

Verminderen wachttijden binnen de GGZ

Regioplan Flevoland



Goede zorg binnen de Treeknorm

Versie 1.0

Datum: 30 maart 2021

Auteur: Martijn Mahler, Bee-Improve

Inhoud

Inleiding.....	3
1. Geconstateerde problematiek	4
1.1 Verwijzingen niet volledig/ summier.....	4
1.2 Ontbrekende kennis van het sociaal domein.....	4
1.3 Ontbreken kennis over behandelaanbod GGZ.....	5
1.4 Steeds complexere zorgvraag/ afhouden complexe patiënten	5
1.5 Ontbreken korte lijnen	5
1.6 Samenwerking tussen GGZ en sociaal domein nog niet op gewenst niveau	5
2. Oplossingsrichtingen per thema	6
2.1 Verwijzen	6
2.1.1 Inrichting zorgdomein	6
2.1.2 Heldere geïmplementeerde afspraken	7
2.2 Sociaal domein	7
2.2.1 Inzichtelijk maken aanbod sociaal domein en bevorderen samenwerking	7
2.2.2 Verwijzen naar het sociaal domein (via zorgdomein)	8
2.3 Samenwerken.....	8
2.3.1 Basis op orde	8
2.3.2 Transfertaal	9
2.3.3 Overlegtafels	10
2.3.4 Implementatie op- en afschaalmodel	10
2.3.5 Evaluatie samenwerking.....	11
3 Te verwachten effecten (cijfermatig).....	12
3.1 Eerste doelstelling	12
3.2 Tweede doelstelling.....	12
Bijlagen	13
1. Resultaat plansessie Flevoland.....	13
2. Doelstellingen en activiteitenoverzicht.....	15
3. Excel overzicht wachttijden Q4 2021 (bron: Vektis)	19

Inleiding

Het wachten op de juiste zorg binnen de GGZ is helaas een bekend fenomeen. We kennen allemaal de voorbeelden vanuit de pers of vanuit persoonlijke ervaringen dat er lang gewacht moet worden voordat je als patiënt aan de beurt bent. Ook de regio Flevoland ontkomt hier niet aan. Met vereende kracht zullen wij als verschillende aanbieders van specialistische GGZ zorg, generalistische GGZ zorg, gemeenten, huisartsen, POH-GGZ, zorgverzekeraars en vanuit cliëntperspectief de handen ineenslaan om te doen wat binnen onze invloedssfeer ligt om de wachttijden in deze regio duurzaam naar beneden te brengen.

Sinds oktober 2020 maakt de regio Flevoland gebruik van de versnellingsgelden welke beschikbaar zijn gesteld door het ministerie van VWS. In samenspraak met de Nederlandse GGZ is er een 'versneller' aangesteld welke de regio helpt en waar nodig aanjaagt om beweging te krijgen in de wachtlijsten. Dit heeft onder meer geresulteerd in dit plan.

In dit plan wordt stapsgewijs de geconstateerde problematiek belicht. Hierna worden de verschillende oplossingen per overkoepelend thema verder belicht. Als laatste worden de verwachte effecten besproken. Op deze manier moet het een logisch te volgen plan zijn welke handvatten geeft aan de uitvoerders en de beleidsmakers van het plan.

In bijlage 2 staan de doelstelling en de verschillende activiteiten die ervoor moeten zorgen dat de doelstellingen gerealiseerd worden.

In het plan wordt gesproken over de patiënt. Het woord patiënt kan ook vervangen worden door cliënt.

1. Geconstateerde problematiek

We hebben doormiddel van een viertal sessies waar alle partijen bij aanwezig waren de problematiek naar boven gehaald. De volgende stap was het verergeren van de geconstateerd problematiek waarna we gezamenlijk oplossingen hebben bedacht. In onderstaande afbeelding (zie ook bijlage 1) zie je het eindresultaat.

Instroom	Doorstroom	Uitstroom	Overstijgend
Bedenk een oplossing voor het probleem	Bedenk een oplossing voor het probleem	Bedenk een oplossing voor het probleem	Bedenk een oplossing voor het probleem
Stap 1: Probleem 1. Wat is het probleem? 2. Wat is de impact van het probleem? 3. Wat is de oorzaak van het probleem? 4. Wat is de verantwoordelijkheid van het probleem? 5. Wat is de urgentie van het probleem? 6. Wat is de prioriteit van het probleem? 7. Wat is de scope van het probleem? 8. Wat is de impact van het probleem op de patiënt? 9. Wat is de impact van het probleem op de huisarts? 10. Wat is de impact van het probleem op de GGZ?	Stap 2: Oplossing 1. Wat is de oplossing? 2. Wat is de impact van de oplossing? 3. Wat is de oorzaak van de oplossing? 4. Wat is de verantwoordelijkheid van de oplossing? 5. Wat is de urgentie van de oplossing? 6. Wat is de prioriteit van de oplossing? 7. Wat is de scope van de oplossing? 8. Wat is de impact van de oplossing op de patiënt? 9. Wat is de impact van de oplossing op de huisarts? 10. Wat is de impact van de oplossing op de GGZ?	Stap 3: Evaluatie 1. Wat is de evaluatie? 2. Wat is de impact van de evaluatie? 3. Wat is de oorzaak van de evaluatie? 4. Wat is de verantwoordelijkheid van de evaluatie? 5. Wat is de urgentie van de evaluatie? 6. Wat is de prioriteit van de evaluatie? 7. Wat is de scope van de evaluatie? 8. Wat is de impact van de evaluatie op de patiënt? 9. Wat is de impact van de evaluatie op de huisarts? 10. Wat is de impact van de evaluatie op de GGZ?	Stap 4: Implementatie 1. Wat is de implementatie? 2. Wat is de impact van de implementatie? 3. Wat is de oorzaak van de implementatie? 4. Wat is de verantwoordelijkheid van de implementatie? 5. Wat is de urgentie van de implementatie? 6. Wat is de prioriteit van de implementatie? 7. Wat is de scope van de implementatie? 8. Wat is de impact van de implementatie op de patiënt? 9. Wat is de impact van de implementatie op de huisarts? 10. Wat is de impact van de implementatie op de GGZ?

