Deze stip op de horizon van de Task Force is ambitieus en heel eerlijk: feitelijk té ambitieus, want we weten dat we niet alle factoren in eigen hand hebben. Maar deze schetst wél de wil om een duurzaam samenwerkingsverband tot stand te brengen. Het is een doel dat past bij het toekomstbeeld waarin de regie voor behandeling ligt bij patiënten (en hun naasten), waarbij zorgaanbieders een klein stukje meereizen op de levensreis van patiënten en in nauwe samenwerking met het sociaal domein ondersteuning bieden bij herstel en kwaliteit van leven, gefaciliteerd door betrokken zorgverzekeraars en gemeenten.

Hoe komen we tot een doorbaak? De afgelopen maanden is inzicht verkregen in de knelpunten (paragraaf 3) en zijn invalshoeken voor verbeteringen uitgewerkt (paragraaf 4). Op basis daarvan is een plan opgesteld (paragraaf 5 en 6).

3 Inzicht in de knelpunten

Uit de interviews zijn knelpunten naar voren gekomen die zich voordoen de instroom-, doorstroom- en uitstroomfase van de patiëntreis.

In bijlage 2 is een schematische analyse gemaakt, waarbij steeds is aangegeven welke partijen vooral betrokken zijn (of dienen te worden).

Hieruit blijkt dat er op meerdere lagen gewerkt moet worden aan een oplossing:

1. Binnen de eigen organisatie
Hoe pak je de regie op de wachttijdenproblematiek? Wat is je visie op de toekomst van de ggz? Wat vraagt dit in de cultuur van de organisatie en in het aanbod?
2. In de formele zorgketen
Hoe kom je tot samenwerking en gedeeld eigenaarschap om patiënten de beste en snelste zorg te leveren? Dit speelt tussen aanbieders en verwijzers en tussen aanbieders onderling.
3. In verbreding van de keten
Wat is nodig en mogelijk in de samenwerking met andere domeinen, zoals het welzijnswerk en de inzet van informele zorg, waarmee voorkomen wordt dat hoogcomplexiteit te zeer gemedicaliseerd raakt en uitstroom uitblijft.

4 Invalshoeken voor verbetering

Bovengenoemde analyse heeft geleid tot vier concrete invalshoeken voor verbeteringen, die in combinatie tot zichtbare verbeteringen moeten leiden.

De eerste drie invalshoeken verwijzen naar de eerdere genoemde gelaagdheid.

- Kritische reflectie op de eigen organisatie en het oppakken van eigen verbeterpunten (invalshoek 1).
- De tweede en derde invalshoek (samenwerking binnen de smalle en brede keten) komen tot stand door concreet met elkaar te gaan samenwerken en een regionaal transfermechanisme in te stellen.
- De vierde invalshoek voorkomt dat we opnieuw het wiel gaan uitvinden. De versneller is verbinder tussen de regionale en landelijke ontwikkelingen en inzichten.



5 Werkwijze

Geografische insteek

Een papieren plan is snel geschreven, maar de werkelijkheid is taai en complex. Om tot daadwerkelijke oplossingen te komen, starten we klein maar wel met het moeilijkste geografische gebied en dat is Emmen.

Emmen is een achterstandsregio die gekenmerkt wordt door generatie-armoede. De vraag naar hoogcomplex (verslavings)zorg is groot en patiënten blijven lang in zorg. De regio kampt met een chronisch tekort aan behandelaren; het is moeilijk personeel te behouden. De totale wachttijd voor nieuwe aanmeldingen loopt inmiddels op tot wel twee of drie jaar. Verwijzers zoeken steeds vaker de oplossing in beschermd wonen, daar voelt men de druk toenemen.

