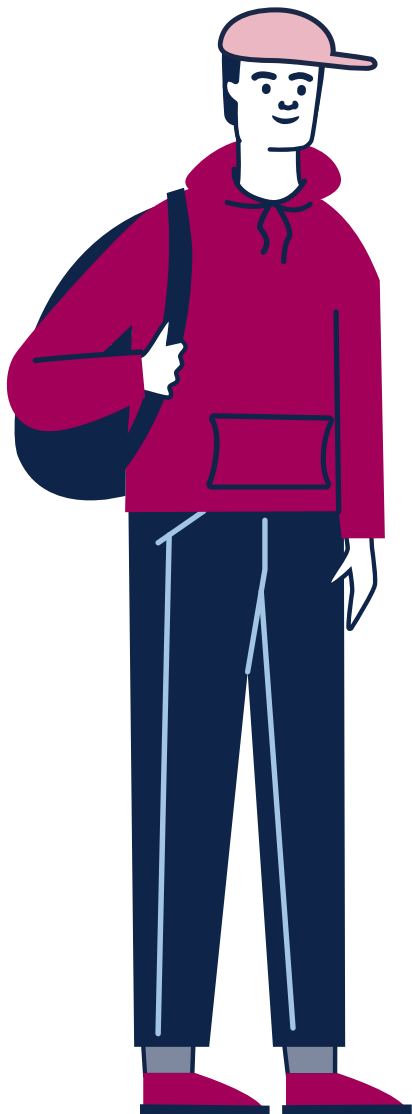




1,5-JAARSPLAN

WACHTTIJDEN

GGZ GRONINGEN

MAART 2021

Inhoud

Inhoud	2
Leeswijzer.....	3
Plan van aanpak	4
Inleiding	4
Doelstelling	5
Interventies op korte termijn	6
Interventies op middellange termijn	12
 Bijlagen	 14
Bijlage 1. Probleemanalyse	15
Bijlage 2. Interventie-overzicht	24
Bijlage 3. Programmastructuur	29
Bijlage 4. Samenwerkingsovereenkomst terugdringen wachttijden ggz regio Groningen	32
Bijlage 5. Infographic	36

Leeswijzer

Dit 1,5-jaarsplan schetst hoe de partijen in regio Groningen gezamenlijk de wachttijden in de GGZ gaan terugdringen, inclusief doelstelling, concrete interventies en planning. Het plan is uitgewerkt door de werkgroep onder leiding van de versnellers en ligt ter bestuurlijke goedkeuring voor op maandag 22 maart 2021. Een concept wordt eind februari gedeeld met de landelijke stuurgroep.

Het plan bevat de volgende bijlagen:

1. Probleemanalyse (vastgesteld december 2020).
2. Interventie-overzicht (vastgesteld december 2020).
3. Programmastructuur (vastgesteld december 2020).
4. Samenwerkingsovereenkomst (ondertekend februari 2021).
5. Infographic (t.b.v. communicatie binnen betrokken organisaties).

Plan van aanpak

Inleiding

De wachttijden voor de specialistische GGZ in regio Groningen zijn de op-een-na-hoogste in Nederland. Voor alle diagnosegroepen wordt de treeknorm overschreden. Mensen met een pervasieve stoornis wachten met 31 weken gemiddeld het langst. Bij alleen al de deelnemende organisaties in de regionale taskforce wachten ongeveer 1400 mensen, waarvan driekwart op een intake en een kwart op een behandeling (zie onderstaande tabel). Tijdens wachttijd kunnen problemen verergeren en crisissen ontstaan.

	Aantal wachtenden dec 2020	Aantal wachtenden feb 2021	Vershil
W1 (intake)	1051	958	- 93
W2 (behandeling)	361	434	+ 73
Totaal (W1 + W2)	1412	1392	- 20

Aantal wachtenden zoals aangeleverd door Forte GGZ, Inter-Psy, Lentis, Terwille en VNN.

Daarom heeft de regio van de landelijke stuurgroep¹ de opdracht gekregen om de wachttijden terug te brengen tot onder de treeknormen, door middel van duurzame samenwerking met eigenaarschap van alle betrokkenen. De regio krijgt hulp van een versnellersduo om partijen bij elkaar te brengen en dit proces te begeleiden. De reeds behaalde resultaten zijn een ondertekende samenwerkingsovereenkomst en de contouren van een 1,5-jaarsplan (bijlagen 1 t/m 4). De volgende resultaten worden van de regio verwacht in Q1 van 2021:

- Bestuurlijk vastgesteld 1,5-jaarsplan voor de regio, inclusief:
 - een kwantificering van de ambitie: welke wachtlijsten worden hoe ver teruggedrongen?
 - concrete interventies en planning.
- Een transfermechanisme is ingericht volgens de routekaart en functioneert.

Met een combinatie van interventies, gericht op het verbeteren van de instroom, doorstroom en uitstroom en gericht op de periode tijdens het wachten, wil de regio de wachttijden duurzaam terugdringen, door tijdig de juiste zorg op de juiste plek te bieden. We maken onderscheid tussen:

- interventies op korte termijn, die in het eerste kwartaal van 2021 in gang worden gezet. Deze zijn gericht op het beperken van instroom, in goede banen leiden van instroom en vergroten van uitstroom (creëren van ruimte voor nieuwe instroom). Daarmee wordt als het ware achterstallig onderhoud gepleegd en zijn andere interventies meer effectief.
- interventies op middellange termijn, die vanaf het 2^e kwartaal van 2021 worden uitgewerkt. Deze zijn gericht op duurzame samenwerking en blijvende verbetering van instroom, doorstroom en uitstroom.

¹ De landelijke stuurgroep bestaat uit MIND, De Nederlandse ggz, MEERGGZ, Sociaal Werk Nederland en Zorgverzekeraars Nederland.

Doelstelling

De regio richt zich primair op de wachtlijsten voor de doelgroepen:

- Mensen met een pervasieve stoornis.
- Mensen met een persoonlijkheidsstoornis.
- Mensen met verslaving.
- Jongeren op het grensvlak 18-/18+.
- Mensen met common mental health disorders (CMD).

Vanuit de werkgroep is de veelvoorkomende problematiek (CMD-doelgroep) toegevoegd aan de eerdere 4 groepen. CMD houdt o.a. in: primair stemmings- en angststoornissen, traumagerelateerde problematiek en obsessieve-compulsieve stoornissen. Dit is een groep van relatief grote omvang waarvoor relatief makkelijk ander aanbod te vinden is.

Bij één van de grote aanbieders betreft de cliëntgroep angst en depressie op de wachtlijst voor intake bijvoorbeeld ruim 40%, terwijl de cliëntgroep met pervasieve of persoonlijkheidsstoornis of een verslaving bij deze aanbieder op de wachtlijst voor intake samen maar ruim 10% bedraagt. Het aantal mensen op de wachtlijst van de organisaties die zich specifiek richten op verslaving bedraagt minder dan 10% van de wachtlijst van de 5 grote aanbieders samen.

Het doel is om in het eerste halfjaar van 2021 de wachtlijst voor deze groepen terug te dringen met 340 mensen en in het derde kwartaal met nog eens 400 mensen. Dit is een inschatting op basis van de volgende aannames:

1. Ongeveer 10% van de mensen op de wachtlijst heeft geen actuele hulpvraag en hoeft niet op de wachtlijst te blijven staan. Deze mensen zijn al elders in zorg of zijn op een andere manier ondersteund. Dit leidt tot een wachtlijstafname van 140 mensen in Q2 (eenmalige actie wachtlijst opschonen) en nog eens 28 mensen in Q3 (onderhoud van de wachtlijst).
N.B. uitgaande van een wachtlijst van 1400 mensen bij de 5 instellingen.
N.B. In een andere regio bleek dit percentage ongeveer 15%.
2. Ongeveer 0,5% van de mensen in behandeling (SGGZ) heeft geen actuele behandel doelstelling meer en kan worden doorgeleid naar passend vervolgaanbod. Dit leidt tot een wachtlijstafname van 70 mensen in Q2 (eerste acties afsluiten/afschalen) en nog eens 210 mensen in Q3 (grootschalige aanpak).
N.B. uitgaande van een ambulante SGGZ-caseload in de regio van 14.000 patiënten.
3. Ongeveer 20% van de huisartsen gaat deelnemen aan een transfermechanisme waarbij ongeveer 20% van hun verwijzingen beter passend geholpen kunnen worden in de BGGZ i.p.v. de SGGZ. Dit leidt tot een wachtlijstafname van 130 mensen in Q2 en nog eens 130 mensen in Q3.
N.B. uitgaande van 250 verwijzingen per week door huisartsen in de regio.
N.B. elders participeerde 30% van de huisartsen en werd 25% van de verwijzingen naar de BGGZ geleid.
4. Ongeveer 1% van de SGGZ-verwijzingen kan beter passend worden ondersteund in het sociaal domein, bij voldoende samenwerking tussen sociaal domein en huisartsen. Dit leidt tot een wachtlijst afname van 32 mensen in Q3.
N.B. uitgaande van 250 verwijzingen per week door huisartsen in de regio.

Interventies op korte termijn

In het eerste kwartaal van 2021 werkt de regionale taskforce aan 4 interventies die gezamenlijk de instroom, doorstroom en uitstroom verbeteren. Daartoe zijn een aantal interventies uit het interventie-overzicht in bijlage 2 nader uitgewerkt door de werkgroep.

Om het effect in beeld te brengen, wordt het aantal wachtenden periodiek gemonitord.

Transfermechanisme

In de huidige situatie kiezen verwijzers samen met de patiënt de best passende plek op basis van de vermoedelijke diagnose, beschikbaar aanbod en wachttijd zoals vermeld in Zorgdomein. Het aanbod is versnipperd omdat wachtlijsten en intakes meestal zijn georganiseerd per locatie.

Wat knelt? In Groningen is met name de wachttijd voor intake véél langer dan de treeknorm, vooral bij enkele grote instellingen. Het grote aantal wachtlijsten leidt tot inefficiëntie. De precieze wachttijden zijn niet altijd up-to-date. Cliënten die na intake niet op de juiste wachtlijst blijken te staan, moeten ergens anders opnieuw wachten.

Wat gaat er gebeuren? Er komt een centraal triagepunt (uitgevoerd door iPractice) waar huisartsen via Zorgdomein naar kunnen verwijzen als zij twijfelen over de best passende plek met de kortste wachttijd. Binnen een week voert iPractice een intake uit en zoekt samen met de cliënt passend aanbod, met een warme overdracht naar de aanbieder en terugkoppeling naar de huisarts.