Niet alle problemen hebben een gelijke impact op de wachtlijsten. Om die reden hebben we gekeken welke zaken naar verwachting de meeste impact hebben op de wachtlijsten en hebben we hier democratisch onze keuze in gemaakt. Overkoepelend beschrijf ik kort de problematiek waar de verschillende partijen de meeste hinder van ondervonden zodat het daaropvolgende hoofdstuk gemakkelijker te lezen is. Hier kijken we naar de oplossingen voor de gestelde problematiek.

1.1 Verwijzingen niet volledig/ summier

Er vindt veelvuldig overleg plaats tussen instellingen en verwijzers. Veel van dit overleg is ingegeven doordat het onderscheid tussen de verschillende instellingen niet helder is, er gegevens in de verwijzing ontbreken of er aanvullende vragen zijn. Bovengenoemde problematiek draagt bij aan ontbrekende informatie in verwijzingen. Als de partijen het niet lukt om met elkaar in contact te komen bestaat de kans dat er terugverwezen wordt naar de huisarts wat niet in het belang van de patiënt is.

1.2 Ontbrekende kennis van het sociaal domein

Het sociaal domein kan een belangrijke rol spelen bij het verminderen van wachtlijsten. Patiënten die passend zijn bij het sociaal domein vanwege hun hulpvraag worden door kennisgebrek soms onterecht verwezen door de huisarts en belanden zo in de GGZ. Hierdoor ontstaat er een 'verkeerde' verdeling van de patiëntenstroom wat bij kan dragen aan een toename van de terug verwijzingen. Ook ontstaat er een kans op vervuiling van de caseload van de behandelaar omdat de sociale problematiek die beter passend is bij het expertise en aanbod vanuit het sociaal domein behandeld wordt door de behandelaar.

1.3 Ontbreken kennis over behandelaanbod GGZ

Het zorg landschap is groot en complex. Zorgdomein probeert hier een rol in te spelen door de instellingen aan te laten geven wat voor soort zorg ze bieden, wat de actuele wachttijden zijn en de inclusiecriteria 's. Desondanks ontbreekt er binnen de gehele lijn (sociaal domein, huisartsen, POH-GGZ en instellingen) kennis over het aanbod in Flevoland. Dit resulteert in 'mis' verwijzingen, patiënten die langer in zorg zijn dan noodzakelijk en in zijn totaliteit een verminderde door- en uitstroom.

1.4 Steeds complexere zorgvraag/ afhouden complexe patiënten

De zwaarte van de zorgvraag van patiënten neemt volgens de GGZ-instellingen toe. Dit komt onder ander ook door het feit dat patiënten langer op de gewenste zorg moeten wachten en er nog geen goed mechanisme met op- en afschalen van patiënten is. Ook is er in sommige delen van Flevoland en te beperkt aanbod aan BasisGGZ en POH GGZ wat aan voorkant leidt tot langere wachtlijsten en te lichte indicaties voor SGGZ en aan de achterkant tot langer doorbehandelen vanwege beperkte afschalingsmogelijkheden. Dit draagt bij aan het afhouden van patiënten om hiermee de caseload van de behandelaren binnen je instelling behapbaar te houden.

1.5 Ontbreken korte lijnen

De verschillende instellingen werken op bepaalde manieren samen. De instellingen en huisartsen zijn niet altijd even goed op de hoogte van het aanbod van de verschillende instellingen. We constateren dat korte lijnen voor collegiaal overleg veelal ontbreken. Hierdoor moet de huisarts en de GGZ-instelling gebruik maken van de reguliere route. De warme overdracht komt hierdoor in gedrang.

1.6 Samenwerking tussen GGZ en sociaal domein nog niet op gewenst niveau

Het samenwerken tussen de verschillende GGZ-instellingen maar zeker tussen de GGZ en het sociaal domein is niet op het gewenste niveau. Zeker niet als je naar de landelijke ontwikkelingen kijkt waarbij gezamenlijk behandelen met een belangrijke rol voor het sociaal domein aandacht krijgt. Het aloude spreekwoord onbekend maakt onbemind beschrijft over de hele linie genomen het huidige niveau van samenwerking. Gelukkig zien we ook goede voorbeelden en meer dan voldoende aanknopingspunten.

2. Oplossingsrichtingen per thema

In het vorige hoofdstuk zijn in het kort de problemen omschreven waar de verschillende partijen tegenaan lopen in de dagelijkse zorg voor patiënten. In de gebruikte methodiek om deze problemen naar boven te halen is er onderscheid gemaakt tussen instroom, doorstroom, uitstroom en overstijgend. Bij het bedenken van oplossingsrichtingen werd al snel de samenhang en overlap van de problematiek en de oplossingsrichting zichtbaar. Om die reden is er gekozen om oplossingen op drie onderwerpen te concentreren. In de volgende drie paragrafen staan de drie onderwerpen beschreven inclusief de verschillende initiatieven die bijdragen om het gestelde doel te behalen. Overall moeten alle initiatieven bijdragen aan een duurzame vermindering van de wachtlijsten en een verbetering in de samenwerking. De drie onderwerpen zijn voorzien van een doelstelling zodat alles wat we doen terug te voeren moet zijn naar het gestelde doel.

2.1 Verwijzen

Een complete en juiste verwijzing betekent dat de patiënt zo snel mogelijk op de juiste plek is waar de patiënt met zijn hulpvraag behandeld kan worden. In deze paragraaf worden de oplossingen beschreven voor de geconstateerde problematiek omtrent verwijzingen. Elk onderwerp is gericht op het oplossen van de bestaande problemen en zal altijd elementen op het gebied van samenwerken bevatten.

Doelstelling: “Goed ingericht zorgdomein en duidelijke verwijsafspraken tussen verwijzers en instellingen waar de deelnemers van de regionale taskforce zich aan houden”

2.1.1 Inrichting zorgdomein

Zorgdomein helpt de huisarts bij het op een goede manier verwijzen van de patiënt. Zorgdomein wordt ‘gevuld’ door de instellingen. Hier lijkt in de praktijk een gat te zitten tussen de volledigheid van de GGZ-instelling en de bruikbaarheid voor de huisarts. Om misverwijzingen te voorkomen maar ook om elkaars werelden beter te begrijpen waardoor verwijzingen completer en succesvoller zullen zijn zetten we de hoofdrolspelers om tafel.

