

Werkkaart samenwerken aan een toegankelijke ggz: een uitwerking van rollen, taken en verantwoordelijkheden

Werkt u in de regio samen, dan kunt u deze kaart gebruiken om afspraken met elkaar te maken

Wachttijden in de ggz en belang samenwerking

Al jaren zijn de wachttijden in de ggz te hoog. Hierdoor bestaat het risico dat de mensen die dit nodig hebben niet op tijd passende zorg krijgen. Er zijn **meerdere oorzaken**, waaronder:

- De wachttijden zijn niet 'het' probleem van alleen de ggz, maar ook een symptoom van onderliggende problemen zoals armoede en eenzaamheid. We moeten een omslag maken naar een andere omgang met psychische kwetsbaarheden en naar het ontwikkelen van mentale gezondheid. Deze verandering in perspectief is noodzakelijk om toe te werken naar een ggz waarin mensen die de ggz echt nodig hebben ook snel terecht kunnen
- Het aanbod knelt door het hoge personeelstekort. Tegelijkertijd zien we dat de beschikbare capaciteit nog niet optimaal wordt ingezet doordat partijen nog onvoldoende samenwerken.

Zie www.wegvandewachtlijst.nl voor actuele cijfers over de wachttijden, achterliggende oorzaken, de landelijke ontwikkelagenda toegankelijkheid en wachttijden ggz, en voor verhalen uit de regio. De website is bedoeld voor zorgverleners, cliëntorganisaties, zorgverzekeraars en gemeenten die samen op zoek zijn naar oplossingen.

WEG VAN DE WACHTLIJST

Samenwerking binnen de ggz helpt om de capaciteit beter te benutten. Om de wachttijden terug te dringen is meer nodig en moeten partijen over de domeinen heen samenwerken.

Deze **werkkaart** verduidelijkt wat er verwacht wordt van partijen in deze samenwerking en kan gebruikt worden om met elkaar de juiste afspraken te maken.

Opgesteld door partners van de landelijke ontwikkelagenda toegankelijkheid en wachttijden ggz

Leeswijzer:

- Wat hebben we afgesproken in het actieplan wachttijden
- Wat kunnen we verwachten van een regionale taskforce
- Hoe ga je aan de slag?
- Wat mag je van elkaar verwachten?
- Voorbeelden uit de regio

Landelijke ontwikkelagenda toegankelijkheid en wachttijden ggz

Ook op landelijk niveau werken partijen samen. De samenwerkende partners (zie achterzijde) hebben hun focus verbreed van het terugdringen van wachttijden naar het verbeteren van de toegankelijkheid van de ggz. Alleen met deze verbreding kunnen wachttijden teruggedrongen worden. Dat doen zij door zich te richten op 3 doelen (zie figuur). Dit vraagt om acties in de regio's en hiervoor is het cruciaal dat alle samenwerkende partijen duidelijkheid hebben over ieders rol, taken en verantwoordelijkheden.



Wat hebben we afgesproken voor de aanpak wachttijden

De partners hebben met elkaar en met het ministerie van VWS afgesproken dat er in elke regio een **regionale taskforce** is. Een Regionale taskforce is een samenwerkingsverband dat zich ten minste richt op de aanpak van de oorzaken van de wachtlijsten door gezamenlijk de basis op orde te brengen. Het staat de taskforce vrij om de inzet te verbreden en in te zetten op een toekomstbestendige inrichting van zorg en ondersteuning voor mensen met mentale hulpvragen. Ook verbreding naar andere hulpvragen en sectoren is mogelijk.

In de tussentijd, zullen er mensen wachten op passende / geschikte zorg. Voor hen geldt:

- Dat zij bij hun verzekeraar terecht kunnen voor **zorgbemiddeling**;
- Als mensen te lang moeten wachten, is er een **transfermechanisme** in de regio.
- Als mensen een hoog complexe zorgvraag hebben waarvoor zij geen passende zorg kunnen vinden, is er een **bovenregionale tafel hoog complexe casuïstiek**.
- Als mensen tussen wal en schip dreigen te vallen en het is partijen niet gelukt om via reguliere kanalen (verwijzing en zorgbemiddeling) of met het **transfermechanisme of bovenregionale tafel hoog complexe casuïstiek** een passende / geschikte behandelplek te vinden dan kan gebruik worden gemaakt van de regionale doorzettingsmacht.
- Lukt dit niet, dan kan de minister ingeschakeld worden die dan gebruik maakt van zijn of haar **doorzettingsmacht**.