Voor welke doelgroep? Huisartsen kunnen patiënten verwijzen naar iPractice bij twijfel over tijdig passend aanbod. Primair richt iPractice zich in regio Groningen op cliënten met veel voorkomende problematiek die in aanmerking komen voor een ambulante behandeling in de specialistische GGZ (definitie zoals ook gehanteerd in Rotterdam):

- Veelvoorkomende problematiek (CMD doelgroep) houdt o.a. in: Primair stemmings- en angststoornissen, trauma gerelateerde problematiek en obsessieve-compulsieve stoornissen. Comorbiditeit: er mag sprake zijn van specifieke problematiek (autisme, verslaving, etc), mits de veelvoorkomende problematiek op de voorgrond staat.
- Hier valt buiten: EPA doelgroep, primair verslavings- en eetstoornissen, complexe persoonlijkheidsproblematiek.
- Ambulante behandeling is toereikend: geen sprake van verhoogde crisisgevoeligheid of indicatie voor klinische opname e.d.
- Indicatie voor behandeling in de SGGZ: ernst/duur is matig tot ernstig en/of sprake van comorbide problematiek en/of sprake van belaste psychologische voorgeschiedenis.

Kanttekening: de inzet van iPractice is tijdelijk. Op termijn leidt dit tot beter inzicht van het aanbod in de regio, betere onderlinge samenwerking en een kwalitatief goede intake met mogelijk een gestandaardiseerd (e-)trriage-instrument dat door alle huisartsen gebruikt wordt. Andere betrokkenen in de regio kunnen mogelijk een spilfunctie gaan vervullen in dit proces.

Aandachtspunten voor professionals: zorg voor transparante en actuele wachttijden. Maak als verwijzer gebruik van iPractice om tijdig en passend aanbod te vinden.

1,5-JAARSPLAN WACHTTIJDEN GGZ GRONINGEN

Planning en actiehouders (incl. reeds voltooide acties):

Actie	Actiehouder	Planning
Inhoudelijke verkenning mogelijkheden iPractice	Werkgroep	Jan 2021
Aanstellen projectleider voor coördinatie	Lentis	Feb 2021
Vaststellen doelgroepen	Lentis i.o.m. andere aanbieders	Feb 2021
Bepalen financieringsvorm en contractpartner	Menzis	Maart 2021
Overzicht van beschikbare capaciteit vrijgevestigden	GPC	Feb 2021
Contract afsluiten	Menzis, iPractice & contractpartner (n.t.b.)	Maart 2021
Aansluiten GGZ-aanbieders: informatiebijeenkomst + interne communicatie per aanbieder	iPractice, Lentis, Inter-Psy, Forte GGZ, VNN, Terwille, GPC	Maart 2021
Beschikbaar aanbod in kaart brengen	iPractice met GGZ-aanbieders	Maart 2021
Inregelen Zorgdomein	Lentis & GHC	Maart 2021
Informeren huisartsen: webinar + brief	GHC, huisartsenkring, Menzis, iPractice	Maart 2021
Transfermechanisme operationeel	Lentis & iPractice	Maart 2021
Afbouwen inzet iPractice	Alle betrokkenen	2022

Wachttijst opschonen

In de huidige situatie kent iedereen de voorbeelden van cliënten die na een lange periode op de wachtlijst uiteindelijk niet in zorg komen. Bijvoorbeeld omdat ze ondersteund zijn door een ervaringsdeskundige, omdat ze al bij een andere organisatie in zorg blijken te zijn, of omdat ze in crisis zijn geraakt.

Wat knelt? Een vervuilde wachtlijst (met cliënten zonder actuele hulpvraag) geeft geen reëel beeld van wachttijden voor nieuwe cliënten. Dit kost bovendien tijd voor onnodige intakes.

Wat gaat er gebeuren? Iedere organisatie gaat actief de wachtlijst opschonen. Door na te bellen en te inventariseren welke cliënten op de juiste plek wachten en welke cliënten elders (passender en sneller) geholpen kunnen worden.

Voor welke doelgroep? Alle cliënten op de wachtlijst.

Planning en actiehouders:

Actie	Actiehouder	Planning
Wachtlijstscreening via vragenlijst, nabellen om respons te verhogen, start in 5 teams met grootste wachtlijst. Opschoonweek: grote hoeveelheid cliënten bellen. Na 4-5 maanden herhalen.	Lentis	Feb/maart 2021
Wachtlijst ASS nabellen: informeren over wachttijd, begeleiding oppeppen. Later ook andere groepen nabellen. Student gaat effect op wachtlijst onderzoeken.	Inter-Psy	Lopend

1,5-JAARSPLAN WACHTTIJDEN GGZ GRONINGEN

Actie	Actiehouder	Planning
Wekelijks cliënten nabellen, starten bij 1 team.	Forte GGZ	Feb/maart 2021
WachtlIJst actief nabellen, ervaringsdeskundigheid tijdens wachten (instroom reeds gereduceerd), digitale pre-intake.	Terwille	Lopend
WachtlIJst nabellen: informeren over wachttijd en cliënten wijzen op passende ondersteuning tijdens het wachten (bijvoorbeeld vanuit Sociaal Domein). Start op 1 locatie, uitbreiding naar regio.	VNN	Feb/maart 2021
Gezamenlijk monitoren van de successen en knelpunten, bijsturen waar nodig	Alle betrokkenen i.s.m. versnellers	Vanaf maart 2021
WachtlIJstopschonen herhalen	Alle aanbieders	Juli 2021

Aandachtspunten voor professionals: een eenmalige opschoonactie is een goed begin. Het schoonhouden van de wachtlIJst vraagt blijvend aandacht, bijvoorbeeld met een vaste afspraak met controlemechanisme. Wijs cliënten tijdens het nabellen op passende ondersteuning die zij tijdens het wachten kunnen ontvangen (zowel vanuit je eigen organisatie als vanuit het sociaal domein).

Doelgericht werken en tijdig afsluiten

Voor cliënten waarbij het passend is, is het belangrijk dat de behandeling tijdig afgesloten wordt. Ook om ruimte te maken voor nieuwe cliënten, die nu op de wachtlIJst staan.

Wat knelt? Cliënten blijven soms langer in behandeling dan nodig is. Bijvoorbeeld vanwege angst voor een terugval. Of omdat er geen geschikte vervolgplek is.

Wat gaat er gebeuren? Iedere organisatie gaat actief inzetten op tijdig afsluiten en afschalen. Dit kan op drie manieren gebeuren (focus verschilt per organisatie):

1. voorzien in dashboardinformatie over instroom, doorstroom en uitstroom per team;
2. vergroten van bewustzijn over de mogelijkheden en voorwaarden om sneller af te schalen;
3. omslag naar focus op uitstroom vanaf start behandeling.

Voor welke doelgroep? Primair (maar niet beperkt tot) richt de regionale taskforce zich met deze interventie op:

- mensen met een pervasieve stoornis;
- mensen met een persoonlijkheidsstoornis;
- mensen met een verslaving;
- jongeren op het grensvlak van 18-/18+.

Planning en actiehouders:

Actie	Actiehouder	Planning
Met behandelaren definiëren wanneer kan worden afgesloten. Op managementniveau inzichtelijk maken in welke teams met name beperkt wordt afgesloten. Dashboardinformatie: per team vat op wachtlIJst krijgen. Inzetten op cultuurverandering: afschalen als vast onderwerp van gesprek in behandeling.	Lentis	Feb/maart 2021

1,5-JAARSPLAN WACHTTIJDEN GGZ GRONINGEN

Actie	Actiehouder	Planning
Maandelijks caseloadbespreking in alle teams, ruimte voor 'domme' vragen stellen die prikkelen om behandeling te kunnen afsluiten.	Inter-Psy	Lopend
Vaste bespreekmomenten met de regiebehandelaar organiseren.	Forte GGZ	Feb/maart 2021
Gesprek met behandelaren over wanneer afschalen mogelijk is, cultuurverandering. Analyseren werkprocessen in-/ door-/ uitstroom, om zo het afschalen te optimaliseren, caseload in beeld brengen, vast evaluatiemoment.	Terwille	Feb/maart 2021
Dashboardinformatie voor behandelaren. Caseloadgesprekken (naast regulier MDO) met (regie)behandelaren over uitstroom vanuit inhoud (start FACT, wordt uitgebreid).	VNN	Feb/maart 2021

Aandachtspunten voor professionals: Houd jezelf en je team scherp door elkaar wekelijks actief te bevragen, bijvoorbeeld:

1. Als ik deze cliënt moet overdragen aan een collega, welk behandeldoel heeft de cliënt?
2. Als ik deze cliënt nieuw in zorg krijg, is deze dan juist verwezen naar de specialistische ggz?
3. Van welke cliënt kan ik de behandeling afschalen of afsluiten, mits ik een passend vervolg vind?

Meer aansluiting tussen sociaal domein en huisartsen

In de huidige situatie zijn in het sociaal domein heel veel initiatieven om cliënten te ondersteunen. Soms is zelfs geen verwijzing meer nodig naar de specialistische GGZ. Huisartsen (en andere professionals in de 1^e lijn zoals praktijkondersteuners GGZ en eerstelijnspsychologen) willen deze mogelijkheden graag (meer) benutten.

Wat knelt? Huisartsen weten nog onvoldoende wie er in de wijkteams zitten en wat hun mogelijkheden zijn ('black box'). Zeker huisartsen die met meerdere wijkteams te maken hebben. Huisartsen willen vooraf in gesprek met het sociaal domein voor een warme overdracht (problematiek helder maken, zorgen dat de patiënt op de juiste plek terecht komt) en na een verwijzing naar het sociaal domein graag een terugkoppeling ontvangen of en hoe het wijkteam de verwijzing oppakt.

Wat gaat er gebeuren? De Huisartsenkring Groningen en Zorgadvies Groningen zijn in gesprek met de gemeenten over: trainingen voor huisartsen om meer bekend te worden met de wijkteams en een wegwijsfunctie (één aanspreekpunt of telefoonnummer vanuit het sociaal domein voor huisartsen of het ontsluiten van informatie/communicatie via bijvoorbeeld Zorgdomein).

Voor welke doelgroep? Mensen met een hulpvraag zonder behandelcomponent die beter elders dan in de SGGZ ondersteund kunnen worden.