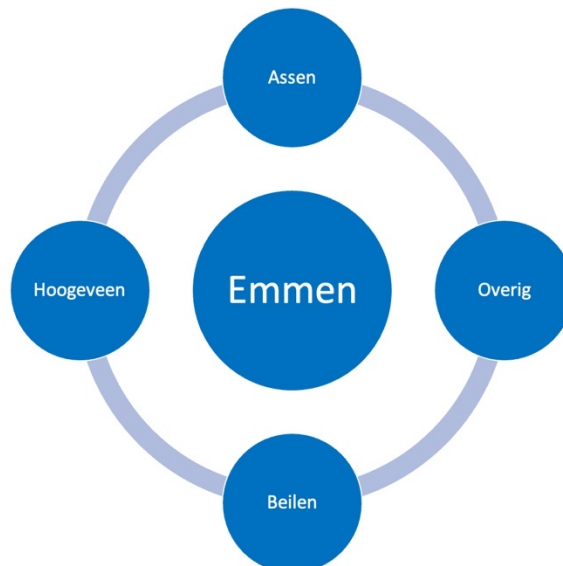
De gemeente Emmen gaat qua omvang richting een kwart van de provincie Drenthe (107K inwoners Emmen / 492K inwoners heel Drenthe = 22 procent).

Uitwisselen en opschalen

We doen allereerst ervaring op in Emmen. Van daaruit volgen de andere regio's. De ervaringen worden via de Task Force gedeeld binnen de andere regio's in Emmen. De andere regio's kunnen zo hun voordeel doen met de leerervaringen en resultaten uit de werkgroep.

Plan B: mocht het proces in Emmen onverhoopt stagneren, dan kan Emmen van plaats wisselen met een van de andere regio's (zoals bijvoorbeeld Assen; ook daar is de problematiek aanzienlijk).

Deze aanpak is een middel om te komen tot het uiteindelijke doel: terugdringen van de wachttijden tot onder de Treeknormen binnen de hele regio Drenthe.



Werkgroep			Task Force
2020	Q4	Voorbereiding/opstart werkgroep Emmen	Kennismaking en analyse
2021	Q1	Doorpakken Emmen, leerresultaten verspreiden binnen de regio	Planvorming en randvoorwaarden Emmen
	Q2		Eigenaarschap op thema's, monitoring Emmen, faciliteren initiatieven voor opschaling binnen de regio
	Q3		
	Q4		
2022	Q1		
	Q2		

6 Plan van aanpak

Over het plan in deze paragraaf moet in het eerste kwartaal van 2021 overeenstemming zijn bereikt. Doel is verkorting van de wachttijden tot onder de Treeknormen. Dit willen we bereiken door middel van concrete en meetbare acties op de onderliggende beïnvloedbare oorzaken. Niet-beïnvloedbare oorzaken blijven dan over als verklarende factor van eventueel resterende wachttijden.

6.1 Werkgroep Emmen

In december 2020/ januari 2021 is een Werkgroep Emmen van start gegaan met daarin deelnemers van GGZ Drenthe, locatie Emmen, vertegenwoordigers van huisartsenpraktijken en lokale poh-ggz-medewerkers. Dit was nodig om de randvoorwaarden te creëren voor het in werking stellen van een transfermechanisme.

Bij aanvang is de wachttijd op een gespecialiseerde behandeling bij de grootste aanbieder in Emmen opgelopen tot 2-3 jaar. In Vektis-rapportages is dit nog niet zichtbaar; de wachttijdgegevens van patiënten worden pas na de intake in de centrale cijfers meegenomen. De wachttijd tot een intake is inmiddels meer dan een jaar (N = 113). Er is geen zicht op wie de wachtenden zijn en wat zij nodig hebben. Behandelaren zijn chronisch overbelast en het lukt niet om openstaande vacatures vervuld te krijgen. De communicatie tussen ggz-behandelaren en de huisartsen / poh-ggz verloopt stroef. Huisartsen en poh-ggz dringen niet door en zijn (wanhopig) op zoek naar andere wegen voor hun patiënten.

Merk op dat bij het oplossen van het stuwmeer aan aanmeldwachtenden, de Vektis-cijfers aanvankelijk juist een verergering zullen laten zien.

Vanuit de werkgroep worden acties rondom Emmen gecoördineerd, zoals een warme overdracht, soepele communicatie, het instellen van een transfermechanisme en het komen tot een actuele en dynamische wachtlijst.