Er zal een bijeenkomst georganiseerd worden waarbij aanmeldfunctionarissen van de instellingen en een afvaardiging van de huisartsen met elkaar in gesprek gaan over de benodigde informatie voor goede verwijzingen. De GGZ-instellingen zullen vooraf hun aanbod inzichtelijk moeten maken, inclusie en exclusiecriteria benoemen en duidelijk moeten hebben welke minimale informatie, afwijkend van de NHG-richtlijnen, noodzakelijk is om een intake uit te kunnen voeren. Daarnaast zullen de huisartsen ‘extra’ uitleg krijgen over de werking van zorgdomein het gebruik hiervan. Met de juiste filters kan je nog beter verwijzen.

Huisartsen geven inzage in hun werkwijze zodat beide werelden beter op elkaar aansluiten. Deze kennis zullen we vertalen in het herinrichten van zorgdomein zodat duidelijk is wat een instelling voor zorg biedt en wat de huisarts minimaal moet aanleveren.

2.1.2 Heldere geïmplementeerde afspraken

Heldere uitvoerbare afspraken maken het werk voor iedereen binnen het gehele proces duidelijk en het geeft elkaar de mogelijkheid indien zaken niet conform afspraak verlopen om elkaar aan te spreken.

Gezamenlijk zullen huisartsen en GGZ-instellingen nogmaals duidelijke afspraken maken over wat van essentieel belang is bij het verwijzen van patiënten. Denk hierbij aan wat is een heldere verwijzing op probleem/ vraag. De gemaakt afspraken zullen vastgelegd worden en via het bestuur van de huisartsen verspreid worden. Aan de kant van de instellingen moeten deze afspraken terug verwijzingen verminderen en ontstaat er een korte lijn tussen instelling en huisarts. Deze afspraken zullen elk half jaar geëvalueerd worden en waar nodig aangepast. Verder zullen we samen met het bestuur van de huisartsen, huisartsen verleiden enkel met zorgdomein te gaan werken. We zien dat als zaken niet goed lopen dit vaak ook komt doordat de huisarts niet met zorgdomein werkt.

2.2 Sociaal domein

Onder meer de Nederlandse GGZ ondersteunt de gedachte dat maatschappelijke participatie bijdraagt aan het herstel van mensen met psychische aandoeningen. Van belang is dat daarbij professionele ondersteuning en zorg vanuit de ggz gewaarborgd is. Deze zienswijze is terug te vinden op de website van de Nederlandse GGZ en sluit aan bij de huidige zienswijze van gemeenten en de GGZ.

Doelstelling: "Effectieve samenwerking tussen het sociaal domein, huisartsen en de GGZ waarbij de patiënt een logisch aanbod ontvangt passend bij zijn zorg- en maatschappelijke vraag. De verschillende aanbieders, huisartsen, GGZ-instellingen en het sociaal domein, vertrouwen op elkaars expertise, zorgen voor ruimte om daadkrachtig op of af te schalen en overleggen met elkaar als de vraag van de patiënt zich op een ander expertisegebied bevindt."

2.2.1 Inzichtelijk maken aanbod sociaal domein en bevorderen samenwerking

Het sociaal domein spant zich in rondom werk, participatie, zelfredzaamheid, zorg en jeugd, op basis van de Wmo, de Participatiewet, Jeugdwet en de Wet gemeentelijke schuldhulpverlening. Sinds 2015 is hier een verdere professionaliseringsslag in gemaakt door gemeenten. Voor huisartsen en GGZ-instellingen is het niet altijd even duidelijk waar het sociaal domein een versterkende partner kan zijn bij de hulpvraag van de patiënt en op welke domeinen zij aanbod hebben.

De eerste stap is het inzichtelijk maken van het aanbod binnen het sociaal domein van de verschillende gemeenten. Waar ligt het expertise, op welk levensgebied heb je aanbod en op welke wijze breng je een patiënt onder de aandacht. Dit zijn slecht enkele vragen die beantwoord moeten worden om samenwerking effectief te laten zijn.

Vice versa zijn dit soort vragen ook van belang om beantwoord te worden door de GGZ en huisartsen. Voor het sociaal domein is ook niet altijd duidelijk wat het aanbod is binnen de verschillende GGZ-instellingen en wanneer en waarvoor je de huisartsen kan inschakelen.

Als het aanbod van elkaar inzichtelijk is dan is het ook gemakkelijker om elkaar in te schakelen bij casuïstiek. Om dit verder aan te jagen zullen er enkele kennisbijeenkomsten georganiseerd worden waarbij de verschillende partijen met elkaar in gesprek zullen gaan om kennis te delen, elkaar verder te leren kennen, aanmeldprocedures verder op elkaar aansluiten en 'oefen'-casuïstiek met elkaar te bespreken. Op deze manier bevorderen we in gezamenlijkheid de samenwerking en halen we hiaten in het samenwerkproces naar boven zodat we deze kunnen duiden en oplossen wat weer de samenwerking moet bevorderen. Zo creëren we een 'learning-loop' om de samenwerking elke keer verder te verbeteren.

2.2.2 Verwijzen naar het sociaal domein (via zorgdomein)

De huisartsen verwijzen zoveel mogelijk via zorgdomein (zie ook paragraaf 2.1.1). Eén plek waar je de patiënt met de hulpvraag kan verwijzen naar de best passende plek. Als stip op de horizon willen we uitzoeken of dit ook een toegevoegde waarde voor het sociaal domein kan zijn. Op deze manier is het aanbod altijd up-to-date, zijn de gegevens voor contact up-to-date en is er één plek waar een huisarts de patiënt kan verwijzen voor de GGZ en voor het sociaal domein. In het najaar van 2021 zal hiervoor een business case opgesteld worden.