1,5-JAARSPLAN WACHTTIJDEN GGZ GRONINGEN

Planning en actiehouders:

Actie	Actiehouder	Planning
Verkennen inzet en financiering van 'ondersteuner sociaal domein' (professional met 1 been in het medische en 1 been in het sociaal domein)	Huisartsen, gemeenten, Menzis	Maart 2021
Verkennen wegwijsfunctie: 1 aanspreekpunt vanuit sociaal domein voor de huisartsenpraktijk	Huisartsen & gemeenten	Feb 2021
Verbeteren terugkoppeling sociaal domein naar huisarts	Huisartsen & gemeenten	Feb 2021
Verkennen uitbreiding en financiering van inzet POH GGZ voor consultatie en casuïstiekbespreking	Huisartsen & Menzis	April 2021
Aanschaf Zorgdomein door gemeenten om makkelijker te verwijzen (reeds aangeschaft door gemeente Groningen)	Gemeenten Oost Groningen	Maart 2021
Scholingsaanbod voor huisartsen & POH om bekendheid met aanbod sociaal domein en sociale teams te vergroten	Zorgadvies Groningen & gemeenten	Maart 2021
Plaatsen zorgaanbod sociaal domein op websites gemeenten	Gemeenten Oost Groningen	Maart 2021

Aandachtspunten voor professionals: Een persoonlijk telefoonnummer met een naam en gezicht verlagen de drempel om contact te zoeken. Terugkoppelen naar een verwijzer wekt vertrouwen.

Monitoren

Vanaf februari 2021 moeten GGZ-aanbieders bij Vektis niet alleen de wachttijden maar ook het aantal wachtenden aanleveren (vastgelegd in de transparantieregeling). De cijfers zoals aangeleverd bij Vektis worden ook binnen de regionale taskforce gedeeld, om zicht te krijgen op het effect van de ingezette interventies. De nulmeting is in december 2020 gedaan.

Om goed zicht te krijgen op het effect van de interventies, wordt ook het aantal nieuwe aanmeldingen per organisatie gedeeld. Dit voorkomt dat effecten van wachtlijstafname niet zichtbaar zijn, in geval van een stijgend aantal aanmeldingen.

De (effecten) van de verschillende interventies worden gemonitord door de betrokken partijen. De uitwerking hiervan vindt plaats in de werkgroep. Leerervaringen worden gebruikt om bij te sturen.

Planning en actiehouders:

Actie	Actiehouder	Planning
Aantal wachtenden zoals aangeleverd bij Vektis periodiek delen in de RT	Alle aanbieders	Vanaf feb 2021
Aantal aanmeldingen per organisatie periodiek delen in de RT	Alle aanbieders	Vanaf april 2021
Monitoren van successen en knelpunten transfermechanisme, bijsturen waar nodig	Alle betrokkenen i.s.m. versnellers	Vanaf maart 2021

1,5-JAARSPLAN WACHTTIJDEN GGZ GRONINGEN

Actie	Actiehouder	Planning
- Aantal cliënten verwezen via iPractice incl. herkomst en bestemming - Ervaringen van gebruikers - Geleerde lessen wat betreft passende plek binnen de kortste tijd.		
Gezamenlijk monitoren van de successen en knelpunten 'doelgericht werken en tijdig afsluiten', bijsturen waar nodig	Alle betrokkenen i.s.m. versnellers	Vanaf maart 2021
Overstijgend monitoren van wachtlijstterugloop, tweemaandelijks overleg om bij te sturen waar nodig.	Versnellers met Lentis en Menzis	Vanaf april 2021

N.B. in het overzicht van interventies zijn niet opgenomen:

- de [Regionale casuïstiektafel Noord-Nederland](#) voor hoog complexe GGZ, omdat deze reeds functioneert. Het aantal aanmeldingen is tot nu toe beperkt, dus breed bekend maken van deze casuïstiektafel is aan te raden.
- Blended en online behandelingen, omdat de verschillende GGZ-aanbieders hier reeds op inzetten en deze initiatieven al bij verwijzers bekend zijn.

Interventies op middellange termijn

Vanaf het tweede kwartaal van 2021 werkt de regionale taskforce aan interventies om de samenwerking tussen zorg en sociaal domein verder te verbeteren. Ook worden interventies voor jongeren verder verkend. Hieronder geven we een overzicht, op basis van het interventie-overzicht uit bijlage 2.

Meer aansluiten bij sociaal domein door GGZ-aanbieders

Actie	Actiehouder	Planning
Optie uitbreiden pilot Voorzorg: verkennen o.b.v. resultaten in Stadskanaal	Menzis & gemeenten	Vanaf Q2 2021
Inzet ervaringsdeskundigen		
Plan van CéZetPé om het wachten te verzachten wordt onder de aandacht gebracht bij alle partijen	CéZetPé, GGZ-aanbieders	Feb 2021
Verkennen herstelgerichte intake (naar voorbeeld elders in het land) door aanbieders	GGZ-aanbieders	Vanaf Q2 2021
Verkennen inzet herstelwerkplaats door partijen Meerjarenprogramma en werkgroep	Gemeenten, Sociaal werk, Menzis, GGZ-aanbieders	Vanaf Q2 2021
Pilot w@cht actief: online module, mede ontwikkeld door ervaringsdeskundigen, met als doel de wachttijd te benutten. In maart starten 50 en in april 100 wachtenden.	Lentis	Vanaf maart 2021
Compassiegroep: themagestuurde bijeenkomsten voor mensen in laatste ½ jaar van behandeling.	Inter-Psy	Vanaf maart 2021

Aandachtspunten: zie ervaringsdeskundigen als volwaardige collega's, spreek verwachtingen uit, bespreek de opdracht en plek in het team.

Interventies gericht op jongeren

Actie	Actiehouder	Planning
De juiste zorg op de juiste plek voor jongeren 18 – 23 jaar		
Verkennen of overige verzekeraars Menzis kunnen volgen in de afspraken over doorbehandelen in de Jeugd-GGZ tot 23 jaar.	Accare, zorgverzekeraars	Lopend
Jongeren kunnen aanmelden voor SGGZ vóór 18^e verjaardag	GGZ-aanbieders jeugd en volwassenen	Vanaf Q3 2021
Gezamenlijke intake door jeugd- en volwassen-GGZ tot 23 jaar om passende plek te bepalen.	GGZ-aanbieders jeugd en volwassenen	Vanaf Q3 2021
Passende begeleid wonen plekken voor jongeren (onderdeel Meerjarenprogramma)	Gemeenten & aanbieders begeleid wonen	Vanaf Q3 2021

Interventies op langere termijn

Mogelijk gaat de regio op de langere termijn aan de slag met:

- Een consultatiefunctie vanuit de GGZ voor huisartsen. Dit is een belangrijke voorwaarde voor het beperken van instroom in de GGZ.
- Gezamenlijk optrekken om zoveel mogelijk capaciteit van professionals te behouden voor de sector en de regio.

Een plan voor de (middel)lange termijn wordt in Q2/Q3 2021 opgesteld. Daarin komt ook expliciet aandacht voor

- Het herijken van de programmastructuur (overdracht van taken van de versnellers naar de regio).
- Het overstijgende probleem dat de instroom in de GGZ in zijn algemeenheid en in de regio Groningen in het bijzonder te hoog is.

Bijlagen

Bijlage 1. Probleemanalyse	15
Bijlage 2. Interventie-overzicht	24
Interventies terugdringen wachttijden GGZ	24
Advies te implementeren interventies	25
Te onderzoeken interventies	27
Niet geadviseerde interventies (ter informatie)	27
Bijlage 3. Programmastructuur	29
Inleiding	29
Organisatie van de regionale taskforce	29
Opdracht aan de regionale taskforce	30
Bestuurlijk overleg	30
Werkgroep(en)	31
Bijlage 4. Samenwerkingsovereenkomst terugdringen wachttijden ggz regio Groningen	32
Aanleiding	32
Partijen	32
In aanmerking nemende dat:	34
Komen als volgt overeen:	34
Bijlage 5. Infographic	36

Bijlage 1. Probleemanalyse

Status: bestuurlijk vastgesteld d.d. 16 december 2020.

Inleiding

Regio Groningen is 1 van de 8 regio's waar de wachttijden voor de GGZ (te) ver boven de treeknormen liggen. Daarom hebben deze regio's van de landelijke stuurgroep de opdracht gekregen om de wachttijden terug te brengen tot onder de treeknormen, door middel van duurzame samenwerking met eigenaarschap van alle betrokkenen. De regio krijgt hulp van een versnellersduo om partij bij elkaar te brengen en dit proces te begeleiden. Voor de eerste drie maanden (Q4 2020) zijn de beoogde resultaten:

- Komen tot een samenwerkingsovereenkomst, daarin o.a. de ambitie kwantificeren: welke wachtlijst gaan we hoe ver terugdringen?
- Een logistiek verdeelproces vormgeven voor de wachtlijsten, met o.a. een aanmeldpauze en transfermechanisme. Dit vervolgens vanaf 2021 ook implementeren.
- Contouren voor een anderhalfjaarsplan opstellen voor interventies op langere termijn.

In het bestuurlijk overleg van 20 oktober jl. hebben we afgesproken dat een werkgroep met vertegenwoordiging van alle betrokkenen aan de slag gaat met deze beoogde resultaten. In het volgend bestuurlijk overleg wordt een uitgewerkt voorstel besproken.

Op basis van beschikbare documentatie hebben wij als versnellersduo een probleemanalyse uitgevoerd (versie 30 oktober). Aan de hand van individuele gesprekken met de BO-leden en twee werkgroepbijeenkomsten hebben we de probleemanalyse aangevuld (voorliggend document). Dit document start met een samenvatting in de vorm van een schematische weergave van de 13 problemen die ten grondslag liggen aan de lange wachttijden. Daarna volgt een uitwerking per thema en worden deze 14 problemen nader toegelicht.