Doelstelling 1 Soepel contact tussen verwijzers en ggz-aanbieders

In Emmen kennen verwijzers en aanbieders elkaar. Zij weten elkaar snel te vinden en onderhouden warm contact rond in-/uitstroom van cliënten en in de nazorgfase: behandelaren blijven tot 1 jaar na sluiting laagdrempelig bereikbaar voor de opvolgende instantie. Er zijn concrete afspraken over het samenwerkingsproces. De consultatie verloopt goed en sluit aan op de vraag.

Beoogde meetbare opbrengst na 6 maanden

- Binnen 6 maanden is de samenwerking geëvalueerd en vastgelegd.
- Uit de evaluatie blijkt dat de deelnemers de samenwerking sterk verbeterd vinden (minimaal neutraal *) én dat verbeterpunten vertaald zijn in acties. (Meting o.b.v. 5 puntsschaal: 1 = slecht 2 = moeizaam 3 = neutraal 4 = goed, 5 = uitstekend)

- Uit de evaluatie blijkt dat verwijzers en aanbieders van mening zijn dat de verbetering van het contact aantoonbare waarde voor de patiënt heeft en zij onderbouwen dat met argumenten.

Doelstelling 2 Werkend transfermechanisme

In Emmen werken huisartsen, poh-ggz, ggz-aanbieders, welzijnswerk, gemeente, welzijnsorganisaties, ervaringsdeskundigen en cliëntenraad samen om voor cliënten een passende oplossing te vinden: om wachtenden te helpen én om cliënten eerder te kunnen laten uitstromen. Er zijn heldere afspraken over de regie en wijze van samenwerken en de privacyregels worden gerespecteerd.

Beoogde opbrengst na 6 maanden

- De samenwerking is minimaal uitgebreid met de gemeenten en welzijnswerk; de samenwerkingsovereenkomst is getekend, waarbij het streven is om ook ervaringsdeskundigen en zelfstandig gevestigden aangehaakt te hebben.
- Patiënten die ongewenst langer op een behandeling wachten dan de Treeknormen zijn geanonimiseerd besproken met het oog op alternatieven/transfer.
- De transferresultaten worden per diagnosegroep bijgehouden. Deze gemonitorde transfergegevens leiden tot meetbare doelen in de volgende projectfase en bieden inzicht in de effecten voor opschaling binnen de andere regio's in Drenthe.

Doelstelling 3 Dynamische en actuele wachtlijst

In Drenthe worden patiënten binnen vier weken na aanmelding 'gezien' en er is een breed gedragen prioriteringssysteem voor de wachtlijst, zodat urgentie, anders dan een crisissituatie, meeweegt in de toegang tot zorg.