2.3 Samenwerken

Goed samenwerken binnen een regio is een belangrijke knop waar je aan kan draaien om het verschil te maken bij wachtlijstproblematiek. Door samenwerking goed in te richten organiseer je gezamenlijk behandelcapaciteit en verminder je administratieve lasten onderling. Ook helpt dit erg bij het voorkomen van schotten. Goede voorbeelden in Flevoland zijn de pilots in Dronten en Stedenwijk Almere van "Samen sterker in de wijk" en "GGZ inde wijk" in Lelystad met verschillende relevante partijen. De lessons learned van dit soort trajecten zullen meegenomen worden. Daarnaast zal er altijd gekeken worden naar waar we aan kunnen sluiten om dubbel werk te voorkomen.

De verschillende organisaties zijn nog veelal naar binnen gekeerd. Dit heeft onder andere te maken met de financieringsstructuren die binnen de GGZ gelden maar ook historie speelt hierbij een rol. De financieringsstructuren bevorderden de samenwerking niet aangezien er weinig tijd (budget) is vrijgemaakt voor innovatie en samenwerking. Niet regelmatig met elkaar samenwerken zorg voor beeldvorming die niet altijd strookt met de huidige ontwikkelingen van de organisatie. Samenwerken vormt het meest essentiële onderdeel van dit plan. In verschillende regio's is waarneembaar dat goede samenwerking een directe verhouding heeft met dalende wachtlijsten.

Doelstelling: "Alle samenwerking binnen de regio moet leiden tot een win-win situatie op lange termijn voor alle partijen. Hierbij vertrouwen we op elkaars kennis en expertise en nemen we laagdrempelig contact met elkaar op indien de zorg voor de patiënt hierom vraagt".

2.3.1 Basis op orde

Om op een constructieve wijze met elkaar samen te kunnen werken zal er een gemeenschappelijk visie en uitgangspunten moeten zijn. Dit zal de ruggengraat van het project zijn waarbij we constant kunnen terugrijpen naar de reden dat we dit doen. Ook helpt het bij het maken van (lastige) keuzes gedurende dit traject.

Er wordt een bijeenkomst georganiseerd waarbij we met elkaar de visie en de daar bij behorende uitgangspunten zullen bepalen. Dit is zal tevens een kennismakingsmoment zijn voor enkele partijen

die minder aanwezig zijn geweest of nieuw deelnemen aan de regionale taskforce. Er is dan ook heel bewust aandacht voor het uitwisselen van gegevens zodat deelnemers elkaar gemakkelijk kunnen benaderen.

De visie en uitgangspunten zullen met elkaar verder uitgewerkt worden en in begrijpbare bewoording weergegeven worden zodat elke medewerker op de werkvloer kan begrijpen waar we mee bezig zijn. Op deze manier zullen we de gekozen visie en de uitgangspunten werkbaar maken voor iedereen. Dit zorgt er ook voor dat het mogelijk is dat de uitgangspunten in de hoofden van mensen gaat zitten en zij hier ook naar gaan handelen. Er zal een uitrolstrategie gekoppeld worden aan de visie en uitgangspunten.

In een opvolgende bijeenkomst zullen we gezamenlijk met het sociaal domein, GGZ-instellingen en de huisartsen een overdrachtsformulier¹ ontwikkelen passende bij de visie en met de uitgangspunten kort en bondig en zoveel mogelijk één regievoerder over de casus.

2.3.2 Transfertafel

Elke regio is op de hoogte gesteld (brief Nederlandse GGZ 18 december 2020) van het belang om een transfermechanisme in te richten. In de regio Flevoland kiezen we in eerste instantie voor het opzetten van een transfertafel.

De transfertafel is een nieuw concept waarin we met gezamenlijke inspanning de wachtlijsten verder naar beneden willen krijgen. De transfertafel is een pragmatische aanpak waarbij (inhoudelijk) deskundigen de totale capaciteit van de regio in kaart brengen. Met als doel patiënten zo snel mogelijk zorg te kunnen bieden met gebruikmaking van de totale beschikbare behandelcapaciteit in de regio.

Drie wekelijks zal er een digitaal overleg plaatsvinden onder leiding van GGZ Centraal. Alle aangesloten GGZ-partijen zullen deelnemen. De belangrijkste uitgangspunten zijn:

- Elke patiënt die de treeknorm overschrijdt komt direct in aanmerking voor de transfertafel.
- Patiënten beslissen zelf of ze gebruik maken van aanbod bij een andere instelling of dat ze op de wachtlijst blijven van de instelling van hun voorkeur.
- Accepteren is accepteren. Binnen twee weken contact met patiënt.

In de voorbereiding hebben instelling inmiddels in kaart gebracht op welke wijze ze patiënten overdragen naar elkaar, rekening houdend met de AVG. Ook is er aandacht geweest voor het in kaart brengen van het behandel aanbod en de exclusiecriteria. Dat laatste is onderwerp van gesprek om gezamenlijk te bekijken waar het mogelijk is om de exclusiecriteria iets op te rekken.

De verschillende instellingen brengen in kaart op welk aanbod (persoonlijkheid, bipolair, etc..) patiënten wachten. Op deze manier kunnen instellingen ook gemakkelijker naar elkaar overdragen rekening houdend met het expertise wat in de verschillende instellingen aanwezig is. Daarnaast zullen de verschillende instellingen de aankomende tijd gebruiken om de wachtlijsten waar nodig op te schonen.

¹ Een uniform formulier die de belangrijkste informatie toont zodat (warme) overdracht mogelijk wordt gemaakt.

Nieuw bij deze transfertafel ten opzichte van de transfertafel in Rotterdam en Utrecht is dat we naast de driewekelijkse overlegtafel eens in de drie maanden bij de instelling met de langste wachttijd op bezoek gaan. Doel van het bezoek is met een afvaardiging van de deelnemende instellingen door de wachtlijsten heen te gaan op casus niveau. Op deze manier ontlast je de instelling met de langste wachttijd door patiënten waar mogelijk over te nemen. Ook helpt het door met vreemde ogen te kijken naar elkaars wachtlijsten zodat je van elkaar nog beter gaat begrijpen hoe instellingen werken en welk expertise de verschillende instellingen hebben. Het is een uitgebreidere versie van het vier ogen principe welke volledig voldoet aan de eisen van de AVG.