Transfermechanisme: deelnemers (vanuit ggz aanbieders) geven inzicht in elkaars wachtlijsten en capaciteit. De deelnemers hebben mandaat vanuit hun organisatie om wachtenden over te dragen aan een andere aanbieder of om aan wachtenden over te nemen. Dit werkt alleen als ggz aanbieders alle patiënten die langer bij hen dan de treetnorm op zorg wachten, inbrengen bij het transfermechanisme. Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk om eventuele inkoopgerelateerde belemmeringen weg te nemen. Dit kan het ophogen van een omzetplafond zijn. Zij kunnen ook via zorgbemiddeling verwijzen naar (bovenregionaal) alternatief aanbod.



Bovenregionale tafel hoog complexe casuïstiek: deelnemers (vanuit ggz aanbieders) organiseren passende zorg voor patiënten die dit nu niet krijgen omdat hun zorgvraag dermate complex is. Dit werkt alleen als alle patiënten met een dermate hoog complexe zorgvraag, die voldoen aan de landelijk opgestelde inclusiecriteria, worden aangemeld. Dat betekent dat als een ggz aanbieder een patiënt niet in zorg kan nemen omdat de zorgvraag dermate complex is en ook niet kan verwijzen, de ggz aanbieder deze patiënt aanmeldt bij de bovenregionale hoog complexe casuïstiek tafel. Hetzelfde geldt voor huisartsen, verzekeraars en cliëntvertegenwoordigers die zien dat een patiënt tussen wal en het schip dreigt te vallen.



Regionale doorzettingsmacht: bestuurders van de ggz aanbieders, zorgverzekeraars en andere relevante partners in de regio zijn verantwoordelijk voor het vinden van een passende / geschikte behandelplek als dit via voorgaande overlegstructuren niet is gelukt. Zie de handreiking regionale doorzettingsmacht op www.wegvandeweglijst.nl voor een verdere uitwerking.

Voorliggende werkkaart is beschikbaar voor partijen in de regio om de samenwerking rond de aanpak wachttijden vorm te geven. Het komend jaar vragen we ervaringen op bij het gebruik van deze kaart. Op basis van deze ervaringen, scherpen we de kaart weer verder aan. We horen graag uw ervaringen via info@wegvandewachtlijst.nl. Publicatiedatum: 18 maart 2022.

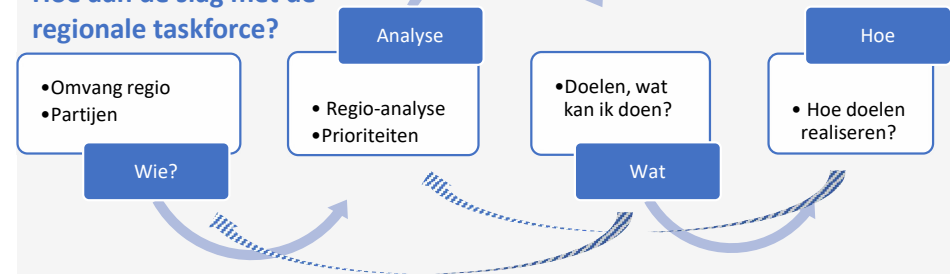
Werkkaart regionale aanpak wachttijden ggz: een uitwerking van rollen, taken en verantwoordelijkheden

Rollen, taken en verantwoordelijkheden regionale taskforce

Er is een wettelijke basis voor de rollen, taken en verantwoordelijkheden van elk van de samenwerkende partners (zie pagina 3). Tegelijkertijd zien we dat de partners elkaar nodig hebben om hieraan te kunnen voldoen. Een zorgverzekeraar kan zonder inspanningen van verwijzers en GGZ aanbieders gericht op zinnige zorg in tijden van toenemende schaarste (bijna) niet voldoen aan de zorgplicht. De huisarts kan zijn taken niet volledig nakomen als de druk door beperkte beschikbaarheid van ggz-zorg en / of ondersteuning vanuit het sociale domein te hoog wordt. En ook omgekeerd geldt dit. Er zijn veel wederzijdse afhankelijkheden waardoor regionale samenwerking nodig is. Er is nog geen wettelijke basis voor de rollen, taken en verantwoordelijkheden van samenwerkingsverbanden. Wel kunnen we benoemen **wat we met elkaar verwachten van een regionale taskforce**:

- **Inzicht in zorgbehoefte en zorgaanbod in de regio:** partijen hebben in kaart gebracht wie nu gebruik maakt van ggz-zorg en wat de verwachtingen zijn t.a.v. ontwikkeling van deze groep. Daarnaast hebben ze het aanbod in beeld en weten ze waar het knelt. Ze maken hierbij onderscheid in de verschillende diagnosegroepen. Ze maken hiervoor gebruik van declaratie-, wachttijden-, verwijs- en andere data. Op dit moment wordt er gewerkt aan ZPM spiegelinformatie en verwijsgegevens.
- **Aanbod van zorg en ondersteuning goed in beeld:** partijen weten wat er aan zorg- en ondersteuningsaanbod beschikbaar is en hoe zij hiernaar kunnen verwijzen.
- **Optimaal gebruik van beschikbare regionale ggz capaciteit:** ggz partijen zorgen samen voor goed inzicht in de beschikbare regionale capaciteit. Dat doen zij door inzicht te geven in hun wachtlijsten en mee te werken aan transfers. Het inzicht in ggz capaciteit is beschikbaar voor verwijzers en die nemen deze informatie mee in hun verwijzing.
- **Analyse van oorzaken van wachttijden en uitwerking van oplossingsrichtingen:** partijen brengen de oorzaken van de wachttijden in beeld en werken oplossingsrichtingen uit. Een vraag die hierbij gesteld moet worden, is of inwoners nu de juiste zorg en ondersteuning krijgen. Dat kan door met elkaar casuïstiek te bespreken en vragen te beantwoorden als 'zijn er mensen die meer gebaat zouden zijn bij een integraal aanbod vanuit het sociaal domein en de ggz, maar die nu alleen vanuit de ggz geholpen worden?'. Een andere vraag is of partijen een gezamenlijk verhaal vertellen en hier ook naar handelen. Als je met elkaar wat wilt doen aan de instroom en scherpere verwijscriteria opstelt, is het ook belangrijk dat iedereen daar naar handelt zowel door verzekeraars (zorgbemiddeling), verwijzers als aanbieders.
- **Een duidelijke inrichting van de governance:** landelijk is afgesproken dat er in elke regio een regionale taskforce wachttijden is. Deze werkt alleen als de regionale taskforce een duidelijk doel en aanpak heeft vastgesteld. Verder is het belangrijk dat alle partijen, die een rol in de aanpak hebben, hierin zitting hebben. De deelnemers aan deze taskforce hebben voldoende mandaat. Zij kunnen namens de partij of samenwerkende partijen die zij vertegenwoordigen, afspraken maken.
- **Monitoring van afspraken:** partijen hebben afspraken gemaakt over hoe zij de acties gericht op de toegankelijkheid van de ggz (waaronder het terugdringen van de wachtlijsten) monitoren.

Hoe aan de slag met de regionale taskforce?



- Vertrekpunt is zorgkantoorindeling in regio's.
- Welke samenwerkingsverbanden en relaties zijn er al binnen de regio?
- Wie zijn de belangrijkste partijen?
- Zorg voor afvaardiging met mandaat.
- Breng de regio in beeld door data en informatie te delen.
- Hoe ziet de (ggz)zorgvraag eruit? En het aanbod?
- Wat gaat goed en wat niet? => knelpunten en kansen.
- Stel doelen, waarbij als minimum geldt: de basis op orde.
- Formuleer doelen vanuit eigen of gezamenlijke invloedssfeer.
- Stel vast waar je andere partijen nodig voor hebt.
- Stel vast waar je morgen mee aan de slag kunt en waarvoor meer tijd nodig is.
- Maak een planning.
- Wissel uit met andere regio's en leer van elkaar.
- Evalueer en stuur bij.