Beoogde opbrengst na 6 maanden

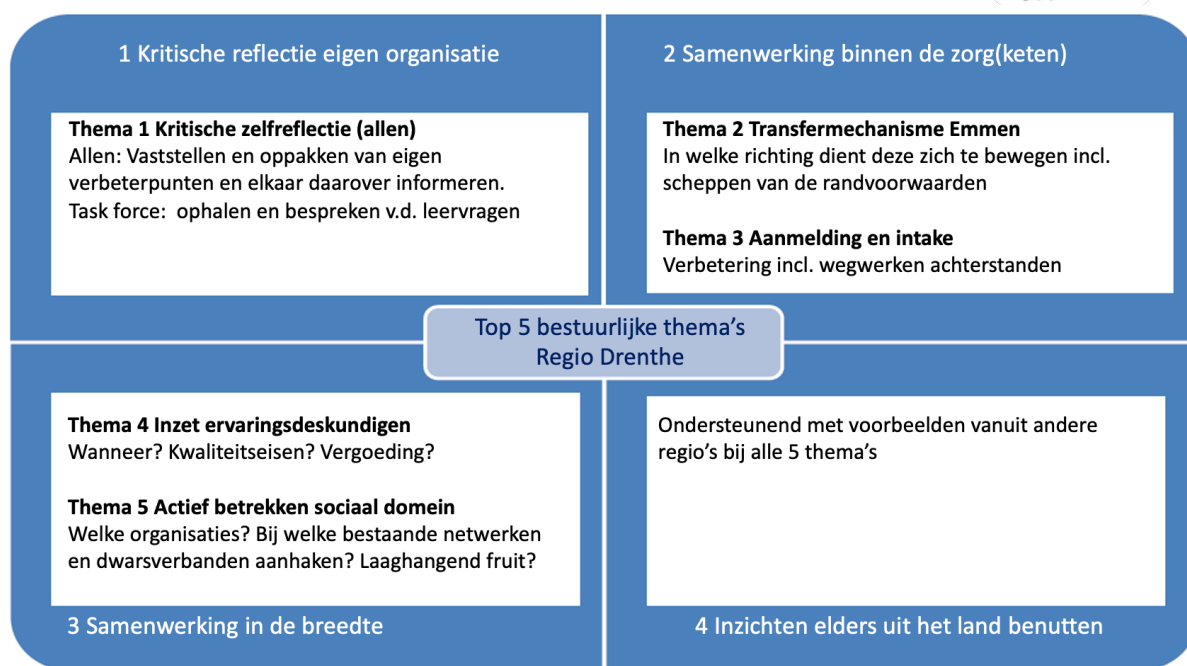
- De aanmeldwachtijd in Emmen is in 90% van de gevallen teruggebracht tot maximaal 4 weken (binnen de Treeknormen).
- Het aantal wachtenden in Emmen is actueel en volgens het vierogenprincipe inzichtelijk, zo mogelijk per huisartsenpraktijk en per diagnosegroep.

De werkgroep werkt in maart 2021 een globaal actieplan verder uit. Zie voor de basis bijlage 3. Daarin zijn de doelstellingen per kwartaal in acties zijn uitgewerkt en in de tijd uitgezet.

6.2 Bestuurlijk eigenaarschap

De Task Force komt elke zes weken bijeen aan de hand van thema's, om de voortgang in Emmen te monitoren en inzichten uit Emmen op te schalen naar de rest van de regio. Het eigenaarschap op de thema's wordt onder de leden van de Task Force verdeeld, zodat zij zich tussentijds in klein comité kunnen verdiepen en input kunnen leveren voor de plenaire bijeenkomsten.

Op basis van de invalshoeken voor verbetering (p.4) zijn 5 hoofdthema's geformuleerd.



Ad 1 Actie voor allen: welke verbeterpunten zie je binnen je organisatie, gericht op een passend aanbod en betere instroom, doorstroom en uitstroom? Binnen de Task Force: ophalen en bespreken van leervragen.

Ad 2 Zie Werkgroep Emmen, waarbij de volgende landelijke kaders gelden:

- Screening van de wachtlijsten met het 'vier ogen principe'. Partijen wisselen AVG-proof betrouwbare gegevens uit over het (uniek) aantal wachtenden en hun zorgvraag.
- Duidelijk is hoe het transfermechanisme benaderd en benut kan worden, ook door onafhankelijke cliëntondersteuners en zorgbemiddeling en advies van zorgverzekeraars.
- Heldere samenwerkingsafspraken, w.o. over verantwoordelijkheden en uitvoering. Denk hierbij ook aan de samenwerking met vrijgevestigden: In welke fase? Hoe te betrekken? Consultatie/warme overdracht. Verder te verbreden via thema 4 en 5.