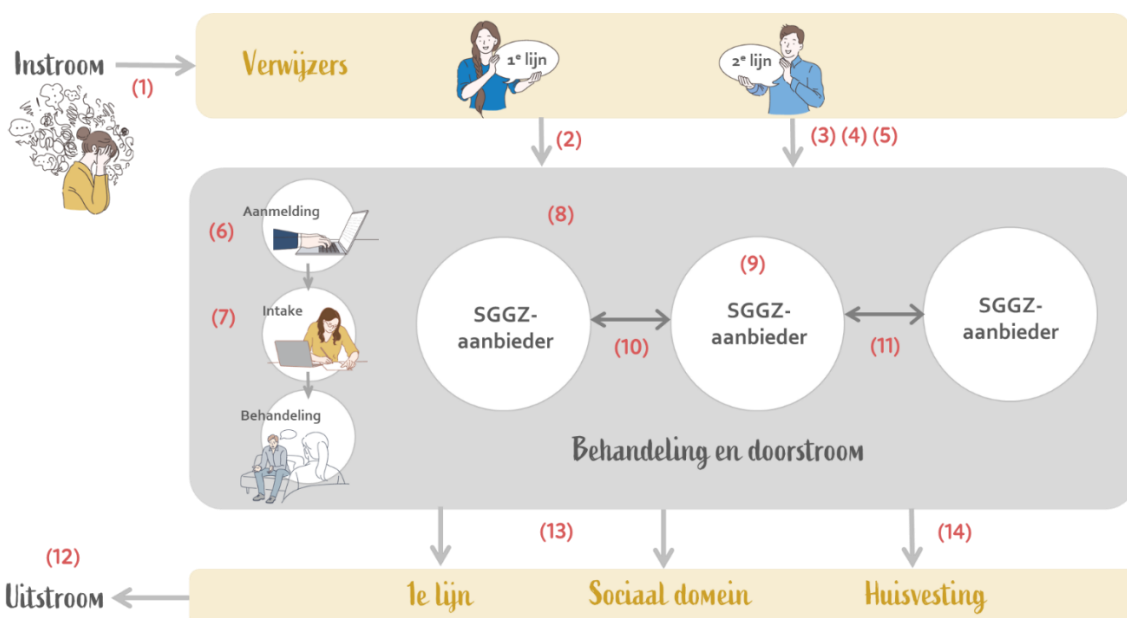
Deze probleemanalyse vormt de basis voor bovengenoemde resultaten, zodat de oplossingen daadwerkelijk tegemoet komen aan regio-specifieke problemen.

N.B. We kiezen consequent voor de term 'patiënt'. Hiervoor kan ook cliënt, inwoner of persoon met een psychische kwetsbaarheid worden gelezen.

Samenvatting

De 14 problemen die in de regio Groningen leiden tot lange wachttijden in de SGGZ:

1. Onverklaarbaar hoog GGZ-zorggebruik in Nederland t.o.v. andere landen.
2. Lange aanmeldwachtijd (W1) omdat aanbieders geen verantwoordelijkheid kunnen dragen voor patiënten zolang ze geen behandelcapaciteit beschikbaar hebben, de verwijzer blijft medisch verantwoordelijk.
3. Onvoldoende expertise bij een deel van de aanbieders om complexe problemen of specifieke doelgroepen zelf te behandelen (bijvoorbeeld ASS) i.r.t. instroom/omvang in de regio.
4. Onvoldoende affiniteit bij een deel van de aanbieders om complexe problemen of specifieke doelgroepen zelf te behandelen (bijvoorbeeld persoonlijkheidsstoornissen) i.r.t. instroom/omvang in de regio.
5. Jeugdzorgaanbieders kunnen pas doorverwijzen na de 18^e verjaardag en ontvangen vanaf dat moment geen financiering voor het voortzetten van behandeling.
6. Onvoldoende (herstelgerichte) ondersteuning tijdens het wachten op behandeling.
7. Triage is georganiseerd per aanbieder en per locatie en daardoor inefficiënt.
8. Onvoldoende behandelcapaciteit in de regio bij de gespecialiseerde aanbieders.
9. Strikte regelgeving voor de inzet van de regiebehandelaar, waardoor behandelingen niet kunnen starten bij gebrek aan capaciteit (bijvoorbeeld verslaving).
10. Concurrentie tussen aanbieders op de arbeidsmarkt zorgt voor frictiekosten, maar niet voor extra capaciteit van behandelaren.
11. Beperkte samenwerking in geval van meerdere diagnoses die (parallelle) behandeling door een specifieke aanbieder vragen (bijvoorbeeld verslaving).
12. Langer dan strikt noodzakelijk doorbehandelen in de SGGZ, vanwege opgebouwde behandelrelatie en risico op terugval.
13. Onvoldoende benutten van 1^e lijn en sociaal domein voor begeleiding na behandeling.
14. Onvoldoende huisvesting beschikbaar in de regio voor uitstroom



Figuur 1. Schematische weergave van de probleemanalyse van wachttijden GGZ in regio Groningen

1,5-JAARSPLAN WACHTTIJDEN GGZ GRONINGEN

Toelichting op de huidige wachttijden en wachtlijsten

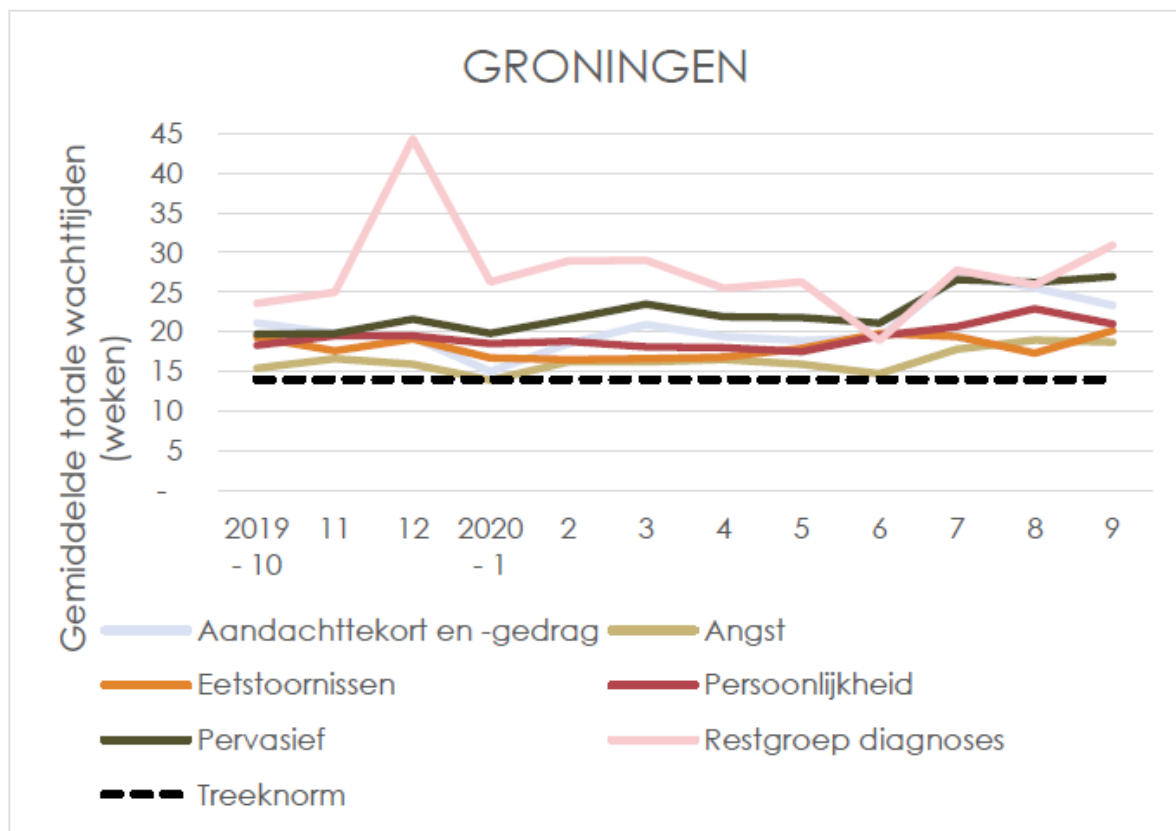
Vektis geeft voor de regio Groningen de wachttijd per diagnosegroep (van hoog naar laag) in Q3¹:

Diagnosegroep	Totale wachttijd in weken
Restgroep diagnoses, overige aandoeningen	31
Pervasief	27
Aandachttekort- en gedrag	23
Schizofrenie	22
Persoonlijkheid	21
Eetstoornissen	20
Overige aan middelen gebonden stoornissen	20
Alcohol gebonden	20
Angst	19
Bipolair en overig	18
Somatoforme stoornissen	18
Overige stoornissen kindertijd	17
Depressie	16
Delirium, dementie en overig	15
Basis GGZ (buiten beschouwing)	10

Ook is een overzicht beschikbaar van de wachttijden per aanbieder per diagnosegroep. Daarin valt op dat alle aanbieders (op 1 na) voor alle doelgroepen dezelfde wachttijd hebben (de basis GGZ uitgezonderd). Dit is te verklaren doordat de meeste organisaties een wachttijd hebben per locatie en op een locatie mensen met verschillende diagnoses behandeld kunnen worden.

De wachttijden zijn het afgelopen jaar voor de verschillende doelgroepen gelijk gebleven of gestegen, zoals te zien in onderstaande figuur.

1,5-JAARSPLAN WACHTTIJDEN GGZ GRONINGEN



Verloop wachttijden ([Vektis](#))

Op dit moment wordt het huidige aantal wachtenden voor de specialistische GGZ voor diverse doelgroepen opgevraagd bij de aanbieders die deelnemen aan de regionale taskforce. We verwachten dus voor het einde van 2020 zicht op het aantal wachtenden.

Het is op dit moment nog niet inzichtelijk te maken:

- Hoeveel van de mensen op de wachtlijst al elders in zorg zijn. Een indicatie daarvoor is een verwijzing door een tweedelijnsorganisatie. De schatting van Lentis is, dat dit ongeveer 1/3 van de wachtenden betreft (schatting uit 2019ⁱⁱ).
- Hoeveel mensen op meerdere wachtlijsten staan.
- Hoeveel mensen wenswachtend zijn (zij kunnen al ergens behandeld worden, maar wachten op een specifieke plek met een langere wachttijd).

In het bestuurlijk overlegⁱⁱⁱ werd aangegeven dat eerder is gepresenteerd dat de problematiek in de stad Groningen anders is dan in het oosten van de regio.

Doelgroepen

Tijdens het bestuurlijk overlegⁱⁱⁱ, de werkgroep en de individuele gesprekken is expliciet aandacht gevraagd voor de volgende doelgroepen. Bij deze groepen kunnen en moeten in ieder geval op korte termijn acties worden ingezet om de wachttijden te verkorten:

- Pervasieve stoornissen (wachttijd Q3 gemiddeld 27 weken)
- Persoonlijkheidsstoornissen (wachttijd Q3 gemiddeld 21 weken)
- Mensen met verslaving (wachttijd Q3 gemiddeld 20 weken)
- Jongeren op het grensvlak 18-/18+ (diverse diagnoses).

1,5-JAARSPLAN WACHTTIJDEN GGZ GRONINGEN

Daarnaast benadrukt de werkgroep dat er acties nodig zijn die doelgroep overstijgend de wachttijden verkorten.

In mei 2019 gaf de regionale taskforceⁱⁱ destijds ook ASS (pervasief) en verslaving als urgente doelgroepen.

