

Regioplan Aanpak wachttijden ggz

Apeldoorn, Brummen, Epe, Hattem, Heerde, Lochem, Voorst, Zutphen



Weg met de wachtlijst!

een veelkoppige ambitie

Versie: 1.0 DEFINITIEF

Vastgesteld door de stuurgroep op 07 juni 2021

Projectgroep Aanpak wachttijden Apeldoorn-Zutphen

Freek de Bruijn, Versneller aanpak wachttijden

Aan de totstandkoming van dit plan hebben de volgende organisaties meegewerkt:

Coöperatie Overgelder
Gemeente Apeldoorn
Gemeente Brummen
Gemeente Epe
Gemeente Hattem
Gemeente Heerde
Gemeente Lochem
Gemeente Voorst
Gemeente Zutphen
GGNet
HOOG Huisartsen regio Apeldoorn
HOOG Huisartsen regio Zutphen
HSK Apeldoorn
Humanitas DMH
Iriszorg
Ixta Noa
Korak
Leger des Heils
Molemann Apeldoorn
Perspectief Zutphen
Riwis zorg en welzijn
Tactus verslavingszorg
Zilveren Kruis

Voorwoord

In mijn kennismaking met de ambulante teams van GGNet, in april 2020, nu een klein jaar geleden, waren de eerste twee thema's die medewerkers benoemden, de onzekerheid die Corona met zich meebracht. De onheilspellende berichten over de impact van dit nieuwe, doch zeer schadelijke virus voor de gezondheid rolden als golven over ons heen. Maar vooral de volle bereidheid en overtuiging van zorgprofessionals die ik zag om de ggz zorg overeind te houden, in welke vorm dan ook, vond ik indrukwekkend.

Het tweede thema, die direct volgde in de gesprekken, en die ik evenzo indrukwekkend ervoer was de last, soms zelfs onmacht, die zorgprofessionals benoemden met betrekking tot de forse wachttijden tot goede, passende GGZ zorg. Professionals voelen zich verantwoordelijk voor de patiënten die ze behandelen, maar zeker ook voor degenen die nog wachten op behandeling. Zonder uitzondering, wordt er overal in onze regio hard op de SGGZ-voordeur geklopt om binnen te kunnen komen. Het raakt het hulpverlenershart diep, dat we onvoldoende in staat zijn om mensen tijdig te behandelen. Elke wachttijd, of deze nu 4 weken of langer dan 6 maanden is, werd gezien als drijfveer om de wachtlijst aan te pakken. Alleen de wijze waarop bleek niet enkelvoudig, en gaf dit gevoel van ongenoegen bij professionals.

Parallel hieraan maakte ik kennis, en ontmoette ik (veelal digitaal) organisaties waar GGNet mee samenwerkt. Gemeenten, welzijnsorganisaties, cliëntenorganisaties, herstelacademies, huisartsen en andere zorginstellingen. Ook hier werd me zeer duidelijk dat de wachttijden voor de SGGZ als problematisch werden gezien. Ik werd geraakt door verhalen van deze partijen, schrijnende situaties van personen die eindelijk de stap durven te zetten naar hulp, en dan geconfronteerd worden met wachttijden die vele weken, soms maanden behelzen. Pittig. Daarentegen hoorde ik ook de mooie voorbeelden om samen op te trekken naar herstel. Herstel ondersteunende intakes, die personen in contact brachten met herstelacademies, zoals Ixta Noa, of het Korak, waar men veel zingeving en herstel uit halen. Door inzet van ervaringsdeskundigen en trainingen die bijdragen aan balans en gezondheid.

Wat me het afgelopen jaar duidelijk werd is geworden, is dat focus hard nodig is, werken vanuit één visie op herstel en positieve gezondheid, door het hele netwerk van voorzieningen heen. We kunnen het niet alleen, sterker nog, dat moeten we ook niet willen.

Wat nodig is, is sector overstijgende samenwerking tussen het medisch (somatisch, psychiatrisch) en het sociaal en maatschappelijk domein. Om te voorkomen dat personen te lang moeten wachten op ggz-zorg, en in een (formeel en informeel) netwerk aan voorzieningen tijdig, en passende zorg geboden krijgen.

In 2018 is gestart met een regionale aanpak om de wachtlijsten aan te pakken; in 2020 is door alle partijen gemeend dat 'versnelling' op de wachtlijstaanpak van belang is.

Voor u ligt het regioplan 2021-2022 Weg van de Wachtlijst – een netwerkaanpak die ertoe doet!

Apeldoorn, maart 2021

Manon Huisman

Directeur GGNet, Ambulante Zorg en Specialismen

Portefeuillehouder EPA Taskforce Wachtlijstaanpak

Vooraf

Dit plan is tot stand gekomen in samenwerking tussen veel verschillende partijen. Het plan is een leidraad voor de aanpak van wachttijden voor de komende 2 jaar. Het regioplan heeft allerm minst de ambitie om als minutieus uitgewerkte routekaart elke stap op voorhand te voorspellen. De projectorganisatie zal telkens moeten evalueren, leren en verbeteren om de resultaten binnen de verbeterthema's aan te scherpen. Het is ook niet ondenkbaar dat er verbeterthema's afvallen of wellicht zelfs toegevoegd worden op basis van de behaalde resultaten en de voortgang van de implementatie.

In het regioplan wordt veelvuldig gebruik gemaakt van casussen ter verduidelijking van de situatie of het gewenste resultaat. Casussen berusten op fictieve situaties en personages of zijn volledig geanonimiseerd.

Inhoudsopgave

Inhoud

Voorwoord	3
Vooraf.....	4
Situatie.....	5
Doelstelling.....	6
Projectmodel	6
Verbeterthema's: van problemen naar geprioriteerde kansen	7
Aanpak.....	12
Projectorganisatie en communicatiestructuur	13
Communicatie naar professionals.....	13
Projectplanning (grof)	13
Bijlage 1 Brainstorm analyse wachttijden Apeldoorn-Zutphen december 2020	14
Bijlage 2 Analyse wachtlijsten 2019 & 2020 (bron: Vektis, wegvandewachtlijst.nl).....	15

Situatie

In de regio Apeldoorn-Zutphen is vanaf oktober 2020 gestart met een duurzame samenwerking om de voortdurende lange wachttijden voor ggz zorg terug te dringen. De samenwerking bestaat uit een projectgroep waarin 22 verschillende partijen deelnemen vanuit zowel de ggz & de verslavingszorg als het sociaal domein, gemeentes en huisartsen. De samenwerking wordt verder aangestuurd door de EPA Taskforce die op haar beurt begin maart 2021 heeft besloten een separate stuurgroep wachttijden in te richten.