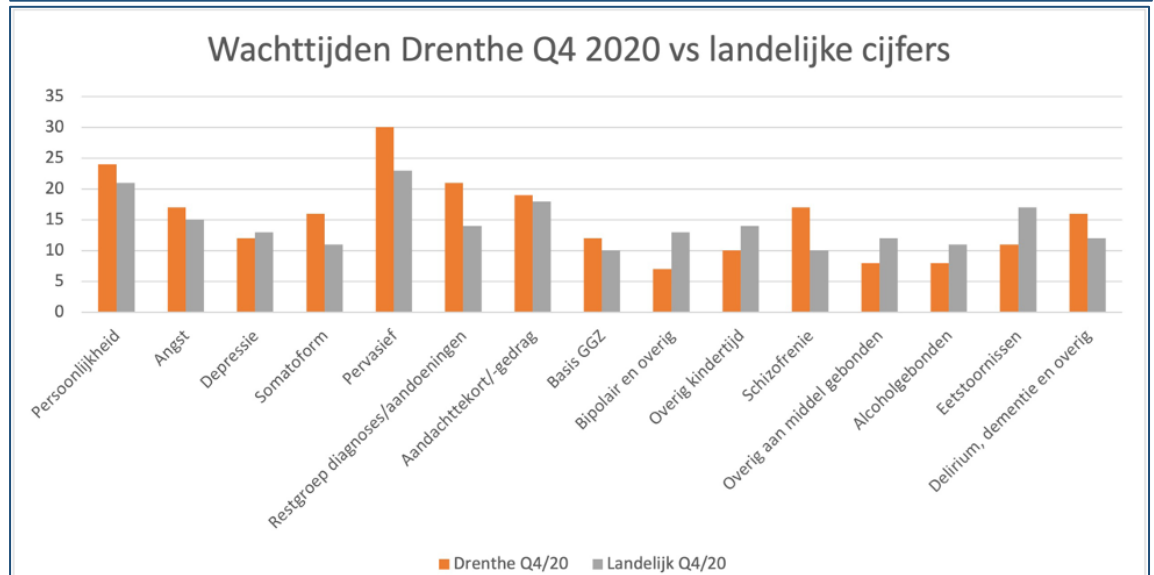
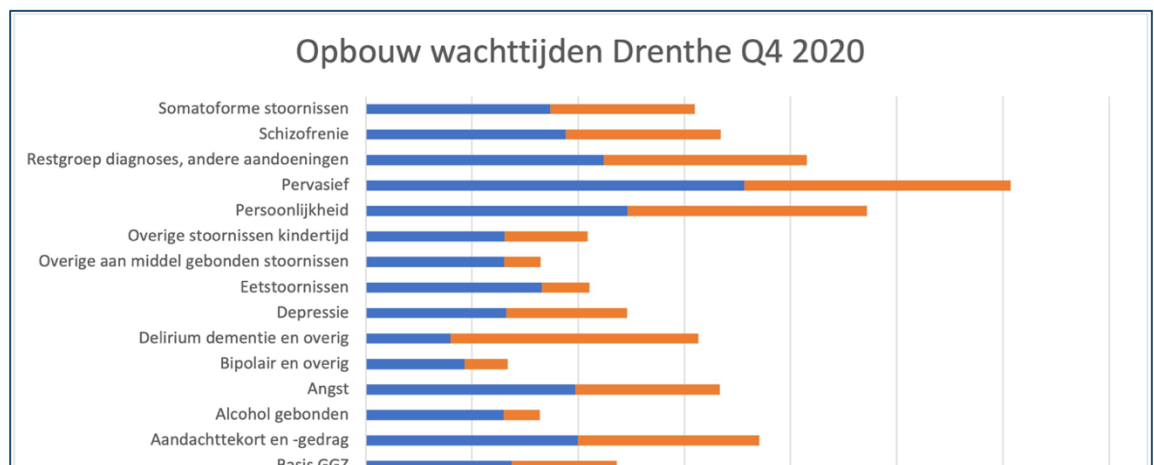
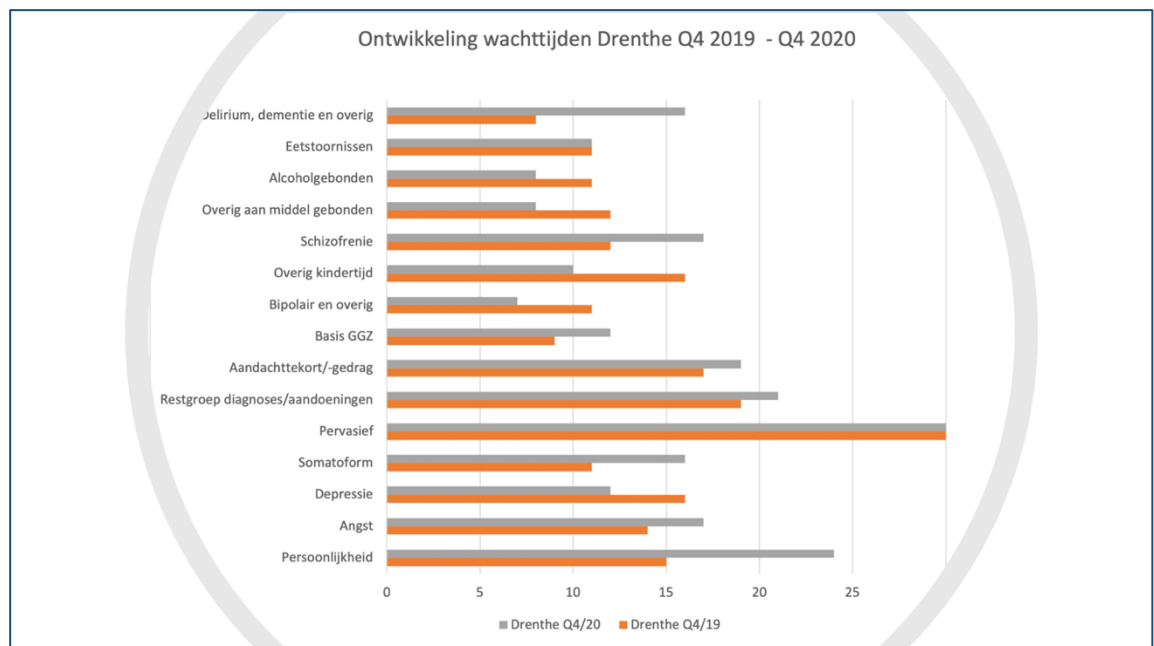
Ad 3 Het gaat hier om verbetering van de intake en het wegwerken van achterstanden in de aanmeldperiode tot de intake. Denk hierbij ook aan platforms met specifieke dienstverlening hierop, al dan niet in combinatie met e-Health