Om te voorkomen dat we elke keer bij dezelfde instelling ‘meekijken’ wordt een instelling na minimaal een jaar opnieuw bezocht.

2.3.3 Overlegtafels

De overlegtafel(s) zijn het tweede transfermechanisme. De Overlegtafel helpt om patiënten op een soepele manier en op basis van multidisciplinair overleg op de plek te krijgen waar zij de best passende zorg en/of begeleiding krijgen. Wekelijks worden patiënten, na akkoord, anoniem besproken aan de Overlegtafel. Een overleg duurt ongeveer 30 minuten. Hierbij maken we gebruik van elkaars expertise en creëren we op basis van vertrouwen korte (communicatie)lijnen. Op deze manier zetten we de juiste zorg en begeleiding in en realiseren we ondertussen dalende wachttijden.

De Overlegtafel is in de basis opgezet om juist de patiënten te bespreken waarvoor de meest passende vervolgzorg en/of begeleiding niet direct voor de hand ligt. De patiënt moet daarom wel voldoen aan één van de volgende eisen, waarbij tussen haakjes vermeld staat welke typen organisaties de patiënten doorgaans ter bespreking voorleggen.

- De patiënt is nog niet in zorg bij een GGZ-instelling (POH GGZ/HA/wijkteam).
- De patiënt heeft de diagnostiek doorlopen en is niet passend bij de huidige instelling (GGZ-instellingen).
- Gedurende de behandeling is (enkel de) huidige instelling niet voldoende voor de vraag van de patiënt (GGZ-instellingen).
- In de reguliere verwijsafspraken wordt tegen blokkades aangelopen (alle partijen).
- De patiënt wacht langer dan de treeknorm en heeft nog geen vastgestelde behandeldatum (GGZ-instellingen).

De overlegtafels worden vanaf mei 2021 vormgegeven. Op het moment van schrijven is het nog niet duidelijk hoeveel tafels er uiteindelijk moeten komen. Dit is afhankelijk van de soort vraag van de patiënt en regionale netwerken. Dit zal in april verder uitgezocht worden waarna de inrichting in mei van start kan gaan.

2.3.4 Implementatie op- en afschaalmodel

Afgelopen januari is er een voorstel omtrent het afschalen van patiënten vanuit de GGZ naar de POH-GGZ en/of huisarts goedgekeurd in de regionale taskforce. Dit voorstel moet het overzichtelijker maken voor de verschillende partijen. Dit plan is nog niet geïmplementeerd en zal de aankomende maanden aandacht krijgen.

Bij de evaluatie zal ook bekeken ter sprake komen of op schaling vanuit POH-GGZ, huisarts maar ook het sociaal domein niet aandacht verdiend. Op deze manier kan je ook kortstondig opschalen indien de zorg hierom vraagt.

2.3.5 Evaluatie samenwerking

Het is van belang om het gehele plan, de ontwikkelde 'producten' en de samenwerking in het geheel op gezette momenten met elkaar te bespreken. Op deze manier creëer je met elkaar een omgeving waarin we samen elke keer beter proberen te worden, wat moet resulteren in kortere wachttijden en betere zorg in de breedste zin, voor de patiënten.

Ook maakt evalueren het mogelijk om problemen niet langer als individuele organisatie op te pakken maar juist als groter geheel. Hierbij is het van belang om ook de zorgverzekeraar een duidelijke rol hierin te geven. Zodat problematiek niet langer onderbuikgevoel blijft maar ondersteund door feiten en cijfers zichtbaar wordt.

3 Te verwachten effecten (cijfermatig)

Alle initiatieven moeten invloed hebben de wachttijden. Wij hebben ervoor gekozen om ambitieuze doelstellingen op te nemen. Deze doelstellingen zijn überhaupt ambitieus vanwege het gegeven dat wachttijden door vele factoren beïnvloed worden waar wij geen invloed op hebben (denk aan bijvoorbeeld COVID-19). De doelstelling zijn in tweeën geknipt. Zo is er een doelstelling voor Q1 2022 en een doelstelling voor 31 december 2022.

3.1 Eerste doelstelling

Voor de eerste doelstelling hebben we gekeken naar hoofddiagnoses en de wachttijden. Op dit moment (cijfers Q4 2020) zijn van de 15 hoofddiagnose hiervan 9 boven de treeknorm. Alle cijfers van de verschillende instellingen zijn als momentopname vastgelegd (zie bijlage 3).

Elk kwartaal worden de cijfers vastgelegd. De eerste doelstelling is dat er een dalende trend zichtbaar moet zijn over minimaal 13 hoofddiagnosegroepen. Daarnaast focussen we ons nog verder op zes hoofddiagnosegroepen in het bijzonder omdat dit de meeste gevraagde zorg is en/of de wachttijd hier fors de treeknorm overschrijdt. De gebruikte cijfers omvatten alle partijen die actief deelnemen aan de regionale taskforce Flevoland²

Wachttijd in weken	Angst	Aandacht tekort en gedrag	Persoonlijkheid	Pervasief	Basis GGZ	Depressie
Q4	27,5	21,9	18,6	20,6	16,7	23,9
Q1 2022	18	16	16	17	Binnen treeknorm	16

De ambitie is groot. Dit is mede ingegeven omdat we gezamenlijk echt verschil willen maken voor de patiënt. Eind Q3 wordt duidelijk hoe haalbaar het gestelde doel is. Naar verwachting weten we dan ook of de COVID-19 crisis, welke een belangrijke bijdrage levert aan verzuim en hierdoor aan de beschikbare capaciteit, bezworen is.

3.2 Tweede doelstelling

Eind 2022 willen we de wachtlijsten binnen de regio Flevoland op orde hebben. In cijfers gevangen hebben we deze als volgt geformuleerd.

Eind 2022 zitten alle partijen gezamenlijk binnen de treeknorm. Maximaal drie hoofddiagnosegroepen overschrijden de treeknorm.