De projectgroep is van start gegaan met een brainstorm naar de oorzaken van de situatie, zie daarvoor bijlage 1. De uitkomsten van de brainstorm zijn geprioriteerd op basis van impact en beïnvloedbaarheid. De 4 geprioriteerde thema's zijn vervolgens in afzonderlijke werkgroepen verder geanalyseerd en vertaald in concrete oplossingen. De volgende werkgroepen zijn geformeerd en onder leiding van een werkgroep voorzitter aan de slag gegaan:

- Werkgroep 1 Huisarts en Verwijzing
voorzitter: Maarten van Triest, manager ambulanz Zutphen GGNet
- Werkgroep 2 Aanmelding en Screening
voorzitter: Eugene Oostveen, vrijgevestigd psycholoog en bestuurder coöperatie Overgelder
- Werkgroep 3 Behandeling, -duur-, -beëindiging & Samenwerking
voorzitter: Kees Goudzwaard, manager ambulanz Apeldoorn GGNet
- Werkgroep 4 Sociaal domein en informele zorg
voorzitter: Gerard de Roos, bestuurder Ixta Noa

Daarnaast zijn ook kwantitatieve wachttijstgegevens gedeeld en geanalyseerd. Deze zijn in bijlage 2 opgenomen. Hieruit blijkt dat de relatieve positie die de regio in Nederland inneemt, na een dip eind 2019, begin 2020, weer op het oorspronkelijke niveau zit van zo'n 13 weken. Dat getal geeft wel een vertekend beeld: het betreft een rekenkundig gemiddelde over alle aanbieders (grote instellingen en vrijgevestigde/ groepspraktijken). Omdat juist de grote(re) aanbieders kampen met een langere wachttijd én een (veel) groter volume wachtenden is het gewogen gemiddelde naar alle waarschijnlijkheid groter.

Doelstelling

De 1^e doelstelling van het regioplan aanpak wachttijden ggz *Weg met de wachtlijst!* is om de *variantie* en de gewogen *gemiddelde* wachttijd op 1 september 2021 te hebben teruggedrongen t.o.v. de baseline december 2020*. De 2^e doelstelling is eind 2022 behaald wanneer de wachttijd duurzaam is teruggedrongen op of onder de treetnorm voor 90% van alle patiënten.

* de baseline is de rekenkundige wachttijd in de kwartaalrapportage van Vektis over december 2020 van 13 weken.

In de ideale situatie start de behandeling van *alle* wachten binnen de treetnorm van 14 weken. In dat geval ligt het gemiddelde dus ruim onder de treetnorm. Het terugdringen van de variantie levert voor individuele patiënten minder extreem lange wachttijden. Dat komt omdat variantie door individueel wachtenden sterker gevoeld wordt dan de gemiddelde wachttijd. Voorwaarde hierbij is uiteraard wel dat het gemiddelde niet oploopt.

Casus 'gemiddelde wachttijd'

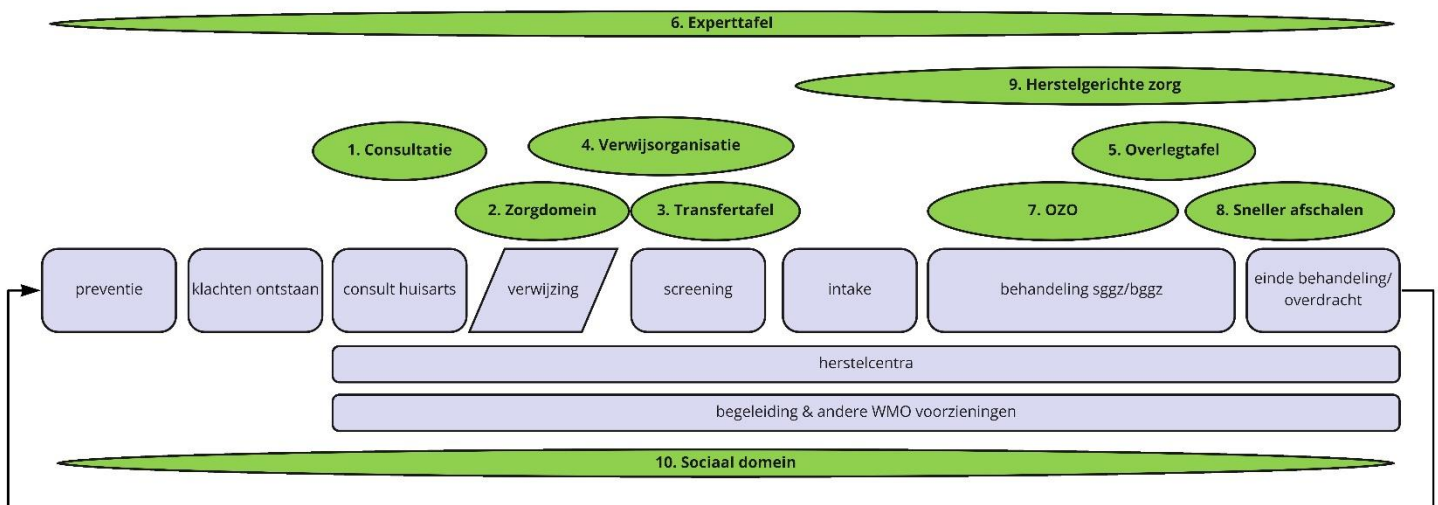
Situatie 1 Mevrouw A moet 14 weken wachten op een ggz behandeling, dhr. B moet 16 weken wachten op een ggz behandeling. De gemiddelde wachttijd is 15 weken.

Situatie 2 Mevrouw C moet 1 week wachten op een ggz behandeling, dhr. D moet 27 weken op een ggz behandeling wachten. De gemiddelde wachttijd is 14 weken.

Hoewel het gemiddelde in situatie 2 lager ligt dan in situatie 1, biedt situatie 1 voor alle patiënten een beter perspectief, namelijk de belofte dat de wachttijd nooit meer dan 16 weken duurt.

Projectmodel

In het onderstaande projectmodel zijn de 10 geprioriteerde verbeterthema's geplot in het procesmodel. Zo wordt duidelijk op welk deel van het proces elk verbeterthema betrekking heeft.



Verbeterthema's: van problemen naar geprioriteerde kansen

In onderstaande aanpak zijn de 10 verbeterthema's gedefinieerd. Per thema is een duidelijke doelstelling gedefinieerd.

Verbeterthema 1 Consultatie in de Huisartspraktijk verbeteren

Consultatie in de huisartspraktijk versnellen & verbeteren. Regionaal meer uniformiteit en bekendheid aan consultatie geven.