Instroom

Beperken van instroom

De werkgroep gaf aan dat er in zijn algemeenheid in Nederland (ten opzichte van het buitenland) een groot beroep wordt gedaan op de gespecialiseerde GGZ (1). Dat roept de vraag op of de schaarse capaciteit voor de juiste patiënten en hulpvragen wordt ingezet. Er lijkt deels sprake van begeleidingsvraagstukken/zingevingsvraagstukken naast behandeldoelstellingen. Ook in individuele gesprekken werd benadrukt dat er vaker nee gezegd moet worden, door de focus te verleggen naar positieve gezondheid en 'omgaan met'.

Verwijzingen

Uit de data van Vektisⁱ blijkt dat de aanmeldwachttijd in Groningen met 13 weken de hoogste van Nederland is en ver boven de treeknorm van 4 weken ligt. Terwijl de behandelwachttijd in Groningen korter is dan de treeknorm. De totale wachttijd overschrijdt de treeknorm van 14 weken. Uit de werkgroep en de individuele gesprekken komt naar voren dat patiënten pas worden uitgenodigd voor een intake als er een behandelplek vrij is. Een reden daarvoor zou zijn, dat aanbieders geen verantwoordelijkheid kunnen dragen voor patiënten waarvoor ze geen capaciteit beschikbaar hebben (2). Zolang er geen intake heeft plaatsgevonden, blijft de patiënt onder medische verantwoordelijkheid van de verwijzer.

De juiste zorg op de juiste plek

Tijdens het bestuurlijk overlegⁱⁱⁱ werd aandacht gevraagd voor de aanmelding van patiënten door huisartsen. Aandachtspunt is dat als patiënten met onvoldoende informatie of een verkeerde diagnose aangemeld worden, zij mogelijk niet op de juiste wachtlijst terecht komen. Na intake moeten zij dan op een andere wachtlijst opnieuw wachten. Door de werkgroep werd dit knelpunt niet herkend: de hulpvraag van de mensen op de wachtlijst is bekend, omdat dit door de verwijzer over het algemeen goed wordt aangegeven.

Vermoedelijk heeft de huisarts beperkt zicht op de behandelmogelijkheden. Aanbieders geven aan dat zorgdomein de meest gekozen instelling bovenaan zet. Dit vergroot de kans dat één instelling relatief veel verwijzingen ontvangt. Dit signaal moet nog worden getoetst bij huisartsen.

Tijdens het bestuurlijk overlegⁱⁱⁱ werd aangegeven dat er beperkt zicht is op waar patiënten op de wachtlijst eventueel elders terecht kunnen. En dat beperkt zicht is op hoe de expertise in de regio goed ingezet kan worden, waardoor patiënten op meerdere plekken behandeld kunnen worden. Patiënten worden nog beperkt gewezen op andere mogelijkheden.

In relatie tot zorgbemiddeling blijkt dat de zorgverzekeraar een informatieachterstand heeft van welke zorg waar te vinden is en met welke wachttijd.

De werkgroep vulde aan dat voor bepaalde doelgroepen (zoals persoonlijkheidsstoornissen de affiniteit beperkt is (3) en voor bepaalde doelgroepen (zoals ASS) onvoldoende expertise

beschikbaar is (4) in relatie tot de instroom/omvang van deze doelgroepen in de regio. Daardoor kunnen mensen vaak niet elders in de regio terecht. Complexe hulpvragen komen bovendien terecht bij aanbieders die met een crisisdienst en kliniek een 'vangnet' hebben. De gespecialiseerde aanbieders geven aan dat patiënten hierdoor wel terecht bij hen op de wachtlijst staan. Een aantal aanbieders gebruikt een digitale vragenlijst bij aanmelding om de hulpvraag te toetsen.

De gespecialiseerde aanbieders geven echter ook aan, dat bijvoorbeeld middels een consultatiefunctie, meer organisaties complexe hulpvragen zouden kunnen oppakken. Zo kan het aantal verwijzingen en dus de duur van de wachttijd mogelijk toch worden beperkt.

Tijdens het bestuurlijk overlegⁱⁱⁱ en in de werkgroep werd benoemd dat de overgang 18-/18+ voor problemen zorgt (5). Aanbieders in het jeugddomein kunnen vanaf de 18^e verjaardag doorverwijzen, de jongere komt dan op een wachtlijst en wordt na intake soms weer terugverwezen. Vanaf de 18^e verjaardag wordt echter de financiering voor het voortzetten van de behandeling door de jeugdzorgaanbieder niet meer vergoed. De jongere komt tussen wal en schip terecht.

Hulp en ondersteuning tijdens wachttijd

Tijdens het bestuurlijk overlegⁱⁱⁱ werd aangegeven dat de wachttijden zorgen voor verdere achteruitgang van patiënten en de problematiek dus verergeren (6). De werkgroep ziet kansen voor het werken aan herstel tijdens de wachttijd. Dit voorkomt verergering van problematiek en kan zelfs zorgen voor een lagere zorgzwaarte of voor helemaal afzien van behandeling. Hiervoor is in Stadskanaal de pilot voorzorg gestart. Mogelijk wordt deze uitgebreid naar andere plekken in de regio. De pilot is nog niet geëvalueerd.

Ook andere initiatieven uit de regio worden genoemd: welzijn op recept en ondersteuning vanuit CéZetPé (ervaringsdeskundigen). Elders in het land zijn goede voorbeelden te vinden. Overigens worden ervaringsdeskundigen nog niet altijd als volwaardige collega's gezien, daar is onder behandelaren nog winst te behalen.

Triage

Tijdens het bestuurlijk overlegⁱⁱⁱ kregen we inzicht in de mogelijke efficiëntiewinst bij het centraliseren van wachtlijsten^{iv}. Er is berekend dat er 14% minder triageplekken nodig zijn, als wordt gewerkt met:

- a) 1 wachtlijst (decentraal) voor alle hoofddiagnoses,
- b) Of 1 wachtlijst (centraal) per hoofddiagnose.

Eenzijds geldt: hoe meer expertise in de triage, hoe groter de kans dat een patiënt snel op de juiste plek belandt. Anderzijds geldt: de schaarse capaciteit van psychiaters moet zoveel mogelijk worden ingezet voor de behandeling. Daarin is het zoeken naar een juiste balans.

1,5-JAARSPLAN WACHTTIJDEN GGZ GRONINGEN

De werkgroep gaf aan dat voor bepaalde complexe problematiek een specialistisch triageteam nodig is en een gecentraliseerde triage dus niet voor alle patiënten de oplossing is (7).

Openstaande vragen in relatie tot de probleemanalyse:

- Hoeveel % van de verwijzingen komt via huisartsen, hoeveel % via anderen?
- Wat zijn de huidige afspraken over verwijzing/aanmelding tussen huisartsen en GGZ-aanbieders?
 - Zijn er afspraken over digitaal aanmelden?
 - Welke informatie wordt meegezonden met een aanmelding?
 - Welke instrumenten/tools hebben huisartsen voorhanden voor het stellen van een (vermoedelijke) diagnose?

Behandeling en doorstroom

Proces van aanmelding tot behandeling

Aanbieders gaven in de werkgroep aan dat het proces van aanmelding tot start behandeling al efficiënt georganiseerd is en dat hier weinig aanknopingspunten zitten het terugdringen van de wachttijden.

Capaciteit

Het tekort aan (regie)behandelaren wordt landelijk en zeker ook in de regio Groningen als een probleem ervaren.

- Enerzijds is dit een capaciteitsprobleem (8), oorzaken zijn:
 - De aard van Groningen als krimpregio.
 - Steeds minder BIG-geregistreerde behandelaren zijn in loondienst bij een instelling en steeds meer behandelaren kiezen om als zelfstandige te werken. Dit werd ook aangegeven in de analyse van KPMG uit 2018^v.
 - Niet alle doelgroepen zijn even aantrekkelijk voor behandelaren om mee te werken, waardoor juist voor complexe doelgroepen een tekort is (bijv. persoonlijkheidsstoornissen).
 - Voor bepaalde doelgroepen is het aantal behandelaren met de benodigde kennis en expertise schaars (bijvoorbeeld ASS).
- Anderzijds is dit een systeemprobleem (9), doordat er strenge eisen zijn over de rol van de regiebehandelaar. Als voorbeeld van een belemmering wordt genoemd dat bij mensen met verslaving het voortraject (middelgebruik terugdringen) ook zou kunnen starten zonder regiebehandelaar. Dit is echter niet toegestaan.

Er is nog weinig tot geen regionale samenwerking om de capaciteit van behandelaren over de regio zo goed mogelijk te verdelen. Op de arbeidsmarkt zijn aanbieders in feite elkaars concurrenten (10).

Behandeling van meerdere diagnoses

De werkgroep benoemt dat in het geval van meerdere diagnoses soms behandeling door meerdere (gespecialiseerde) aanbieders noodzakelijk is, maar dit vaak niet parallel gebeurt **(11)**. Dit speelt met name bij de combinatie van verslaving met andere psychiatrische problemen.

Openstaande vragen in relatie tot de probleemanalyse:

- Hoe staat het aantal wachtenden in verhouding tot het aantal mensen in zorg en de doorstroomsnelheid?
- Zijn er subregio's waar de capaciteit in relatie tot de zorgvraag op orde is?

Uitstroom

Afschalen/afsluiten

De werkgroep geeft aan dat patiënten vaak langer behandeld worden dan strikt noodzakelijk is **(12)**. Het is voor behandelaren moeilijk om patiënten 'los te laten', omdat zij:

- Een band opbouwen en sneller geneigd zijn om patiënten te blijven zien voor 'levensvragen', terwijl er geen behandeldoelstelling meer is.
- Liever wat langer doorbehandelen dan een terugval riskeren, omdat patiënten in dat geval weer onderaan op de wachtlijst komen.
- Onvoldoende verbinden met het sociaal domein, waardoor er geen 'vangnet' is.

Bij overdracht wordt een behandeling vaak afgesloten, omdat er geen behandeldoelstelling meer blijkt te zijn. In de werkgroep werd daarom (op basis van eerdere positieve ervaringen) de suggestie gedaan: bespreek wekelijks welke behandeling kan worden afgeschaald/afgesloten zodat er een plek komt voor iemand op de wachtlijst met ernstigere problematiek. Overigens hebben veel behandelaren geen zicht op de wachttijden.