Deze ambitie is alleen waar te maken als we met elkaar de hierboven geschreven doelstellingen en initiatieven tot een goed einde weten te brengen. Daar zijn we gezamenlijk verantwoordelijk voor huisartsen, POH-GGZ, het sociaal domein, GGZ-instellingen en de zorgverzekeraars.

² GGZ Centraal, therapeutisch centrum Flevoland, Dokter Bosman, Eleos, HSK, Mentaal Beter, Molemann, I-psy, Indigo en de PI-Groep

Bijlagen

1. Resultaat plansessie Flevoland

Instroom			Doorstroom		
Bedenk een oplossing voor het probleem			Bedenk een oplossing voor het probleem		
Krapte arbeidsmarkt	1. geen zorg voor de cliënt 2. Uiterste gevraagd van behandelaren (kans op uitval)	Slimmer omgaan met onze tijd en elkaar vertrouwen in de samenwerking	te weinig regie-behandelaren	1. GGZ Trajecten worden niet vergoed => organisatie in zwart weer => Onvoldoende personeel => kwaliteit van zorg gaat achteruit => minder aanbod voor de patiënt 2. Overbelaste RB.	Samenwerken met collega instellingen waarbij je regiebehandelaren deelt (detachering). Regiebehandelaar is enkel regiebehandelaar, meer digitaal werken.
Slecht gebruik Filtering zorgdomein	1. onevenredige verdeling van patiënten aanbod 2. Onplanbaar werk (ene keer lege agenda keer daarop teveel aanbod) 3. verslechterde samenwerking tussen verwijzer en GGZ.	Zorgdomein moet beter onderhouden worden. Na intakes worden cliënt terug gestuurd naar huisarts/ het zorgaanbod moet optimaal aansluiten op zorgdomein (zodat het zo min mogelijk afwijzingen oplevert)	Steeds complexere problematiek patiënten	1. GGZ gaat over de behandelinstelling/SGGZ kosten stijgen. 2. behandelaar heeft wel de kennis maar niet de ruimte => pak de druk 3. Careflow wel met complexe patiënten => WL voort 4. Patiënten compenseren verdring verhoging 5. patiënten krijgen niet de juiste zorg.	1. Inzetten op beter screenen aan de voordeur zodat iemand direct op de goede plek komt (SGGZ of SGGZ). 2. Beter afschakelen van SGGZ naar GGZ. En van GGZ naar PC-H en/of noodzaak domein (keuze in automatisch welk domein zijn). 3. Sterkere samenwerking tussen GGZ en SGGZ. Daarnaast tijdelijk oplossen.
Patiënt wil bepaald aanbod ipv dat de zorgvraag besproken wordt	1. Expertschap wordt overgeslagen. 2. behandelaar simpelweg uitvoerder (discussie tussen patiënt en zorgverlener).	Voordat de verwijzing plaats vindt moet de zorgvraag beter in kaart gebracht worden. Hulpvraag moet duidelijker zijn (gericht op probleem en niet op wens in therapie)			
ontbreken van de kennis van het sociaal domein	1. Patiënten die qua zorgvraag passend zijn voor sociaal domein bezetten plekken binnen de GGZ. 2. Verkeerde verdeling patiëntenstroom. 3. Behandelaar gaat sociale problematiek behandelen (vervulling caseload).	Tip: herdefinieer sociaal domein. Duidelijker aanbod vanuit sociaal domein welke rol van betekenis het sociaal domein heeft in deze casuïstiek			
Verwijzing niet volledig/summier	1. Zorgvraag wordt complexer => complexere en zorg die langer duurt. 2. geen ruimte voor subaccuut. 3. meer (tentamen) suicides 4. overbelasting in 1e lijn	Je wilt goede overbruggingszorg geven: o wordt te veel doet of te weinig (niet sociaal domein) verwijzingen van de zorgvraag moeten bij de juiste instelling komen die geestelijke gezondheidszorg (geestelijke gezondheidszorg) heeft in systeem vast en komt op een terecht in wachtlijsten van andere zorgaanbieder			
No-show	1. Patiënt wordt afgewezen doordat informatie ontbreekt. 2. Persoonlijke informatie (patiënt in zorg) gaat verloren naar beneden. 3. Huisartsen verliezen vaak tijd door het oplossen van extra informatie door zorgaanbieder. 4. Hoge kosten voor patiënt en veel kosten voor behandelaar.	Duidelijker zorgaanbod van zorgaanbieder (onderscheid van zwaarte organisatie), verwijzer meer bewust laten zijn van de mogelijkheden van GGZ zorg (verschil in GGZ, SGGZ)			
wachttijd tot intake	1. Verlies behandelatijd 2. No-show Intake nog groter verlies van tijd. 3. wachttijden lopen op.	Lastig probleem! Denk met ons mee met de oplossing			