In de huidige situatie is consultatie per instellingen/aanbieder verschillend ingeregeld. De huisarts moet soms lang (30-45 dagen) wachten op antwoord. In Apeldoorn en Zutphen wordt niet met hetzelfde systeem gewerkt. De werkwijze is niet altijd goed bekend bij de te consulteren specialisten. Daarnaast is consultatie van het sociaal domein en ervaringsdeskundigen niet aanwezig en/of bekend in de huisartspraktijk.

Verbeterthema 2 Zorgdomein en verwijzing verbeteren

Huisarts moet eenvoudig (er) een verwijzing kunnen doen die meer informatiewaarde oplevert voor de verwezen partij.

'91% van alle huisartsen in Nederland gebruikt Zorgdomein om vervolgzorg te vinden, bieden en regelen' (bron: Zorgdomein). Helaas is Zorgdomein op dit moment onvoldoende ingericht om dit proces adequaat te ondersteunen. Een aantal kernproblemen:

- Niet alle aanbieders zijn vindbaar via Zorgdomein
- De informatie m.b.t. de toegangstijd is in geen geval ter vergelijken met de actuele wachttijd
- Aanbieders hebben zorgdomein verschillend ingeregeld (locatie vs. instellingsniveau)
- De hoeveelheid gegevens die de huisarts in moet geven is te groot en bevat tegelijkertijd niet de wens van instellingen
- De verwijshistorie is vaak leidend voor toekomstige verwijzingen

We vergelijken daarnaast de [Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ \(LGA\)](#) en de [Richtlijn Informatie-uitwisseling huisarts-tweedelijns GGZ](#) om het proces rondom de verwijzing te verbeteren. Tot slot kijken we naar de mogelijkheden om via gestructureerde vragenlijsten vooraf informatie van de cliënt in te winnen (bijvoorbeeld zoals dat nu gebeurt middels Karify bij GGNet). Uiteraard wordt hierbij altijd gekeken naar de mogelijkheden binnen de regelgeving voor privacy en gegevensbescherming. Zo nodig toetsen we afspraken juridisch aan de vigerende regelgeving.

Verbeterthema 3 Transfertaal (wachlijsten schonen, nieuwe aanmeldingen bespreken incl. alternatieven en afspraken over beleid aanmeldingen)

De transfertaal wordt hét regionale gremium waarbinnen sggz, bggz, huisartsen en sociaal domein de situatie rondom de wachttijden met elkaar bespreken en verbeteren. Dit doen ze door:

- a) wachlijsten met elkaar te delen (en schonen)*
- b) bilaterale contacten te leggen*
- c) afspraken over verwijzingen te maken voor specifieke groepen*
- d) alternatief zorgaanbod met elkaar te bespreken voor specifieke groepen.*

Aanmeldingen doorverwijzen gebeurt in principe buiten dit overleg om. Eventuele casuïstiek wordt anoniem gedeeld.

Op dit moment heeft elke team/ organisatie een eigen wachtlijst die decentraal beheerd wordt. De wijze waarop dit gebeurt is heel wisselend (proactief tot passief). Slechts beperkt wordt er gebruik gemaakt van doorverwijzingen, zorgbemiddeling van verzekeraars, aanmeldstops of een alternatief aanbod in het sociaal domein (bijvoorbeeld groepsaanbod binnen herstelcentra en/of ambulante begeleiding vanuit de WMO). Om die zaken over organisaties heen meer aan elkaar te verbinden en concreet aangemelde patiënten te herplaatsen is de transfertafel een beproefde methode, o.a. uit de regio Rotterdam.

Casus wachtlijstscreening en transfers GGNet

Bij GGNet in Apeldoorn is in de periode oktober-februari fors ingezet op screening en transfer van de wachtlijsten. Het betreft 3 ambulante teams die van 268 wachtenden in oktober naar 46 wachtenden in februari zijn gegaan. Een opmerkelijk resultaat, aanmeldfunctionaris Nathalie vertelt: "door de wachtlijst minutieus te screenen en in overleg te gaan met mogelijke alternatieve zorg door partners in de regio hebben we de wachtlijst sterk kunnen reduceren waardoor we in Apeldoorn op dit moment binnen 7 weken alle intakes kunnen plannen. Hieruit is voor mij echt gebleken dat samenwerking werkt."

Succesvolle voorbeelden & belangrijke ontwikkelingen:

- [Transfertafel Rotterdam](#)
- [Crisis coördinatiepunt Apeldoorn](#)

Verbeterthema 4 Verwijsorganisatie (aanmeldingen via één verwijspunt verdelen/doorzetten incl. screening)

De verwijsorganisatie is dé regionale plek (van en door aanbieders) waar huisartsen en andere partners naar verwijzen voor doorverwijzing naar het totale ggz veld (vrijgevestigd, bggz, sggz, sociaal domein). De verwijsorganisatie screent de kwalitatieve verwijzingen en kijkt vanuit de verwijzing en screening naar de beste zorg op het juiste moment (rekening houdende met de wensen en situatie van de cliënt, de beschikbaarheid van zorg en de wachtlijsten). De verwijsorganisatie functioneert tevens als consultatiepunt voor huisartsen.

Het komende jaar zal worden gebruikt om te onderzoeken of de transfertafel vaste vorm kan worden gegeven in een regionale verwijsorganisatie. Deze verwijsorganisatie zal medio 2022 alle aanmeldingen van huisartsen in de regio doorzetten naar de best passende aanbieder op dat moment. Aanbieders houden een eigen wachtlijst en huisartsen blijven de mogelijkheid hebben rechtstreeks te verwijzen. De aantrekkelijkheid van de verwijsorganisatie moet voor de huisarts evident zijn (best mogelijke doorverwijzing binnen 1 week). Aanbieders participeren in de verwijsorganisatie en garanderen daarmee kwalitatieve verwijsstromen die de regionale wachtlijsten uitmiddelen.

Onderzocht moet worden of een verwijsorganisatie haalbaar is in financieel, organisatorische zin en of voldoende de mededinging en privacywetgeving kan worden geborgd. Hiervoor moet een separaat project met financiering voor worden opgetuigd. Een goed voorbeeld van een vergelijkbare organisatie is WIJS (Proviso) in Noord-Limburg.

NB de meningen m.b.t. de verwijsorganisatie lopen in de projectgroep behoorlijk uiteen. Sceptici geven aan dat het een bureaucratisch vehikel kan worden. Met deze signalen moet duidelijk rekening worden gehouden in het haalbaarheidsonderzoek.