Het is niet haalbaar en wenselijk om alle relevante partijen afzonderlijk aan tafel te krijgen. Zorg voor een goede afvaardiging met mandaat. Dat kan door:

- ❖ **Huisartsen te benaderen via de regio-organisatie:** een groot deel van de huisartsen is georganiseerd in een regio-organisatie. Zie www.hechthehuisartsenzorg.nl voor een overzicht.
- ❖ **Aan te sluiten bij de samenwerkingsagenda tussen gemeenten en zorgverzekeraars:** in 2019 heeft de Vereniging Nederlandse Gemeenten afspraken gemaakt met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) over landsdekkende en structurele samenwerking in de regio, op tenminste de thema's ouderen, ggz en preventie. Zoek aansluiting bij deze structuur, weet wat daar op de agenda staat en kijk hoe je elkaar kunt versterken. Is bijvoorbeeld een betere aansluiting tussen het zorgaanbod en ondersteuning nodig via betere inkoopafspraken, agendeer dit dan op de samenwerkingsagenda in de regio.
- ❖ **Het sociaal domein te benaderen via het wijkteam of lokale sociaalwerkorganisatie:** in elke gemeente is een wijkteam of sociaalwerkorganisatie actief. Deze organisaties hebben het aanbod vanuit het sociaal domein goed in beeld en zijn een goede toegang hiertoe. Gebruik deze organisaties daarom als vertrekpunt. Daarnaast is het relevant om bij de gemeente uit te vragen of zij zelf uitvoerder zijn of alles hebben uitbesteed.

Werkkaart regionale aanpak wachttijden ggz: een uitwerking van rollen, taken en verantwoordelijkheden

Rollen, taken en verantwoordelijkheden afzonderlijke partners in de regio



• **Volwassene met hulpvraag:** openheid is nodig om tot een goede vraagverheldering te komen. Een behandelrelatie vergt een actieve rol van de patiënt om aan zijn / haar gezondheid te werken en reële verwachtingen t.a.v. de zorgverlening op basis van goede voorlichting hierover. **Cliëntondersteuner:** is onafhankelijk en helpt burgers bij het verkrijgen van zorg of ondersteuning uit de Jeugdwet, de Wmo, de Participatiewet, de Wlz, de Zvw. Cliëntondersteuning is een recht. Iedere gemeente en elk zorgkantoor is verplicht onafhankelijke cliëntondersteuning te bieden. In de praktijk is dit nog niet overal goed geregeld. De samenwerkende partners hebben hier aandacht voor.



• **GGZ:** verleent goede zorg (gedefinieerd in kwaliteitsstandaarden) en verschaft informatie over behandeling en wachttijden. De ggz aanbieder / -zorgverlener heeft invloed op de **instroom en doorstroom** door in de intake vast te stellen of de patiënt juist is verwezen en wat de beste behandeling is. De effectiviteit van de behandeling is in belangrijke mate bepalend voor de **uitstroom**. De ggz heeft ook een verantwoordelijkheid in het voorkomen van terugval. Dit lukt alleen in goede samenwerking met aanbieders vanuit het sociale domein en de huisarts. Deze samenwerking is cruciaal voor de instroom, doorstroom en uitstroom aangezien er sprake kan zijn van onderliggende problematiek.



• **Huisarts:** biedt generalistische, persoonsgerichte en continue zorg (kernwaarden, NHG). De huisarts verheldert samen met de patiënt de hulpvraag en maakt een inschatting van de aard en ernst van de problematiek. Bij lichte en veelvoorkomende klachten behandelt en begeleidt de huisarts – met ondersteuning van de POH-ggz – de patiënt zelf. Is het complexer en / of is er meer aan de hand dan verwijst de huisarts naar de basis of specialistische ggz en / of naar het sociaal domein. De huisarts heeft invloed op de instroom (wel of geen ggz nodig) en toeleiding naar de juiste zorg en ondersteuning. Dat lukt alleen als er voldoende verwijsmogelijkheden zijn voor mensen met sociale problematiek of ernstige psychische klachten. Huisartsen zijn (grotendeels) verenigd in een **regio-organisatie**, die op bepaalde onderwerpen mandaat heeft om met andere zorgpartners (werk)afspraken te maken.