Uitstroom			Overstijgend		
Bedenk een oplossing voor het probleem			Bedenk een oplossing voor het probleem		
Ontbreken aanbod collega instellingen	Niet op- of afschalen, pt langer in zorg dan noodzakelijk en stagnatie bij de "voor deur" met (nog) langere wachttijden tot gevolg.	Transparantie en actuele wachttijden. Transparantie behandelaanbod. Uitbreiding partijen in m.n. regio Emmeloord en Dronten (basis GGZ en POH GGZ)	geen groei/uitbreiding (zorgverzekeraar)	Veel zieke mensen thuis. Meer escalaties thuis, sociaal domein overbelast, kan de problematiek niet opvangen. Meer personen met verward gedrag op straat/in de wijk, wat mogelijk ook leidt tot overlast (agressie/geweld)	Wel groei/uitbreiding zorgverzekeraar (i.s.m. andere GGZ's); transfertafels.
Ontbreken korte lijnen tussen instellingen	Geen of geen warmte/passende overdracht van pt. Pt. wellicht opnieuw op wachtlijst en niet op de juiste plek. Complexe pt. nergens goed behandeld want dit doe je vaak samen of stem je iig samen .	Elkaar kennen en directe contactgegevens. Externe MDO-ZAG's verlegt afel. Standaard overdrachtsformulieren. Contact met beslisers.	Te weinig aanbod GBGGZ	Overbelasting soc domein die problematiek niet aan kan. Escalatie problematiek, verergering. Nog langere wachttijden SGGZ. Overbelasting welzijnsorganisaties, woningbouwverenigingen.	De juiste zorg op de juiste plek; kennis van de sociale kaart; goed beoordelen, maatwerk leveren. Herstel ondersteunende initiatieven "omarmen". Innovaties. Meer met groepen werken (bijv. POH GGZ's), peersupport als voorliggend.
geen/ te weinig samenwerking tussen zorg en sociaal domein	Geen overdracht/afschaling van inen GGZ naar huisarts bij pt. die niet meer op hun plaats zijn bij GGZ, maar nog niet "klaar" om helemaal los te laten. GGZ's in noodzorg langer in zorg of "gaat zoemen" of ligt er nog. Realisatie van de omroep en GGZ zorg omroep duur. Maatschappelijke problemen worden gesynchroniseerd.	Duidelijkheid over sociaal domein te bieden heeft en wie contactpersonen. Uniform aanbod en verwijsmethode voor gemeentes in Flevoland.	Te weinig aanbod POH-GGZ	Zie boven; de POHers overbelast waardoor verwijzing SGGZ minder secuur. Huisarts moet meer opvangen; nog langere wachttijden voor een juiste plek. Zorg op de juiste plek wordt ingewikkelder.	Zie hierboven; de ruimte die er is optimaal benutten.
ontbreken digitaal aanbod	Kan in Covid tijd niet behandeld worden. Geen gebruik maken van digitale modules wat o.a. ten koste gaat van eigen regie pt. Digitaal en blended kan ook leiden tot sneller ontslag of lagere frequentie van face to face. Dus dichtslibben GGZ-zorg/agenda	Eén portaal voor alle ptt en zorgaanbieders. Dus gelijk digitaal systeem en minimaal allemaal een digitaal aanbod.	Matig onderling vertrouwen tussen GGZ, GGZ en sociaal domein en GGZ en Huisartsen	Inwoners krijgen niet de juiste hulp, geen maatwerk. De hele keten loopt vast, zie boven. Je werkt niet samen aan gezamenlijk perspectief op elk niveau (bestuurlijk, organisatie, inwoner niveau)	Blaas leren kennen: wat heeft iedereen te bieden? Is er sprake van concurrentie of samenwerking? Korte lijnen (operatief en/of verantwoordelijkheid nemen). Samen dingen gaan doen, opkappen, goede ervaringen opdoen. Wat werkt wel. Overlegafels waar de verschil ende domeinen aan tafel zitten (toehouding, begeleiding, WMO, client).
Voor elk behandelprogramma opnieuw aanmelden	Onnodig lang en vaak wachten. Problematiek verergerd, dubbel diagnostiek en overbelasting pt. Compliceren van problematiek/pt dan nodig. Complexe pt kan soms excuus zijn om niet aan te beginnen als behandelaar. Bureaucratie!	Extern MDO met toestemming pt of in aanwezigheid pt	Afhouden complexe patiënten door GGZ instellingen	Verward gedrag op straat. Veel escalaties en overlast. Sociaal domein/ huisartsen overbelast. Hulpdiensten overbelast, minder draagkracht in de samenleving (begrip/stigma)	Samenwerken, verantwoording nemen, niet alles in strakke zorgpaden willen "trekken". Meer structurele duurzame oplossingen.
Loslaten van de patiënt door behandelaar	Je maakt pt afhankelijk van zorg. Duur en minder uitstroom en dus dichtslibben. Weinig vertrouwen in collega's en eigen regie patiënt.	Meer afschalingsmogelijkheden. Elkaar en elkaars deskundigheid kennen. ZAG-gesprekken.	Ontbreken van samenwerking GGZ en sociaal domein	Inwoners krijgen niet de juiste hulp, geen maatwerk. Overbelasting van beiden domeinen en geen doorstroom. Mensen worden aan hun lot overgelaten.	Behandeling, begeleiding en WMO ondersteuning samen laten lopen. Korte lijnen.
			Weinig vertrouwen patiënt richting aanbieder en/of sociaal domein	Overbelasting mantelzorgers/ wijk, huisartsen/ escalaties. Meer zorgmijders, casussen worden nog ingewikkelder, meer multi problematiek.	Iemand het hele proces mee laten lopen met de patiënt, zodat er een vast gezicht en vertrouwen is. Verwachtingsmanagement naar de patiënt toe, aan afspraken houden, meedenken.

2. Doelstellingen en activiteitenoverzicht

Thema	Planning	Actie	Meetbaar resultaat	Status
Verwijzen	Q4 2021 ev.	<i>“Goed ingericht zorgdomein en duidelijke verwijzafspraken tussen verwijzers en instellingen waar de deelnemers van de regionale taskforce zich aan houden”</i>		
Inrichting zorgdomein	Q3 2021	Bijeenkomst tussen aanmeldfunctionarissen en een afvaardiging van huisartsen	- Inzichtelijk aanbod GGZ-instelling inclusief in- en exclusiecriteria - Inzicht welke informatie minimaal noodzakelijk is voor een intake - Huisartsen begrijpen welke filtering je kan toepassen om de best passende instelling naar voren te krijgen - Inzicht in werkwijze huisartsen voor de GGZ - Inzicht in werkwijze GGZ voor de huisartsen	
Herinrichting zorgdomein	Q3 2021	De ‘producten’ van de bijeenkomst worden vertaald naar zorgdomein van de verschillende instellingen	- Kloppend overzicht in zorgdomein vanuit de GGZ - Het filteren in zorgdomein levert de juiste informatie op	
Heldere geïmplementeerde afspraken	Q4 2021	Bijeenkomst tussen aanmeldfunctionarissen en een afvaardiging van huisartsen	- Duidelijkheid voor de huisartsen waar er bij een verwijzing naar gekeken wordt door de GGZ-instelling - Beleidsdocument waar gemaakt afspraken in vastgelegd zijn. - Communicatiebericht vanuit de besturen van de huisartsen naar ‘hun’ huisartsen over gemaakt afspraken - Afspraken over jaarlijkse evaluatie van gemaakt afspraken - Verleidingsstrategie vanuit besturen voor huisartsen die nog niet met zorgdomein werken	