Casus mevrouw Opstal

Mevrouw Opstal komt bij haar huisarts met depressieve klachten. Haar man is vorig jaar plotseling op jonge leeftijd overleden. De financiële lasten van hun gezamenlijke woonhuis en het gebrek aan financiële middelen dragen eraan bij dat haar somberheid ernstige vormen aanneemt. De huisarts doet via zorgdomein een verwijzing aan de regionale verwijzingsorganisatie en geeft daarbij duidelijk aan om welke klachten het gaat en hoe de context van de situatie eruitziet. In de verwijzingsorganisatie pakt de dienstdoende aanmeldfunctionaris de verwijzing, screent deze en zet de verwijzing door naar organisatie Cure4, de wachtlijst voor de poli in de buurt van mevrouw Opstal is 7 weken (kortste in de regio) en geeft ook mevr. Opstal de tip om de cursus rouwverwerking die over 2 weken start in het herstelcentrum te volgen. Binnen één week is de verwijzing doorgezet, de cliënt en huisarts zijn hierover geïnformeerd.

Succesvolle voorbeelden & belangrijke ontwikkelingen:

- [WIJS als onderdeel van Proviso in Noord-Limburg](#)

Verbeterthema 5 Overlegtafel (regionale 'vastgelopen' casuïstiek)

De overlegtafel is een frequente, korte casuïstiek bespreking met alle betrokken partijen in de regio waarbij alle vaste deelnemers (aanbieders, vertegenwoordiging sociale wijkteams, daarnaast huisartsen en vrijgevestigde o.b.v. inbreng) hun casuïstiek kunnen inbrengen waarbij ze vastlopen in de zorg én geen duidelijk doorverwijzing bekend is.

In de overlegtafel worden casussen ingebracht van cliënten die op de verkeerde plek zitten bij een aanbieder en waarvoor via de reguliere verwijs- en aanmeldroutes niet eenvoudig aanbod te vinden is. Behandelinhoudelijk eindverantwoordelijken nemen deel aan dit overleg. In de regio Eemland loopt dit overleg met veel succes nu 6 maanden. De overlegtafel heeft als belangrijk neveneffect het verstevigen van de bilaterale netwerkrelaties. Buiten dit overleg om leidt dit tot veel meer samenwerking en overdracht.

Succesvolle voorbeelden & belangrijke ontwikkelingen:

- [Overlegtafel Eemland](#)

Verbeterthema 6 Experttafel: rondom specifieke groepen experttafels maken om doorbraken te realiseren.

De experttafel is een tijdelijk tafel waarbij deelnemers inzoomen op een specifieke groep waarbij de wachtlijstproblematiek zeer significant is en om specifieke oplossingen vraagt. Hierbij is ook de rol van de verzekeraar en eventuele bovenregionale oplossingen gewenst.

De experttafel onderzoekt de grootste knelpunten voor specifieke doelgroepen. Deze doelgroepen hebben vaak specifieke diagnoses (bijvoorbeeld eetstoornissen of ASS) of kenmerken (laaggeletterdheid). Het doel van de experttafel is om in korte tijd tot een andere analyse te komen voor deze specifiek doelgroep en voorstellen te doen voor verbetering van de lange wachtduur. In overleg met betrokken partijen worden initiatieven vervolgens uitgerold om de bestaande situatie te verbeteren.

Verbeterthema 7 OZO verbindzorg voor communicatie rondom patiënten

OZO verbindzorg is het middel dat vanuit de client kan worden ingezet om zorgverleners en zijn systeem aan elkaar te verbinden. De laagdrempelig beschikbaarheid moet ervoor zorgen dat zowel naast betrokkenheid als de samenwerking tussen zorgprofessionals wordt verbeterd én eerder kan worden afgeschaald.

De EPA-taskforce heeft samen met gemeentes en huisartsenorganisaties gekozen om OZO verbindzorg te gebruiken om de verbinding en communicatie tussen cliënt, hun naasten en diverse professionals te verbeteren. Helaas wordt OZO in de regio voor ggz zorg nu slechts zeer beperkt gebruikt. Na besluitvorming en training is de implementatie verder achtergebleven.

Verbeterthema 8 Sneller afschalen/ overdragen vanuit sggz/ verminderen inzet sggz

Behandeling moet worden afgeschaald waar dat kan en cliënten en vervolgzorg moet kunnen vertrouwen op een snelle overname bij terugval. Regionale afspraken hierover moeten zorgen voor meer vertrouwen, snellere overdracht en vrijgekomen behandelcapaciteit.

Een grote kans om de behandelcapaciteit aan te wenden om de wachtduur te verkorten is het terugdringen van de behandelintensiteit. Dat kan bijvoorbeeld door aan de voorkant een ander echelon te selecteren (basis ggz i.p.v. sggz). Ook het voldoende én tijdig aandacht besteden in de behandeling aan terugvalpreventie (minimaal volgens de standaarden) zorgt voor een toekomstige vermindering van de zorgvraag. Daarnaast is het belang van tijdige afschaling en afsluiting enorm groot. Aanbieders gaan hier nu wisselend mee om. Ervaringen van o.a. Molemann met een terugkomgarantie (geen wachtduur, zelfde behandelaar) zijn erg positief. In de praktijk wordt dit lang niet altijd gebruikt, maar geeft het veel vertrouwen aan de client in de wetenschap dat hij/zij een vangnet heeft. Ook de overname door vervolgzorg is eerder geregeld wanneer een terugkeergarantie of consultatieafspraken kan worden gegeven.

Tenslotte is ook de huisarts gebaat bij een compact en concreet terugvaladvies. Daar ontbreekt het nu vaak aan. Belangrijk dat daarbij goed gekeken wordt naar de wens van de cliënt in relatie tot de informatieverstrekking aan de huisarts.

Verbeterthema 9 Herstelgericht werken: o.a. Uptake, HOI, nieuwe manier van werken 'van intake tot herstel van het gewone leven'. Ervaringsdeskundige inzetten vanuit herstelcentra.

Interventies vanuit de ggz incl. sociaal domein zijn erop gericht om het normale leven zelfstandig weer op te kunnen pakken. Daartoe wordt veel meer over domeinen heen samengewerkt en gebruik gemaakt van de trekkracht van ervaringsdeskundigen (vanuit herstelcentra)

De herstelgerichte aanpak is op dit moment geen integraal onderdeel van het verschillende behandel aanbod in de regio. Ervaringsdeskundigen worden wisselend en vaak vanuit behandelteams ingezet. Ook de herstel ondersteunende intake (HOI) met opzienbarende landelijke resultaten, wordt zover bekend in de regio nog niet toegepast. In het eerste kwartaal van 2021 wordt gestart met de Uptake. Deze multidisciplinaire intake wordt vanuit verschillende partijen vormgegeven in een pilot van 2x 12 verwezen patiënten en levert veel informatie op over de mogelijkheden in alle domeinen. De uitkomsten moeten worden vertaald naar bestaande en nieuwe intake en verwijzprocessen (zie boven).