Samenwerking/uitwisseling tussen GGZ en Sociaal domein

In de individuele gesprekken gaven gemeenten aan dat zij over het algemeen goed zicht hebben op mensen met OGGZ-problematiek (als er sprake is van overlast), maar niet op andere mensen die binnen de GGZ behandeld worden of op een wachtlijst staan. Dit is in het kader van de Wmo niet relevant en dus privacygevoelige informatie. Gemeenten willen wel meer outreachend werken, gericht op alle kwetsbare inwoners en niet specifiek op patiënten in de GGZ. De mogelijkheden in het sociaal domein kunnen beter benut worden, zowel tijdens het wachten als bij uitstroom, met een rol voor ervaringsdeskundigen, herstelacademies, inloopvoorzieningen en het investeren in buurten en wijken **(13)**. Omdat verzekeraars alleen kunnen vergoeden bij een identificeerbare verzekerde, is gezamenlijk financieren van collectieve preventie (na een pilotfase) heel lastig.

In de rapportage van KPMG uit 2018^v staat dat er onvoldoende kennis is over alternatieven en/of afschalingsmogelijkheden in de regio, en dat uitstroom uit de kliniek regelmatig niet mogelijk is doordat er geen huisvesting beschikbaar is binnen de regio (14). De werkgroep gaf aan dat er met name onvoldoende huisvesting is voor jongeren.

Vragen in relatie tot de probleemanalyse:

- Is er zicht op de omvang van het huisvestingsprobleem in de regio?
- Geldt het tekort aan huisvesting voor alle subregio's in de provincie? Voor welke subregio's wel/niet

Bijlage 2. Interventie-overzicht

Status: bestuurlijk vastgesteld d.d. 16 december 2020.

Interventies terugdringen wachttijden GGZ

Regio Groningen is 1 van de 8 regio's waar de wachttijden voor de GGZ (te) ver boven de treeknormen liggen. Daarom hebben deze regio's van de landelijke stuurgroep de opdracht gekregen om de wachttijden terug te brengen tot onder de treeknormen. Tijdens het BO (20 oktober), drie werkgroepbijeenkomsten en de 1-op-1 gesprekken met de BO-leden verkenden we gezamenlijk mogelijke interventies die kunnen bijdragen aan het terugdringen van de wachttijden. Ook hebben we geput uit voorbeelden elders uit het land.

Tijdens de werkgroep op 4 december hebben de aanwezigen de interventies met de hoogste haalbaarheid en de grootste impact op het terugdringen van de wachttijden in de SGGZ geselecteerd. De werkgroep adviseerde het BO om die set aan interventies te implementeren. Het BO heeft op 16 december nog enkele interventies toegevoegd.

Het is belangrijk om te vermelden dat alle interventies (dus ook de interventies die niet geadviseerd worden) waardevol kunnen zijn. Het staat alle partijen vrij om ook deze interventies te implementeren. Daarnaast nodigen we alle partijen uit om interventies die zij zelf intern in de organisatie kunnen inzetten, ook op te pakken.

De geadviseerde set aan interventies zijn interventies waarvan de werkgroep denkt dat deze de grootste impact op het terugdringen van wachttijden hebben en welke ook goed in gezamenlijkheid tussen de partijen kunnen worden opgepakt.

Dit document bevat een opsomming van als eerste de geadviseerde interventies met een korte toelichting. De interventies zijn opgedeeld naar type (ondersteuning tijdens wachten, instroom, uitstroom en arbeidsmarkt) en naar termijn waarop de interventies mogelijk geïmplementeerd kunnen worden. De termijnen duiden we als volgt:

- Korte termijn: vanaf Q1 2021 mee starten, snel resultaat verwacht;
- Middellange termijn: in 2021 mee starten, in 2021 resultaat verwacht;
- Lange termijn: in 2021/2022 mee starten, vanaf 2022 resultaat verwacht.

Ter informatie geven we op de laatste pagina's ook de niet geadviseerde interventies weer.

Voor de specifieke problemen en oorzaken van wachttijden in de regio Groningen verwijzen we naar de probleemanalyse.

Advies te implementeren interventies

Ondersteuning tijdens wachten

Interventies ten behoeve van ondersteuning tijdens het wachten

Korte termijn

1. Meer aansluiten bij sociaal domein door huisartsen
Huisartsen verwijzen actief naar initiatieven in het sociaal domein (zoals welzijn op recept). Deze interventie werkt vooral in kleinschalige initiatieven (haalbaarheid) voor het afvangen van de meer laagcomplexe vragen die niet persé in de GGZ behandeld hoeven worden, waardoor ruimte komt voor hoogcomplexe zorg (indirecte impact).
2. Uitbreiden pilot voorzorg van Stadskanaal naar andere gemeenten
Effectieve vorm waarbij je aan de voorkant werkt aan herstel. Daarmee kun je verergering van problemen voorkómen of zelfs hulpvragen verminderen en zo de wachtlijst verkorten.
7. Transfertaal
Dubbelingen uit de wachtlijst halen naar voorbeeld van het model van Rotterdam/Parnassia. Geeft inzicht in wie op de wachtlijst staan en zorgt voor zuivere wachttijden. (Werkgroep: Een overlegtafel aan de 'achterkant' kunnen we combineren met een transfermechanisme aan de voorkant).
8. Centrale triage
Eén centrale triage met gestandaardiseerde intake voor de hele regio is niet haalbaar, aldus het BO. Wel mogelijk:
 - a) Als een cliënt op de wachtlijst staat, is het soms onzeker of je de cliënt echt kan helpen. Dan kan het nuttig zijn om snel een kort aantal intakevragen stellen. Deze intake helpt om te verwijzen.
 - b) Triage met 'superintakers' uit andere organisaties (als een soort transfertaal) voor de meest complexe zorgvragen.
 - c) Centrale triage (met één wachtlijst) per aanbieder.
 - d) Centrale triage (met één wachtlijst) per diagnosegroep.

Middellange termijn

3. Meer aansluiten bij sociaal domein door GGZ-aanbieders
Wijkteams brengen mogelijkheden voor ondersteuning in het voorliggend veld actief onder de aandacht bij GGZ-aanbieders (zoals herstelacademie, inloopvoorziening) en GGZ-aanbieders wijzen patiënten op hun wachtlijst actief op deze mogelijkheden.
4. Pilot inzet ervaringsdeskundigen
GGZ-aanbieders zetten ervaringsdeskundigen in om mensen op de wachtlijst te ondersteunen.

1,5-JAARSPLAN WACHTTIJDEN GGZ GRONINGEN

Instroom

Interventies ten behoeve van de juiste zorg op de juiste plek en instroom

Korte termijn

6. Aanmeldpauze

In geval van een wachttijd boven de treeknorm neemt een aanbieder geen nieuwe patiënten aan, maar wijst actief op mogelijkheden elders en begeleid de patiënt zo nodig daarbij.

Deze interventie wordt door de landelijke stuurgroep verplicht gesteld.

Middellange termijn

10. 100% digitaal aanmelden

Verwijzing en informatieoverdracht naar de GGZ-aanbieder vinden volledig digitaal plaats, binnen één week na aanmelding door de huisarts.

13. Herstelgerichte intake

Een ervaringsdeskundige neemt deel aan de intake, deze kijkt meer vanuit eigen kracht en mogelijkheden, waardoor er een andere focus komt en instroom in de SGGZ kan worden beperkt.

Uitstroom

Interventies ten behoeve van uitstroom

Korte termijn

16. Meer doelgericht werken, tijdig afsluiten

Zodra behandeldoelstellingen zijn bereikt, wordt de behandeling afgesloten. Bijvoorbeeld door wekelijks aan behandelaren de vraag te stellen: wie is er het minst slecht aan toe, wetende dat er mensen op de wachtlijst staan die de behandeling harder nodig hebben? Of door bijvoorbeeld na een jaar behandeling een cliënt over te dragen naar een andere behandelaar. Dit 'geforceerd afsluiten' kan zichtbaar maken dat er geen behandeldoelstelling meer is om over te dragen en de behandeling afgesloten kan worden. Dit vraagt blijvend monitoren en aansturen.

Deze interventie kan binnen een organisatie worden ingezet, of met meerdere organisaties samen (voorbeeld overlegtafel regio Eemland).

Middellange termijn

17. Herstelwerkplaats om uitstroom gemakkelijker te laten verlopen

Ten behoeve van begeleiding als vervolg op behandeling.

Lange termijn

18. Passende begeleid wonen plekken voor jongeren

Ten behoeve van jongeren die als vervolg op een klinische plek in het jeugddomein nog niet toe zijn aan zelfstandig wonen.

Te onderzoeken interventies

Middellange termijn

9. Versoepelen zij-instroom wachtenden
Bij terugval kunnen mensen direct terug in behandeling, in plaats van dat zij opnieuw op een wachtlijst komen.
11. Jongeren kunnen aanmelden voor SGGZ vóór 18^e verjaardag
Doordat jongeren al eerder op de wachtlijst staan, kan behandeling starten zodra de behandeling in het jeugddomein wordt afgerond.
12. Voor jongeren (tot 23 jaar) gezamenlijke intake door jeugd- en volwassen GGZ
Beiden domeinen bepalen samen met de jongere waar hij/zij het best geholpen kan worden. (Werkgroep: Er is veel maatschappelijke impact, maar weinig tot geen impact op de wachtlijst omdat de totale groep relatief klein is.)

Lange termijn

14. In jeugd-GGZ kunnen doorbehandelen tot 23 jaar
Afspraken tussen aanbieders in het jeugddomein en de zorgverzekeraar over de mogelijkheden en de voorwaarden om te kunnen doorbehandelen tot 23 jaar als de jongere al vóór het 18^e jaar bij die aanbieder in behandeling was en deze aanbieder ook na het 18^e jaar de aanbieder van voorkeur is. Dit is nu beperkt mogelijk.

Niet geadviseerde interventies (ter informatie)

Instroom

Interventies ten behoeve van de juiste zorg op de juiste plek en instroom

Korte termijn

5. GGZ-aanbieders consulteren elkaar
Hulpvraag beter in kunnen schatten door tijdig betrekken specialisten. Bijvoorbeeld in de vorm van abonnement/strippenkaart voor ketenpartners waarbij experts kunnen worden ingezet/geconsulteerd. Dus 'vrije uren' gefinancierd vanuit ZVW. Hier wordt in het jeugddomein reeds mee gewerkt.
 - a) Consulteren van de SGGZ door de huisarts, wijkteams en BGGZ (en weten wanneer de SGGZ moet worden ingeschakeld)
 - b) Consulteren van aanbieders in de SGGZ onderling (werkgroep: weinig impact).