Sociaal domein	Q1 2022 ev.	<i>“Effectieve samenwerking tussen het sociaal domein, huisartsen en de GGZ waarbij de patiënt een logisch aanbod ontvangt passend bij zijn zorg- en maatschappelijke vraag. De verschillende aanbieders, huisartsen, GGZ-instellingen en het sociaal domein, vertrouwen op elkaars expertise, zorgen voor ruimte om daadkrachtig op of af te schalen en overleggen met elkaar als de vraag van de patiënt zich op een ander expertisegebied bevindt.”</i>		
Inzichtelijke maken aanbod sociaal domein	Q2 2021	Inzichtelijk maken aanbod sociaal domein	- Overzicht per gemeente van aanbod en aanmeldprocedure	
Bevorderen samenwerking	Q2/Q3 2021	Organiseren kennisbijeenkomsten	- Meerdere kennisbijeenkomsten per sub regio waar Sociaal domein, GGZ, POH-GGZ, ervaringsdeskundigen en huisartsen in gesprek gaan. - ‘oefen’-casuïstiek bespreken. - Ontwikkelen van een learning-loop naar aanleiding van casuïstiek en aanmeldperikelen.	
Verwijzen naar het sociaal domein via zorgdomein	Q4 2021	Opstellen business case voor verwijzen via zorgdomein	- Advies op basis van kosten, tijdsinvestering en opbrengsten	

Samenwerken		<i>“Alle samenwerking binnen de regio moet leiden tot een win-win situatie op lange termijn voor alle partijen. Hierbij vertrouwen we op elkaars kennis en expertise en nemen we laagdrempelig contact met elkaar op indien de zorg voor de patiënt hierom vraagt”.</i>		
Visie en uitgangspunten 1	Q2 2021	Bijeenkomst alle deelnemers Regionale Taskforce	- Gemeenschappelijk visie over het verminderen van de wachttijden - Gemeenschappelijke uitgangspunten - Documentatie met gegevens van deelnemers om snel contact met elkaar te kunnen leggen	
Visie en uitgangspunten 2	Q2/Q3 2021	Bijeenkomst alle deelnemers Regionale Taskforce	- Bepalen uitrolstrategie visie en uitgangspunten - Eén Overdrachtsformulier voor de gehele regio	
Transfertafel	Q2 2021	Opzetten transfertafel	- Werkend transfermechanisme wat 1x per 3 weken plaatsvindt. - Ingerichte SharePoint omgeving - Gemandateerde voorzitter - Totaaloverzicht overgedragen patiënten - Beleid en uitgangspunten vastgelegd - Vastleggen proces van overdragen	
Transfertafel	Q3 2021	Drie maandelijks bezoek aan organisatie met langste wachttijd	- Beleid wachtlijstschoning - Detacheringscontracten om te voldoen aan AVG - Vastgestelde momenten in de agenda van deelnemers	
Overlegtafels	Q3/Q4 2021	Opzetten overlegtafels	- Visie bepalen - Bepalen aantal overlegtafels - Betrekken partners overlegtafel - Uitgangspunten bepalen - Inrichten proces - Inrichten techniek - Inrichten SharePoint - Bepalen voorzitter - Creëren learning loop	
Implementatie op- en afschaalmodel	Q4 2021 ev.	Implementatie op- en afschaalmodel	- Implementatie - Besluitvorming document verrijking met huisarts en sociaal domein	

Evaluatie	Q2/Q3/Q4 ev.	Evaluatie samenwerking	- Terugkerende evaluatie over samenwerking op verschillende gebieden: - o Samenwerken - o Transfertaal - o Overlegtaal - o Etc.	
-----------	-----------------	------------------------	---	--

3. Excel overzicht wachttijden Q4 2021 (bron: Vektis)

Onderneming	Vestiging	Angst	Aandacht- tekort en - gedrag	Persoonlijk- heid	Pervasiel	Basis GGZ	Depressie	Restgroep diagnoses, andere aandoeninge n	Overige stoornissen kindertijd	Somatoforme stoornissen	Bipolair en overig	Alcohol gebonden	Schizofren	Overige aan middel gebonden stoornissen	Eetstoorniss en	Delirium dementie en overig
	Therapeutisch Centrum GGZ, locatie Emmeloord - EMMELOORD	22	22	22	26	10	22	26	22							
Stichting Therapeutisch Centrum Flevoland	Therapeutisch Centrum GGZ, locatie Lelystad - LELYSTAD	36	36	36	40	21	36	40	36							
	GGZ Centraal Meerplicht Lelystad - LELYSTAD	17	15	15	13		14			17	11	14	6			7
	GGZ CENTRAAL GEBIEDSTEAM DRONTEN - DRONTEN	18	15	8			17		18		10		7			
Stichting GGZ Centraal BOSMAN GGZ B.V.	GGZ Centraal Meregaard Almere - ALMERE	21	27	24	25		18	13		11	10		11			16
	DOKTER BOSMAN - LELYSTAD	42	42	42	42	42										
Eleos, specialist in christelijke ggz	Eleos - Ambulante behandeling Lelystad - LELYSTAD	15	15	15	15	12	15	15	15	15	15		15			
HSK Groep	HSK Almere - ALMERE	20				20	20	20		20						
	MENTAAL BETER ALMERE (LOCATIE POORT) - ALMERE	15	15	15	15	14	15	15		15						
Mentaal Beter Cure B.V. (Regio Waardenland)	MENTAAL BETER ALMERE (MIDDACHTENLAAN) - ALMERE					15										
Molemann B.V.	MoleMann Mental Health B.V. - ALMERE	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10					
PARNASSIA GROEP B.V.	I-PSY ALMERE - ALMERE	86		-1	-1		72	19	-1	33	-1	-1	-1	-1	-1	-1
Indigo			4			4										
PI-groep																