Ook de herstelgerichte behandeling en de inzet van ervaringsdeskundigen vanuit de herstelcentra gaan een beweging op gang brengen van de behandel ggz naar het sociaal domein.

Succesvolle voorbeelden & belangrijke ontwikkelingen:

- Ervaringsdeskundigen Ixta Noa Zutphen
- [Herstel ondersteunende intake GGZ Noord Holland Noord & GGNet Winterswijk](#)

Verbeterthema 10 Inzet sociaal domein: Informatiepunten, kruispunten alternatieven vanuit sociaal domein inzichtelijk

Sociaal domein is integraal onderdeel van het ggz aanbod op en wordt op alle 'kruispunten' (van POH tot BHP-gesprek tot wijkteam) ingezet als waardevol en kosteneffectief aanbod

Op dit moment is het aanbod binnen het sociaal domein maar heel beperkt bekend bij alle verwijzers en zorgaanbieders in de regio (waar het de ggz betreft). Zowel de organisaties, als de verschillende producten van bijvoorbeeld de herstelcentra en Korak en Ixta Noa (nazorggroepen, zelfhulpgroepen, lotgenotencontact, inloop etc.) kan veel nadrukkelijker worden gebruikt voor, tijdens én na de behandeling van ggz cliënten. De enorme versnippering en ontwikkeling van het aanbod maakt het niet eenvoudig voor behandelaren om de sociale kaart actueel te houden en adequaat in te zetten. Hiervoor moeten structurele oplossingen komen die gedeeltelijk kunnen worden gezocht in de oplossing in de andere verbeterthema's.

Succesvolle voorbeelden & belangrijke ontwikkelingen:

- [Wachtverzachter Dronten](#)
- [Ondersteuning tijdens uw wachttijd GGNet](#)
- High five & EVEN

Aanpak

Alle verbeterthema's krijgen een werkgroep voorzitter. De werkgroep voorzitter formeert samen met een afvaardiging van de deelnemende organisaties een werkgroep (bijvoorbeeld projectgroep leden of andere inzake betrokken deskundigen). Uitzondering hierop is de verwijfsorganisatie, hiervoor moet een apart project worden opgestart, gezien de wijkwijdte en omvang van de doelstelling. De reeds lopende projecten Uptake & OZO worden vanuit de werkgroepen gevolgd en waar nodig voorzien van extra acties.

Werkgroep voorzitter

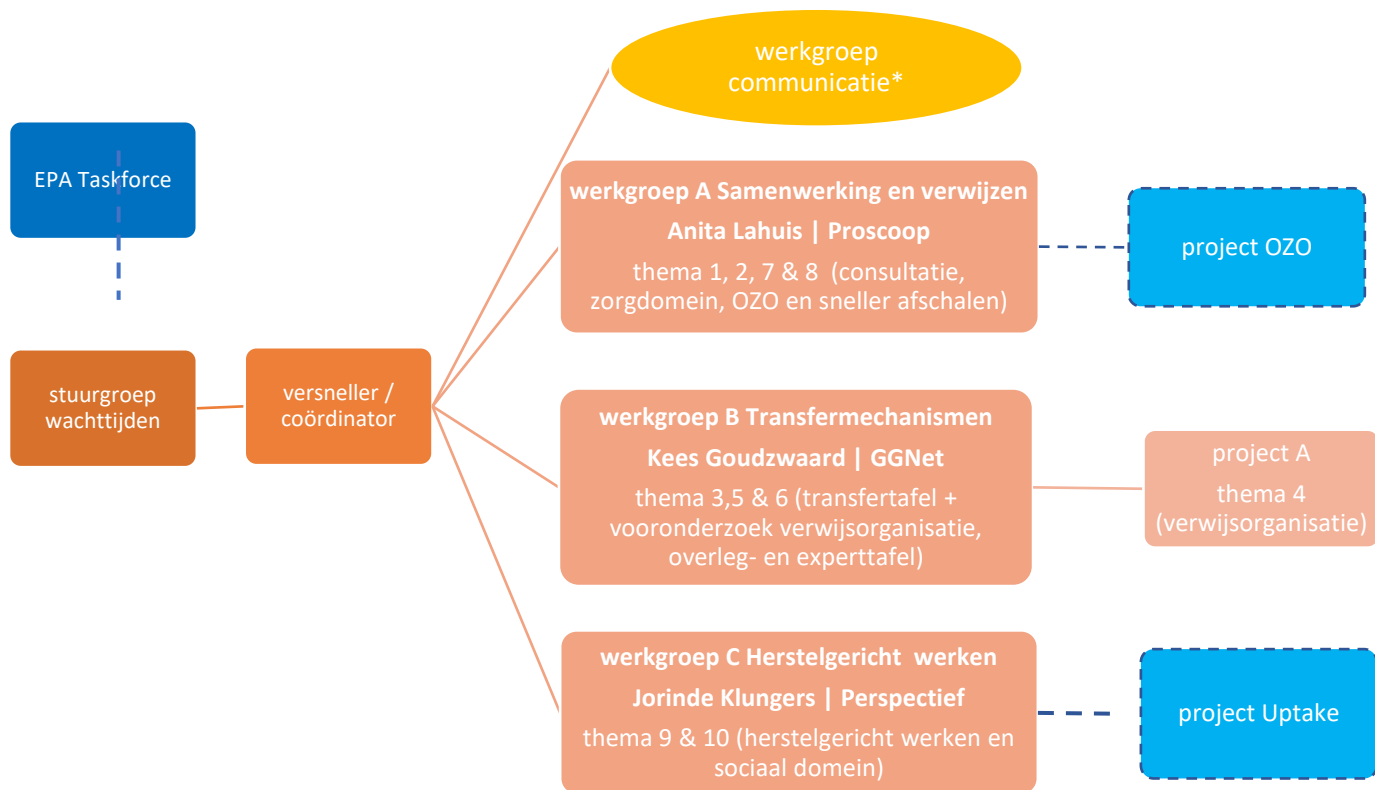
De werkgroep voorzitter is verbindend, bevoegd en geeft leiding aan de werkgroep. Hij/zij maakt samen met de werkgroep een plan om de doelstelling, mijlpalen en (deel-)resultaten te behalen. Telkens worden activiteiten voor een termijn van 4 weken vooruit gepland, op basis van de resultatenplanning. De kartrekker is 2-4 uur per week beschikbaar om aan het project bij te dragen.