Lange termijn

15. Stelselwijziging rondom inzet regiebehandelaar bepleiten
Betrekken regiebehandelaar tijdens instroom: dit kan mogelijk in de verslavingszorg anders georganiseerd worden, door te starten met het terugbrengen van middelengebruik vóórdat de regiebehandelaar betrokken is.

Arbeidsmarkt

Interventies ten behoeve van omgaan met krapte op de arbeidsmarkt

Lange termijn

19. Regionale afspraken over capaciteit

GGZ-aanbieders maken afspraken over 'de juiste professional op de juiste plek' en spreken af elkaar niet te beconcurreren op de arbeidsmarkt.

Bijlage 3. Programmastructuur

Status: bestuurlijk vastgesteld d.d. 16 december 2020.

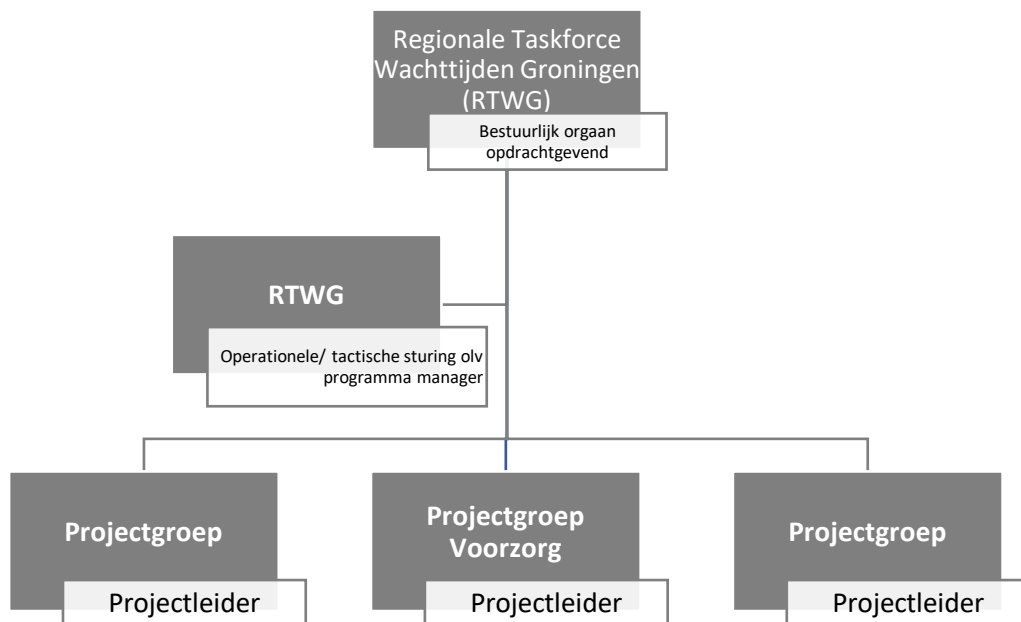
Inleiding

In Groningen wordt voor alle diagnosegroepen in de SGGZ de treeknorm van 14 weken (aanmeld- + behandelwachtijd samen) overschreden. Groningen staat landelijk op de 2^e plek als slechts presterende regio (Q3 2020).

Dit is reden om in het netwerk tot meer gezamenlijke bestuurlijke en operationele acties te komen. Een ambitie die in het verlengde ligt van 'de juiste zorg op de juiste plek door de juiste mens en op het juiste moment met de juiste processen en minimale herhalingen.' De Regionale Taskforce Wachttijden Groningen werkt samen aan het terugdringen van deze wachttijden tot onder de treeknormen.

Organisatie van de regionale taskforce

Om bovenstaande te realiseren is de rol van de regionale taskforce wachttijden GGZ Groningen (RTWG) richtinggevend. Zij heeft een overstijgende signalerende positie. Van hieruit kan zij opdrachten verstrekken, projectgroepen formeren en voortgang monitoren. Ter ondersteuning van de voortgang en borging van het bestuurlijk commitment in de regio is er een bestuurlijk overleg geformeerd, zie onderstaande figuur.



Opdracht aan de regionale taskforce

De landelijke stuurgroep geeft de regionale taskforce de volgende opdracht voor Q4 2020:

- Resultaat 1: ondertekende samenwerkingsovereenkomst.
Bestuurlijk commitment en eigenaarschap op inhoud en uitvoering, per diagnosegroep met te hoge wachttijden wordt vastgelegd wat het resultaat in termen van wachttijdweken moet zijn na 6 maanden.
- Resultaat 2: werkvorm om het logistieke verdeelproces te managen.
Aanpak ontwikkelen en implementeren waarmee verwijzers, aanbieders en zorgbemiddelingsafdelingen zorgen dat individuele cliënten binnen de treeknormen bij de juiste aanbieder geholpen worden, inclusief landelijk te ontwikkelen aanmeldpauze.
- Resultaat 3: contouren van een gezamenlijk (tussen regionale taskforce en landelijke stuurgroep) overeengekomen anderhalfjaarsplan voor de regio. Opgesteld op basis van de probleemanalyse, samen met cruciale partners in de regio.

De landelijke stuurgroep geeft de regionale taskforce de volgende opdracht voor Q1 2021 (in geval van een GO-besluit op basis van resultaat 1 t/m 3):

- Resultaat 4: Bestuurlijk vastgesteld anderhalfjaarsplan.

De landelijke stuurgroep geeft de regionale taskforce de volgende opdracht voor Q2 en Q3 van 2021 (in geval van een GO-besluit op basis van resultaat 4):

- Resultaat 5: Terugloop van de wachttijden zelf.
- Resultaat 6: Verdere borging van samenwerking in de regio.
- Resultaat 7: Een implementatieaanpak voor de regionale doorzettingsmacht.

In opdracht van de landelijke stuurgroep, vervult een versnellersduo in Q4 2020 en Q1 2021 de rol van programmamanager om deze resultaten met de regionale taskforce te behalen.

Bestuurlijk overleg

Doel: aansturen RTGW, besluitvorming binnen de RTWG.

Taken:

- Gezamenlijke ambitie formuleren voor het programma RTWG;
- Vanuit de gezamenlijk geformuleerde ambitie de voortgang van het programma volgen en faciliteren;
- Inhoudelijk richting geven aan de opdracht van de versnellers;
- Elke bestuurder draagt de gezamenlijke ambitie uit in de eigen organisatie & het netwerk;
- Elke bestuurder stelt mensen en middelen beschikbaar uit de eigen organisatie t.b.v. de gezamenlijke ambitie.

Organisaties: alle organisaties vertegenwoordigd in het samenwerkingsverband.

Functies: bestuurders (of vertegenwoordigers met beslissingsmandaat).

Frequentie van overleg: 4x per jaar, eventueel vaker in geval van urgente zaken.

Voorzitter: nog aan te wijzen (deze rol wordt tijdelijk vervuld door de versnellers).

Terugkoppeling: het bestuurlijk overleg koppelt resultaten terug aan de landelijke stuurgroep.

Tevens wordt teruggekoppeld aan de toezichthouders NZa en IGJ.

Werkgroep(en)

Doel: uitvoering geven aan de RTWG.

Taken:

- Invulling geven aan de probleemanalyse en in te zetten interventies om de wachttijden terug te dringen;
- De gezamenlijke ambitie uitdragen binnen de eigen organisatie en fungeren als linking pin naar collega's uit de eigen organisatie;
- In gang zetten van implementatie van de in te zetten interventies.

Organisaties: Lentis, Accare, Terwille, VNN, Inter-Psy, Forte GGZ, gemeente Groningen, gemeente Delfzijl, CéZetPé, (en genodigd: UMCG, Menzis, GHC, Zorgbelang) *

Functies: divers.

Frequentie van overleg: 1x per 2-4 weken, afhankelijk van de fase van de RTWG.

Voorzitter: nog aan te wijzen (deze rol wordt tijdelijk vervuld door de versnellers).

Terugkoppeling: de werkgroep koppelt de resultaten terug aan het bestuurlijk overleg.

** Latere aanvulling: In Q1 van 2021 zijn inmiddels vertegenwoordigd in de werkgroep, naast eerder genoemd (Lentis, Accare, Terwille, VNN, Inter-Psy, Forte GGZ, gemeente Groningen, CéZetPé) ook de huisartsenkring, GPC, gemeente Stadskanaal, gemeente Westerwolde, Menzis en Zilveren Kruis. Het voorzitterschap wordt ingevuld door de versnellers en door Zorgadvies.*



Bijlage 4. Samenwerkingsovereenkomst terugdringen wachttijden ggz regio Groningen

Januari 2021

Aanleiding

De partijen in de regio Groningen werken met elkaar aan het terugdringen van wachttijden in de ggz door een duurzame samenwerkingsrelatie en het realiseren van de juiste zorg op de juiste plek.

Partijen

- Accare
- CéZetPé
- Forte GGZ
- Namens de 10 Groninger gemeenten:
 - o Gemeente Groningen
 - o Gemeente Stadskanaal
 - o Gemeente Westerkwartier
- GPC
- Huisartsenkring Groningen
- Inter-Psy
- Lentis
- Menzis
- NeuroCare Group Groningen
- Terwille
- VNN
- Zorgadvies Groningen
- Zorgbelang Groningen



WEG VAN
DE
WACHTLIJST

accare

Gemeente
Groningen

GEMEENTE
Stadskanaal

Gemeente
Westerkwartier

GPC

Groninger Psychologen Coöperatie

LHV
Huisartsenkring
Groningen

INTER-PSY



Lentis

CéZetPé
STICHTING CENTRUM VOOR ZELFREGIE & PARTICIPATIE

menzis

neuroCare



TERWILLE VERSLAVINGSZORG
GELOOF IN YKHEID

Forté GGZ

VNN

zorgadvies
groningen

zorg belang
Groningen

WEG VAN
DE
WACHTLIJST



In aanmerking nemende dat:

- Groningen één van de acht geïdentificeerde probleemregio's is, waarin de wachttijden te lang zijn en de voortgang in de aanpak daarvan onvoldoende wordt geacht.
- De landelijke Stuurgroep Wachttijden GGZ aan deze probleemregio's met de brief van 29 juli 2020 de opdracht heeft gegeven actief en constructief mee te werken aan het behalen van gestelde doelen.
- De aanpak van het verder terugdringen van de wachttijden alleen in nauwe samenwerking met de regionale partijen (verwijzers, aanbieders, financiers, cliëntvertegenwoordigers) tot stand kan komen.
- De duur van de samenwerkingsovereenkomst loopt van 1 januari 2021 tot in ieder geval 31 december 2022; daarna wordt voorzetting van de samenwerking in het verlengde hiervan vormgegeven.