Ad 4 Hoe kunnen ervaringsdeskundigen in de instroom- en uitstroomfase een rol spelen om te cliënt te ondersteunen en de de druk op de ggz te verlagen?

Ad 5 Hoe brengen we zo snel mogelijk een verbreding van netwerk tot stand, gebruikmakend van bestaande netwerken en dwarsverbanden?

Zie bijlage 4 voor de conceptagenda schema voor taakverdeling van de thema's (n.a.v. de vragenlijst onder de Task Force leden).

Bijlage 1 Vektis cijfers



Bijlage 2 Schematische analyse van knelpunten

	Patiënt	Naasten	GGZ-locatie/behandelaar	GGZ-organisaties (keten)	Huisartsen/poh-ggz	Inkopers (*)	Sociaal domein (**)
Instroom							
					Niet of gebrekkig contact, beoogde consultatiemogelijkheid ggz functioneert onvoldoende.		
			Inefficiëntie: meerdere aanmeldpunten, dubbele triage, variatie in werkwijze.				
			Gebrek aan acceptatie van voorinformatie van ketenpartners: intakes worden opnieuw gedaan.				
Doorstroom			Geen contact met de wachtenden: Waarop? Hoe lang? Met welke prioriteit? Wat kan nog meer helpen?				
					Gebrek aan (gedeelde) informatie: om hoeveel dossiers gaat het, aanmeldcategorie, heraanmelding, prioriteit.		
			Geen alternatief om wachttijd door te kunnen komen, geen transfermogelijkheid: elders plek?				
			Onvoldoende aansluiting van het zorgaanbod op de behoefte van patiënten met multiproblematiek, passend bij de aanwendbare capaciteit.				
Uitstroom							
					Gebrek aan integrale hulptrajecten / co-behandeling bij dubbeldiagnostiek.		
					Onvoldoende beschikbaarheid van behandelaren en middelen, structurele overbelasting van personeel.		
			GGZ-behandelaren nemen moeilijk afscheid van patiënten.				
Onderliggend					Niet of gebrekkig contact, geen warme overdracht, geen nazorg / consultatiemogelijkheid behandelaar.		
					Gebrek aan transfermechanisme dat erop is gericht patiënten van de specialistische ggz te doen uitstromen.		
					Ontbreken van een gezamenlijke aanpak in de keten tussen huisartsenpraktijk/poh-ggz, ggz en sociaal domein samen.		
					Te weinig aandacht voor preventieve maatregelen in voorliggend veld, ontbreken van een toekomstbestendige visie op haalbare en betaalbare ondersteuning van de kwaliteit van leven van bewoners.		
** gemeenten (jeugd), zorgverzekeraars (volwassenen)							