Werkgroep deelnemers

Van een werkgroep deelnemer wordt verwacht dat hij/zij vanuit een breder perspectief en context bereid is mee te denken en werken aan de resultaten die nodig zijn om de doelstelling te bereiken. De deelnemer is 1-3 uur per week beschikbaar om aan het project bij te dragen.

Projectorganisatie en communicatiestructuur

De volgende projectorganisatie en communicatiestructuur



Overlegvorm	Frequentie	Deelnemers	Voorzitter
Stuurgroep overleg	1x per 4 weken	Stuurgroep + versneller	Regionaal portefeuillehouder wachtlijden
Wergroep voorzittersoverleg	1x per 4 weken	Versneller + wergroep voorzitters	Versneller
Wergroep overleg	1x per 2 weken	Wergroep voorzitter + wergroep leden	Wergroep voorzitter
Projectgroep	1x per 6 weken	Versneller + alle deelnemers	Versneller

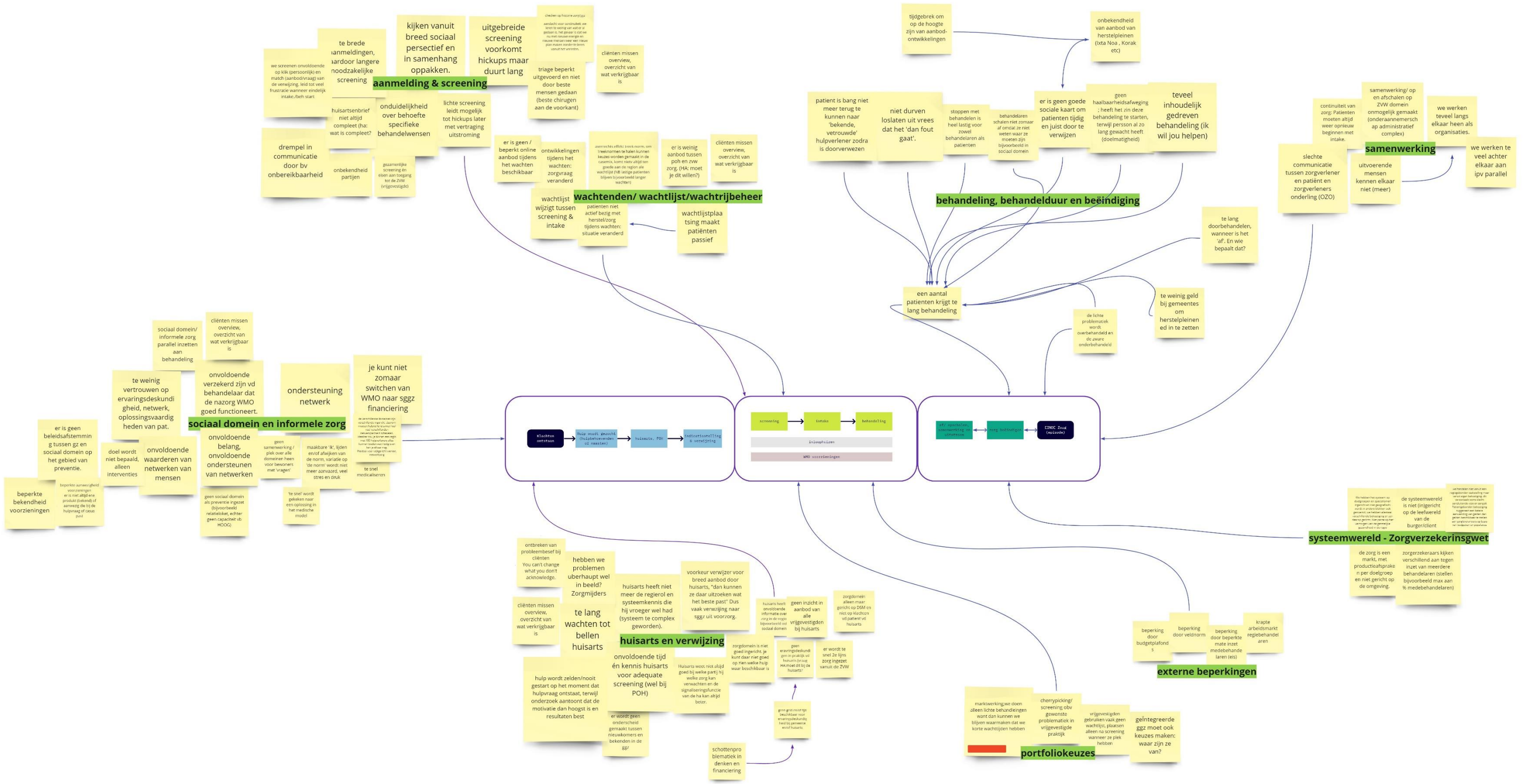
Communicatie naar professionals

Om de activiteiten, afspraken en resultaten in de regio goed te vertalen naar het uitvoerende veld waarin duizenden zorgprofessionals werkzaam zijn wordt een separaat communicatieplan gemaakt. De versneller zal dit oppakken met de nieuw op te richten stuurgroep. Hiervoor moet een werkgroep* worden ingericht waarin communicatiespecialisten van deelnemende organisaties betrokken worden

Projectplanning

De projectplanning wordt opgenomen in separate werkgroep plannen. Bij vaststelling van dit regioplan zijn die nog niet beschikbaar en derhalve hier niet opgenomen.

Bijlage 1 Brainstorm analyse wachttijden Apeldoorn-Zutphen december 2020



aanmelding & screening

- we screenen onvoldoende op klik (persoonlijk) en match (aanbodvraag) van de verwijzing, leidt tot veel frustratie wanneer eindelijk intake/bech start
- te brede aanmeldingen, daardoor langere noodzakelijke screening
- kijken vanuit breed sociaal perspectief en in samenhang oppakken.
- uitgebreide screening voorkomt hickups maar duurt lang
- checken op houder verwijzing
- aanbod voor controle, we weten de weg van wat er is geklaard is, het gevoel is dat we nu met twee mensen en twee mensen over een stukje zijn maar worden te veel vanuit het verleden.
- cliënten missen overzicht van wat verkrijgbaar is
- triage beperkt uitgevoerd en niet door beste mensen gedaan (beste chirurgen aan de voorkant)
- lichte screening leidt mogelijk tot hickups later met vertraging uitstroming
- er is geen / beperkt online aanbod tijdens het wachten beschikbaar
- ontwikkelingen tijdens het wachten: zorgvraag veranderd
- aanvragen vóór, links rechts, om te zien hoe het kan worden gemaakt in de regio, komt vaak al bij een grote aan de regio die wachtlijst heb, andere patiënten blijven bijvoorbeeld langer wachten
- er is weinig aanbod tussen poh en zww (HA: moet je dit willen?)
- cliënten missen overzicht van wat verkrijgbaar is
- we screenen onvoldoende op klik (persoonlijk) en match (aanbodvraag) van de verwijzing, leidt tot veel frustratie wanneer eindelijk intake/bech start
- hulpsartsbrief niet altijd compleet (ha: wat is compleet?)
- onduidelijkheid over behoefte specifieke behandelwensen
- drempel in communicatie door bv onbereikbaarheid
- onbekendheid partijen
- gezamenlijke screening en eisen aan toegang tot de ZWW (vrijgevestigde)