• **Verzekeraar:** heeft een zorgplicht, dat betekent voldoende zorg inkopen en sturen op gepast gebruik. Tegelijk heeft een zorgverzekeraar ook een plicht om de zorg betaalbaar te houden. Dit kan wringen. Als het nodig is, bemiddelt een verzekeraar een verzekerde naar zorg. Een verzekeraar heeft een signaleringsfunctie. Op basis van data over zorggebruik en signalen vanuit zorgaanbieders en verzekerden, kan een verzekeraar knelpunten signaleren met betrekking tot de aansluiting tussen vraag en aanbod. Dat betekent dat een verzekeraar zicht heeft op de wachtlijsten en -tijden in de regio en hier ook naar handelt. Dit lukt alleen als ggz aanbieders transparant zijn over hun wachtlijsten en -tijden. Dit handelen kan via inkoopafspraken met zorgaanbieders en door samen te werken met relevante partners in de regio om zo de beschikbaarheid, tijdigheid en kwaliteit van het zorgaanbod te verbeteren. De verzekeraar heeft vooral invloed op de **aanbodzijde** en beperkte invloed op de vraag via de polisvoorwaarden.



• **Gemeente:** is verantwoordelijk voor de ondersteuning van mensen die niet op eigen kracht zelfredzaam zijn. De gemeente maakt afspraken met het sociale domein gericht op participatie en zelfredzaamheid. Daarnaast heeft de gemeente een taak als het gaat om schuldhulpverlening en het begeleiden van mensen naar werk. De gemeente heeft daarmee een verantwoordelijkheid om mensen te helpen in domeinen die sterk gerelateerd zijn aan het domein van mentale gesteldheid. De gemeente is daarmee verantwoordelijk voor de ondersteuning aan mensen met hulpvragen op het mentale vlak en heeft daarmee vooral invloed op de **in-, en uitstroom** binnen de ggz. De gemeente is primair verantwoordelijk (wettelijk en financieel) voor veel sociale basisvoorzieningen, zoals sociaal werk/welzijn, schuldhulpverlening, onderwijs, opvoedingsondersteuning en inburgering.



• **Sociale domein:** het sociale domein bestaat uit alle organisaties, diensten en voorzieningen die mensen ondersteunen, leefbaarheid vergroten en participatie (het 'meedoen') in de maatschappij bevorderen. Het heeft een formele en een informele component. Formeel: organisaties, diensten en voorzieningen die burgers professionele ondersteuning bieden. Informeel: burgers individueel of in collectieve verbanden die zelf bijdragen aan de sociale infrastructuur (civil society). Het hele sociale domein raakt de ggz en samenwerking is daarom onontbeerlijk. Aan een psychische hulpvraag (**instroom**) liggen soms andere problemen ten grondslag, bijvoorbeeld schulden, eenzaamheid of problemen met huisvesting. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat een behandeling minder effectief (**uitstroom**) is als er geen aandacht is voor problemen op andere domeinen zoals huisvesting.

Met deze werkkaart willen we lokale en regionale samenwerking bevorderen. Partijen kunnen lokaal veel doen, maar zij zijn afhankelijk van **landelijke partijen en wet- en regelgeving**. VWS is verantwoordelijk voor het stelsel en kan wijzigingen voorstellen om bijvoorbeeld meer domeinoverstijgende financieringsmogelijkheden te creëren. De NZa heeft een toezichthoudende rol en ziet bijvoorbeeld toe op transparante informatie over wachtlijsten. Dergelijke randvoorwaarden zijn noodzakelijk voor een effectieve aanpak. De samenwerkende partijen (op de achterzijde) spannen zich hiervoor in.

Voorliggende werkkaart is beschikbaar voor partijen in de regio om de samenwerking rond de aanpak wachttijden vorm te geven. Het komend jaar vragen we ervaringen op bij het gebruik van deze kaart. Op basis van deze ervaringen, scherpen we de kaart weer verder aan. We horen graag uw ervaringen via info@wegvandewachtlijst.nl. Publicatiedatum: 18 maart 2022.



MI
ND



Deze werkkaart is een co-productie van
de samenwerkende partners van de
landelijke ontwikkelagenda
toegankelijkheid en wachttijden GGZ



landelijke
huisartsen
vereniging



Zorgverzekeraars
Nederland

de
Nederlandse
ggz