Bijlage 3 Concept actieplan Werkgroep Emmen

Q/jaar	Fasen	Acties Werkgroep Emmen	Huidige situatie	Meetbaar resultaat	Status
Q4/20 - Q1/21	Doelstelling 1 Soepel contact tussen verwijzer en ggz-aanbieder	1 Ruimte maken voor contact tussen aanbieder en verwijzers en voor relatieherstel, ondanks de hoge werkdruk.	Aanbieder en verwijzer hebben geen tijd voor overleg	Aanbieder en verwijzer hebben maandelijks overleg.	geregeld
		2 Faciliteren van laagdrempelig contact tussen aanbieder en huisartsen/poh-ggz.	Verwijzers weten niet wie de behandelaars zijn en krijgen geen gehoor/worden niet teruggebeld.	Verwijzers hebben de namen en telefoonnummers van behandelaars en krijgen in 95% van de gevallen binnen 3 werkdagen contact.	in gang gezet
		3 Nabellen van de wachtenden en in kaart brengen wie waarop (nog) wacht.	Aanbieder heeft geen inzicht in de groep wachtenden (anders dan een totaalaantal actuele wachtenden + wachttijd).	Aanbieder beschikt over actueel inzicht op de wachtenden: per huisartsenpraktijk en per diagnosegroep.	in gang gezet
		4 In gebruik neming van VIP Live als communicatieplatform.	Er is geen communicatieplatform tussen aanbieder en verwijzer	VIPLive functioneert als laagdrempelig communicatieplatform.	in gang gezet
Q2/21 e.v.		5 Periodieke evaluatie van de samenwerking	Er is geen sprake van samenwerking.	Halfjaarlijks wordt de samenwerking geëvalueerd en vastgelegd.	formeel ingepland: 1e week juni 2021 (ook tussentijds mogelijk)
		6 Vaststellen benodigde acties	Er is geen planmatige samenwerking	Halfjaarlijks worden de doelen en acties bijgesteld.	formele check ingepland: 2e week juni 2021 (ook tussentijds mogelijk)
		7 Samenstelling van de werkgroep waar nodig aanpassen aan de doelen en acties.	De werkgroep is ad hoc samengesteld.	De werkgroep bestaat uit leden die passen bij de doelen en acties.	formele check ingepland: 2e week juni 2021 (ook tussentijds mogelijk)
	Doelstelling 2 Werkend transfermechanisme	1 Aanhaken van de gemeente, Sedna, ervaringsdeskundigheden, zo mogelijk vrijgevestigden bij de Task Force	Er is geen samenwerking.	Op bestuurlijk niveau sluit men aan bij de Task Force, de samenwerkingsovereenkomst is getekend.	in voorbereiding
Q1/21 e.v.		2 Inrichten van het transfermechanisme incl. verantwoordelijkheden	Er is geen transfermechanisme.	Er is een proceseigenaar en voorzitter aangewezen. De werkwijze is vastgelegd.	in voorbereiding
		3 Delen van geanonimiseerde wachtlijstgegevens	Anders dan de Vektis-rapportage worden geen gegevens gedeeld.	Betrouwbare wachtlijstgegevens worden volgens het vierogenprincipe en cf. AVG-richtlijnen gedeeld: aantal unieke wachtenden + zorgvraag (diagnose)	
		4 Uitstroom stimuleren door warme overdracht	Er is geen focus op verspoedigen uitstroom en geen nazorg / warme overdracht.	Aanbieders brengen periodiek portieel uit te stromen patiënten in. Behandelaar blijft tot 1 jaar na sluiting laagdrempelig bereikbaar.	
	Q2/21 e.v.	5 Periodieke resultaatmeting a.h.v. monitoring van de wachtlijsten	Anders dan de Vektis-rapportage worden geen gegevens gedeeld.	Resultaatgegevens worden bijgehouden en op elke Task Force bijeenkomst worden de resultaten besproken.	
		6 Periodieke evaluatie van de samenwerking incl. vaststellen benodigde vervolgacties	Er is geen planmatige samenwerking	Halfjaarlijks worden de doelen en acties formeel gecheckt en bijgesteld.	formeel ingepland: 1e week juni 2021 (ook tussentijds mogelijk)
		7 Terugkoppeling Task Force voor verbeterpunten en opschaling naar de regio	Er is geen terugkoppeling.	Voor elke Task Force-bijeenkomst worden aanbevelingen meegegeven, met halfjaarlijks een formele voortgangsbepreking.	periodiek op de agenda, formele check ingepland: 2e week juni 2021
	Doelstelling 3 Actuele en dynamische wachtlijst	1 Verwijzer en aanbieder maken gebruik van een gezamenlijk ingesteld prioriteringssysteem voor de wachtlijst.	Er is geen methodiek om urgentie aan te geven, anders dan crisis.	Er zijn heldere aanmeldcategorieën + vervolgstappen per categorie.	geagendeerd
	Q2/21 e.v.	2 Wachtenden worden uiterlijk binnen 4 weken na aanmelding 'gezien', waar nodig vindt transfer plaats.	Een intake kan een jaar of langer duren.	Intakes vinden binnen 4 weken na aanmelding plaats.	