wachtenden/ wachtlijst/wachtrijbeheer

- patiënt is bang niet meer terug te kunnen naar 'bekende, vertrouwde' hulpverlener zodra is doorverwezen
- niet durven loslaten uit vrees dat het 'dan fout gaat'.
- stoppen met behandelen is heel lastig voor zowel behandelaren als patiënten
- er is geen goede sociale kaart om patiënten tijdig en juist door te verwijzen
- geen haalbaarheidsafweging: heeft het zin deze behandeling te starten, terwijl persoon al zo lang gewacht heeft (doelmatigheid)
- teveel inhoudelijk gedreven behandeling (ik wil jou helpen)
- patiënt is bang niet meer terug te kunnen naar 'bekende, vertrouwde' hulpverlener zodra is doorverwezen
- niet durven loslaten uit vrees dat het 'dan fout gaat'.
- stoppen met behandelen is heel lastig voor zowel behandelaren als patiënten
- er is geen goede sociale kaart om patiënten tijdig en juist door te verwijzen
- geen haalbaarheidsafweging: heeft het zin deze behandeling te starten, terwijl persoon al zo lang gewacht heeft (doelmatigheid)
- teveel inhoudelijk gedreven behandeling (ik wil jou helpen)
- een aantal patiënten krijgt te lang behandeling
- de lichte problematiek wordt overbehandeld en de zware onderbehandeld
- te lang doorbehandelen, wanneer is het 'af'. En wie bepaalt dat?
- te weinig geld bij gemeentes om herstelpleinen ed in te zetten
- slechte communicatie tussen zorgverlener en patiënt en zorgverleners onderling (OZO)
- uitvoerende mensen kennen elkaar niet (meer)
- samenwerking / op en afschalen op ZWW domein onmogelijk gemaakt (onderaannemerschap administratief complex)
- we werken te veel achter elkaar aan ipv parallel
- we werken te veel achter elkaar aan ipv parallel

behandeling, behandelduur en beëindiging

- een aantal patiënten krijgt te lang behandeling
- de lichte problematiek wordt overbehandeld en de zware onderbehandeld
- te lang doorbehandelen, wanneer is het 'af'. En wie bepaalt dat?
- te weinig geld bij gemeentes om herstelpleinen ed in te zetten
- slechte communicatie tussen zorgverlener en patiënt en zorgverleners onderling (OZO)
- uitvoerende mensen kennen elkaar niet (meer)
- samenwerking / op en afschalen op ZWW domein onmogelijk gemaakt (onderaannemerschap administratief complex)
- we werken te veel achter elkaar aan ipv parallel
- we werken te veel achter elkaar aan ipv parallel

sociaal domein en informele zorg

- er is geen beleidsafstemming tussen ggz en sociaal domein op het gebied van preventie.
- doel wordt niet bepaald, alleen interventies
- onvoldoende waarden van netwerken van mensen
- onvoldoende belang, onvoldoende ondersteunen van netwerken
- geen sociaal domein als preventie ingezet (bijvoorbeeld relatiekete, echter geen capaciteit v.b. HOOQ)
- geen samenwerking / plek over alle domeinen heen voor bewoners met 'vragen'
- maakbare 'ik' lijden ernst afhangen van de norm, variatie op 'de norm' wordt niet meer aanvaard, veel stres en druk
- te snel wordt gekeken naar een oplossing in het medische model
- je kunt niet zomaar switchen van WMO naar sggz financiering
- ondersteuning netwerk
- onvoldoende verzekerd zijn vd behandelara dat de nazorg WMO goed functioneert.
- cliënten missen overzicht van wat verkrijgbaar is
- sociaal domein/ informele zorg parallel inzetten aan behandeling
- te weinig vertrouwen op ervaringsdeskundigheid, netwerk, oplossingsvaardigheden van pat.
- beperkte bekendheid voorzieningen
- beperkte aanwezigheid voor zorgverlener en in niet altijd era aanwezig die bij de huisarts of ggz past

huisarts en verwijzing

- ontbreken van probleembesef bij cliënten
- hebben we problemen überhaupt wel in beeld? Zorgmijders
- cliënten missen overzicht van wat verkrijgbaar is
- te lang wachten tot bellen huisarts
- hulp wordt zelden/nooit gestart op het moment dat hulpvraag ontstaat, terwijl onderzoek aantoont dat de motivatie dan hoogst is en resultaten best
- er wordt geen onderscheid gemaakt tussen nieuwkomers en bekenden in de ggz
- schottenproblematiek in denken en financiering
- onvoldoende tijd én kennis huisarts voor adequate screening (wel bij POH)
- Huisarts weet niet altijd goed bij welke partij hij welke zorg kan verwachten en de signaliseringsfunctie van de ha kan al bij beter.
- voorkeur verwijzer voor breed aanbod door huisarts, "dan kunnen ze daar uitzoeken wat het beste past" Dus vaak verwijzing naar sggz uit voorzorg.
- huisarts heeft onvoldoende informatie over zorg in de regio (bijvoorbeeld met sociaal domein)
- geen inzicht in aanbod van alle vrijgevestigden bij huisarts
- zorgdomein alleen maar gericht op DSM en niet op lichthoudende huisarts
- er wordt te snel te lijns zorg ingezet vanuit de ZWW
- geen eraringdeskundigen in praktijk van huisarts (hoop) maar moet dit bij de huisarts
- zorgdomein is niet goed ingericht, je kunt daar niet goed op 'ten welke hulp waar beschikbaar is
- er wordt te snel te lijns zorg ingezet vanuit de ZWW
- geen eraringdeskundigen in praktijk van huisarts (hoop) maar moet dit bij de huisarts
- zorgdomein is niet goed ingericht, je kunt daar niet goed op 'ten welke hulp waar beschikbaar is

extern beperkingen

- beperking door budgetplafonds
- beperking door veldnorm
- beperking door beperkte mate inzet medebehandelaren (eet)
- krachte arbeidsmarkt gebieden
- marktwerking: we doen alleen lichte behandelingen want dan kunnen we blijven waarmaken dat we korte wachttijden hebben
- cherry picking / screening obv gewenste problematiek in vrijgevestigde praktijk
- vrijgevestigden gebruiken vaak geen wachtlijst, plaatsen alleen na screening wanneer ze plek hebben
- geïntegreerde ggz moet ook keuzes maken: waar zijn ze van?