Komen als volgt overeen:

1. We onderkennen dat we als regionale partners een netwerk van samenwerking vormen waarin we eigenaarschap erkennen voor het duurzaam terugdringen van de wachttijden voor alle cliëntgroepen naar binnen de Treeknormen.
2. Het te smeden netwerk vormt de basis voor een duurzame structuur waarmee we de wachttijden bekorten. Met duurzaam terugdringen wordt bedoeld dat het netwerkverband in de regio gebouwd wordt op samenwerkingsrelaties. Hierin kennen en respecteren we elkaar en werken we aan zowel het terugdringen van de huidige als de toekomstige wachtijdproblematiek. We realiseren ons dat er mogelijke hardnekkige knelpunten als capaciteitsproblematiek, verschil in visie op ggz-zorg en verdeelproblematiek naar voren komen en gaan hierover het gesprek aan met elkaar, vanuit het besef dat we alleen samen de wachttijden terug kunnen dringen.
3. De betrokken partijen in deze samenwerkingsovereenkomst leveren ieder een bijdrage aan het terugdringen van de wachttijden in de regio naar binnen de treeknormen². Dit betreft naast de initiatieven binnen de eigen organisatie ook de bijdrage aan organisatie-overstijgende initiatieven om de wachttijden in de sggz terug te dringen.
4. De samenwerkende partijen benoemen uit hun midden een voorzitter en een programmamanager. De voorzitter houdt regelmatig (dat wil zeggen minimaal 1 maal per kwartaal) contact met de landelijke stuurgroep wachttijden en bewaakt de communicatielijn met de landelijke stuurgroep en de regionale Taskforce. De programmamanager neemt de praktische uitvoering van de samenwerking op zich.
5. Het staat de voorzitter vrij om ter zake van de samenwerking aanwijzingen te geven aan de programmamanager. Daarnaast geven de versnellers (die van Q4 van 2020 t/m Q1 2021, met mogelijk verlenging t/m Q3 2021 de rol van programmamanager uitvoeren) uitvoering aan de samenwerking in opdracht van de landelijke stuurgroep wachttijden GGZ. De landelijke stuurgroep geeft daarbij eveneens aanwijzingen aan de versnellers.



6. We geven de programmamanager mandaat en faciliteren de versneller in het leggen van contacten met ons en onze werkorganisaties van de aanbieders van huisartsenzorg, ggz, sociaal domein en cliëntenorganisatie in de regio. Deze contacten worden op het niveau van het bestuurlijk netwerk, het niveau van de directeuren/managers en op het niveau van de uitvoerend zorgverleners gelegd en geborgd.
7. Samenwerkende partijen werken in Q4 van 2020 allereerst aan een gedeeld beeld van de wachtlijsten. Het gezamenlijke beeld leidt tot meer inzicht in en begrip van de grootste knelpunten³. Partijen blijven dit periodiek delen.
8. Samenwerkende partijen hebben de intentie om binnen afzienbare tijd de triage-, zorg-, begeleidings-, en ondersteuningsvraag vanuit positieve gezondheid en herstel weer binnen de Treeknormen te kunnen behandelen. Daartoe stellen we in het eerste kwartaal van 2021 een regionaal plan van aanpak op dat voor 2021 en 2022 richting geeft aan de samenwerking en de in te zetten interventies op korte termijn en voor de komende 1,5 jaar⁴. Waar het terugdringen van wachttijden nog niet lukt is een duidelijke oorzaak die buiten de directe invloedssfeer van partijen ligt.
9. De samenwerking wordt op bestuurlijk niveau minimaal jaarlijks geëvalueerd in het licht van bovenstaande resultaten. De uitkomsten van de evaluatie worden gedeeld met de landelijke stuurgroep wachttijden ggz.

Organisatie:

Naam:

Handtekening:

Datum:

³ Onderliggende probleemanalyse

⁴ Onderliggend interventieoverzicht

Bijlage 5. Infographic



REGIO GRONINGEN WERKT AAN HET TERUGDRINGEN VAN WACHTTIJDEN IN DE GGZ

Clënten in Groningen hebben jouw hulp nodig
De wachttijden voor de specialistische GGZ in regio Groningen zijn de op-een-na-hoogste in Nederland. Voor alle diagnosegroepen wordt de Treenorm overschreden. Mensen met een pervasieve stoornis wachten met 31 weken gemiddeld het langst. Bij alleen al de grote organisaties wachten ruim 1.400 mensen, waarvan driekwart op een intake en een kwart op een behandeling. Tijdens wachttijd kunnen problemen verergeren en crisissen ontstaan.



Samen kunnen en willen we hier iets aan doen!
Jouw organisatie is één van de 19 partijen die actief meedoet in de regionale taskforce. Met als doel: het terugdringen van wachttijden in de ggz door een duurzame samenwerkingsrelatie en het realiseren van de juiste zorg op de juiste plek (bestuurlijk besluit december 2020). Met deze infographic informeren we je over hoe we dit in de praktijk gaan brengen. En hoe jij daar aan kunt bijdragen.

Werk je mee?

In het kort: Verwijzers kiezen samen met de patiënt de best passende plek op basis van de vermoedelijke diagnose, beschikbaar aanbod en wachttijd zoals vermeld in Zorgdomein. Het aanbod is versnipperd, omdat wachttijden en intakes bij de meeste aanbieders zijn georganiseerd per locatie.

Wat knelt?

In Groningen is met name de wachttijd voor intake véél langer dan de treenorm, vooral bij enkele grote instellingen. Het grote aantal wachtlijsten leidt tot inefficiëntie. De precieze wachttijden zijn niet altijd up-to-date. Cliënten die na intake niet op de juiste wachtlijst blijken te staan, moeten ergens anders opnieuw wachten.

Wat kun je verwachten?

Er komt een centraal triagepunt (iPractice) waar huisartsen via Zorgdomein naar kunnen verwijzen als zij twijfelen over de best passende plek met de kortste wachttijd. Binnen een week voert iPractice een intake uit en zoekt samen met de cliënt passend aanbod, met een warme overdracht naar de aanbieder en terugkoppeling naar de huisarts.

Hoe kun je zelf bijdragen?

Help als aanbieder mee om tijdig de juiste zorg op de juiste plek te leveren: zorg voor transparante en actuele wachttijden. Maak als verwijzer gebruik van iPractice om tijdig en passend aanbod te vinden.

In het kort: Iedereen kent de voorbeelden van cliënten die na een lange periode op de wachtlijst uiteindelijk niet in zorg komen. Bijvoorbeeld omdat ze ondersteund zijn door een ervaringsdeskundige, omdat ze al bij een andere organisatie in zorg blijken te zijn, of omdat ze in crisis zijn geraakt.

Wat knelt?

Een vervuilde wachtlijst (met cliënten zonder actuele hulpvraag) geeft geen reëel beeld van wachttijden voor nieuwe cliënten. Dit kost bovendien tijd door onnodige intakes.

Wat kun je verwachten?

Iedere organisatie gaat actief de wachtlijst opschonen. Door na te bellen en te inventariseren welke cliënten op de juiste plek wachten en welke cliënten elders (passender en sneller) geholpen kunnen worden.

Hoe kun je zelf bijdragen?

Doe mee aan de opschoonactie van jouw organisatie!

In het kort: Voor cliënten waarbij het passend is, is het belangrijk dat de behandeling tijdig afgesloten wordt. Ook om ruimte te maken voor nieuwe cliënten, die nu op de wachtlijst staan.

Wat knelt?

Cliënten blijven soms langer in behandeling dan nodig is. Bijvoorbeeld vanwege angst voor een terugval. Of omdat er geen geschikte vervolgplek is.

Wat kun je verwachten?

Iedere organisatie gaat actief inzetten op tijdig afsluiten en afschalen. Dit kan op drie manieren gebeuren (focus verschilt per organisatie):
1. Voorzien in dashboardinformatie over instroom, doorstroom en uitstroom per team;
2. Vergroten van bewustzijn over de mogelijkheden en voorwaarden om sneller af te schalen;
3. Omslag naar focus op uitstroom vanaf start behandeling.

Hoe kun je zelf bijdragen?

Houd jezelf en je team scherp door elkaar wekelijks actief te bevragen, bijvoorbeeld:

1. Als ik deze cliënt moet overdragen aan een collega, welk behandeldoel geef ik dan mee?
2. Als ik deze cliënt nieuw in zorg krijg, is deze dan juist verwezen naar de specialistische ggz?
3. Van welke cliënt kan ik de behandeling afschalen of afsluiten, mits ik een passend vervolg vind?

In het kort: In het sociaal domein zijn heel veel initiatieven om cliënten te ondersteunen. Soms is zelfs geen verwijzing meer nodig naar de specialistische GGZ. Huisartsen willen deze mogelijkheden graag (meer) benutten.

Wat knelt?

Huisartsen weten nog onvoldoende wie er in de wijkteams zitten en wat hun mogelijkheden zijn ('black box'). Zeker huisartsen die met meerdere wijkteams te maken hebben. Huisartsen willen na een verwijzing naar het sociaal domein graag een terugkoppeling ontvangen of en hoe het wijkteam de verwijzing oppakt.

Wat kun je verwachten?

Trainingen voor huisartsen om meer bekend te worden met de wijkteams. De Huisartsenkring Groningen en Zorgadvies Groningen zijn hierover in gesprek met de gemeenten.

Hoe kun je zelf bijdragen?

Een persoonlijk telefoonnummer met een naam en gezicht verlagen de drempel om contact te zoeken. Terugkoppelen naar een verwijzer werkt vrouwen.

Meer aansluiting sociaal domein en huisartsen

Doelgericht werken en tijdig afsluiten

Wachtlijst opschonen

Transfer-mechanisme

WEG VAN DE WACHTLIJST

Contactgegevens

Heb je vragen? Neem contact op met [Eline Lubbes](#) of [Evelien Rijken](#), versnellers voor de regionale taskforce in regio Groningen.



Eindnoten

- i Vektis-rapportage Q2/Q3 2020
- ii Beantwoording vragen van de stuurgroep door RT Groningen (mei 2019)
- iii Bestuurlijk overleg d.d. 20 oktober 2020
- iv Presentatie door Maartje Zonderland tijdens het bestuurlijk overleg d.d. 20-10-2020
- v Afsluitend overzicht regionale taskforce Groningen, KPMG juli 2018

Overige bruikbare bronnen:

- Meerjarenprogramma voor psychisch kwetsbare personen
- Concept advies wachttijden autisme
- Het tekort van het teveel – De paradox van de mentale zorg (Damiaan Denys, 2020).