Bijlage 4 Concept agenda / taakverdeling Task Force

Thema	1e keus	2e keus	3e keus
1 Leervragen om te bespreken n.a.v. kritische reflectie eigen organisatie	VNN/Appelo, IPGGZ/Sluis	HZD/Schaart, Accare/Hartog	GGZ/Hakvoort, Lentis/Jonx/Fokkens, GGZ/Huisman, ForteGGZ/Boer, ZK/Homan, Zorgbelang/Dekker
2 Richting waarin het transfermechanisme zich dient te ontwikkelen (incl. randvoorwaarden)	HZD/Schaart, Lentis/Jonx/Fokkens, GGZ/Huisman, Accare/Hartog	GGZ/Hakvoort, IPGGZ/Sluis	VNN/Appelo, ForteGGZ/Boer, ZK/Homan, Zorgbelang/Dekker
3 Verbetering van aanmelding en triage, centraal versus decentraal	GGZ/Hakvoort	HZD/Schaart, Lentis/Jonx/Fokkens, GGZ/Huisman, Accare/Hartog	VNN/Appelo, IPGGZ/Sluis, ForteGGZ/Boer, ZK/Homan, Zorgbelang/Dekker
4 Inzet ervaringsdeskundigheid (kansen en randvoorwaarden)	VNN/Appelo, GGZ/Hakvoort, GGZ/Huisman, ForteGGZ/Boer, Zorgbelang/Dekker	IPGGZ/Sluis	HZD/Schaart, Lentis/Jonx/Fokkens, ZK/Homan, Accare/Hartog
5 Actief betrekken sociaal domein en aanhaken bij bestaande relevante netwerken	HZD/Schaart, IPGGZ/Sluis, Accare/Hartog	VNN/Appelo, GGZ/Huisman, ForteGGZ/Boer, Zorgbelang/Dekker	GGZ/Hakvoort, Lentis/Jonx/Fokkens, ZK/Homan

Data en tijden	Agenda	Voorbereiding door
Q1 begin maart 2021	Vaststelling plan Thema 1 Transfermechanisme Stand van zaken werkgroep Emmen	
Q2 eind april 2021		
medio juni 2021		
Q3 begin sept 2021		
Q4 medio oktober 2021		
eind november 2021		
Q1 medio januari 2022 begin maart 2022		
Q2 medio april 2022		
begin juni 2022		
Q3 medio sept 2022		