systeemwereld - Zorgverzekeringwet

- de zorg is een markt, met productiefactoren en niet gericht op de omgeving.
- zorgverzekeraars kijken verschillend aan tegen inzet van meerdere behandelaren (stellen bijvoorbeeld max aan % medebehandelaren)
- de systeemwereld is niet ingericht op de leefwereld van de burger/client
- de zorg is een markt, met productiefactoren en niet gericht op de omgeving.
- zorgverzekeraars kijken verschillend aan tegen inzet van meerdere behandelaren (stellen bijvoorbeeld max aan % medebehandelaren)

Bijlage 2 Analyse wachtlijsten 2019 & 2020 (bron: Vektis, wegvandewachtlijst.nl)

Wachtlijst Apeldoorn-Zutphen 2019-2020 (bron: Vektis, wegvandewachtlijst.nl)

organisatie	kwartaal	jaar	NL positie (totaal 31 regio's)	Pervasiëf	Persoonlijkheid	Aandachttekorten-gedrag	Restgroep diagnoses, andere aandoeningen	Eetstoornissen	Angst	Depressie	Schizofrenie	Overige stoornissen kindertijd	Bipolair en overig	Overig Middel	Somatoform	Alcohol	Basis GGZ	Delirium, dementie en overig	rekenkundig gemiddelde
regio	maart	2019	13	21	19	11	8	22	13	10	12	19	18	5	13	7	8	15	13
regio	juni	2019	21	20	17	15	10	18	14	10	9	20	7	7	9	6	8	9	12
regio	september	2019	15	17	16	13	17	24	16	11	13	15	14	9	11	6	9	6	13
regio	december	2019	8	20	22	14	21	22	14	14	14	16	21	4	12	12	11	9	15
regio	maart	2020	8	23	22	22	19	28	15	14	10	19	13	12	14	9	10	6	16
regio	juni	2020	16	15	25	13	10	24	16	11	11	10	11	6	14	6	9	8	13
regio	september	2020	16	17	13	17	13	29	17	12	12	17	8	7	13	6	9	13	14
regio	december	2020	19	20	23	15	14	20	17	16	6	7	13	6	13	7	11	9	13

Ad 1 De positie in NL (4^e kolom) is de relatieve positie in de kwartaalrangschikking van Vektis (te vinden op wegvandewachtlijst.nl, waarbij de 1e positie de langste wachttijden heeft).

Ad2 In de kolommen is de ongewogen wachtduur in weken opgenomen. Dat staat gelijk aan het rekenkundig gemiddelde van de aangeleverde wachtlijstgegevens. Met ingang van het eerste kwartaal van 2021 wordt ook het wachtvolume aan Vektis doorgegeven. Dat zal in de volgende analyse worden meegenomen om de knelpunten in doelgroepen te bepalen.

Wachttijd Apeldoorn-Zutphen december 2020 (bron: Vektis, wegvandewachttijd.nl)

Wachttijdinformatie voor de regio: APELDOORN/ZUTPHEN E.O.
Periode: December - 2020

Onderneming	Vestiging	Persoonlijkheid	Angst	Depressie	Pervasief	Aandachttekort en -gedrag	Somatoforme stoornissen	Basis GGZ	Restgroep diagnoses, andere aandoeningen	Bipolair en overig	Eetstoornissen	Overige stoornissen kindertijd	Schizofrenie	Alcohol gebonden	Overige aan middel gebonden stoornissen	Delirium dementie en overig
Molemann Mental Health B.V.	MoleMann Apeldoorn - APELDOORN	42	42	42	42	42	42	42	42	42		42	42			
STICHTING GGNET	STICHTING GGNET - WARNSVELD	21	16	21	5	5			3							
	GGNET - RGC ZUTPHEN - ZUTPHEN	24	8	7	10	10	16	8		10	20		8			5
	GGNET - RGC APELDOORN - APELDOORN	33	32	20	26	24	6	10	14	7	6		2			12
STICHTING LENTIS MAATSCHAPPELIJKE ONDERNEMING	PSYQ APELDOORN - APELDOORN	34	26	24	38	32	21	18	18	18	18					
PRAKTIJK VOOR PSYCHIATRIE EN PSYCHOTHERAPIE HAGEDOORN BV - HEERDE	PRAKTIJK VOOR PSYCHIATRIE EN PSYCHOTHERAPIE HAGEDOORN BV - HEERDE	26	26	26	26	26	26	26			26	26				
AT.GROEP ZORG B.V.	AT.GROEP ZORG APELDOORN - APELDOORN	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
Stichting PsyNovo	Stichting PsyNovo - BRUMMEN	10	10	10	10	10	10	10		10	10	10	10	10	10	10
STICHTING TACTUS VERSLAVINGSZORG (PZ REGIO ARNHEM)	LOCATIE HOUTWAL ZUTPHEN - ZUTPHEN							5						6		4
	LOCATIE MARIANNAAN APELDOORN - APELDOORN							8						8		7
	LOCATIE DE LINIE APELDOORN - APELDOORN							8						8		7
HSK Groep	HSK Apeldoorn - APELDOORN		11	11				11	11	11						
GELRE ZIEKENHUIZEN (PAAZ)	GELRE ZIEKENHUIZEN (PAAZ) - APELDOORN	4	4	4				9		4	4	4	4	4	4	4
DE ZORGKLINIEK	DE ZORGKLINIEK (LOCATIE HOENDERLOO) - HOENDERLOO	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
LEGER DES HEILS GGZ EN VERSLAVINGSZORG (PZ REGIO ARNHEM)	LEGER DES HEILS GGZ EN VERSLAVINGSZORG (PZ REGIO ARNHEM) - UGCHELEN													12	12	
IRISZORG ARNHEM E.O.	IrisZorg Apeldoorn - BEEKBERGEN							5						5	5	
Argo Instelling voor ambulante GGZ B.V.	Argo Instelling voor ambulante GGZ B.V. - LOCHEM	0	0	0	0	0	0	0		4	0	0	0	0	0	0

Ad 1 Deze meest recente rapportage van de wachttijd (voor behandeling in weken) laat zien dat de verschillen tussen (onderdelen van) organisaties groot is. Voor veelvoorkomende diagnosegroepen (CMD) als angst en depressie tussen de 7 en 42 weken geen uitzondering (enkel de betrokken instellingen).