

### Q&A regionale doorzettingsmacht

**Toelichting:** deze vragen zijn gesteld tijdens de twee webinars over regionale doorzettingsmacht. Mocht dit document vragen oproepen, stel ze gerust via [info@wegvandewachtlijst.nl](mailto:info@wegvandewachtlijst.nl) dan vullen we dit document daar weer mee aan.

#### 1. Wat is de aanleiding van de regionale doorzettingsmacht?

Ondanks alle inzet van alle relevante partijen in de regio, zijn er nog steeds mensen die tussen wal en schip vallen. De regionale doorzettingsmacht heeft als doel om dit te voorkomen.

#### 2. Wat is de ontstaansgeschiedenis van RDM?

RDM is, op voorspraak van Mind, eerder geland in het Regeerakkoord van Rutte III (zie pagina 15 van dit Akkoord):

“Als blijkt dat de lopende afspraken om wachtlijsten in de GGZ te verkorten, onvoldoende werken, nemen we zo nodig aanvullende maatregelen, zoals het organiseren van een regionale doorzettingsmacht. Binnen de bestaande budgettaire kaders werken we in overleg met de verzekeraars en de GGZ-sector aan de intensivering en opbouw van de ambulante GGZ.”

Met de huidige handreiking biedt VWS samen met de landelijke stuurgroep een kader hiervoor.

#### 3. Kunnen patiënten zichzelf aanmelden voor of opschalen binnen RDM?

Zie hiervoor de handreiking; het is niet aan de patiënt zelf om zich te aanmelden, op te schalen of te escaleren. Een patiënt wordt voor rdm aangemeld door een verwijzer, ggz-aanbieder, verzekeraar, cliëntondersteuner of door de Unit Complexe Zorgvragen van VWS.

#### 4. Hoe ver zijn we in de regio's?

Partijen werken lokaal en regionaal steeds meer samen. In bijna elke regio is een transfermechanisme (trede 1). Er zijn 8 bovenregionale tafels hoog complexe casuïstiek (trede 2) met een landelijke dekking. [Hier](#) kunt u de criteria vinden waaraan een casus moet voldoen om ingebracht te worden op deze tafel.

Nog niet elke verwijzer, cliëntondersteuner, ggz professional en zorgbemiddelaar kan het transfermechanisme (trede 1) en de bovenregionale tafel hoog complexe casuïstiek (trede 2) vinden. Hier is dan ook nog wel wat te verbeteren. Wat er in veel regio's ook nog niet is, is de mogelijkheid tot bestuurlijke escalatie (trede 3) als dat nodig is. Zie de [handreiking regionale doorzettingsmacht](#) voor een beschrijving van wat we met elkaar hebben afgesproken over wat er geregeld moet zijn.

#### 5. Moet je de stappen van de escalatieladder in volgorde doorlopen?

Nee, dat is niet nodig. Voor trede 2 gelden criteria ten aanzien van de complexiteit van de patiënt. Dat hiervan sprake is, is soms meteen helder en dan is trede 1 niet nuttig. Ook kan er vanuit trede 1 direct naar 3 worden doorgeschakeld als de situatie niet complex is maar ze er niet gezamenlijk uitkomen op trede 1.

#### 6. Hoe zorgen we ervoor dat deze kaders tot daadwerkelijk betere samenwerking leiden?

Partijen weten elkaar steeds beter te vinden in de regio's. Het is hierbij belangrijk dat partijen hun rollen, taken en verantwoordelijkheden goed oppakken maar ook elkaar hierop aanspreken. Samenwerking is nog niet altijd even vanzelfsprekend. Het gebeurt dat ggz instellingen elkaar soms nog te veel als concurrenten zien. Het is dan belangrijk dat partijen vanuit de kaders samenwerking met elkaar zoeken. De [werkkaart samenwerken in de regio](#) kan hiervoor handvatten bieden.

### **7. Er zijn al zoveel overleggremia, moeten we nu weer een nieuwe inregelen?**

Nee, sluit vooral aan bij wat er al is. De handreiking regionale doorzettingsmacht is bewust geen blauwdruk van hoe deze er uit moet komen te zien. De handreiking beschrijft wel wat er geregeld moet zijn. Het is aan de regionale partijen om hier vervolgens uitvoering aan te geven. Dat kan betekenen dat een al bestaand bestuurlijk overleg van relevante partijen nu ook open staat om hierop casuïstiek te bespreken. Dat betekent wel dat dit gremium vindbaar en benaderbaar moet zijn. Het gaat dan om zorgvragen van mensen waarvoor via het transfermechanisme en / of de bovenregionale tafel hoog complexe casuïstiek geen oplossing is gevonden. Het wordt dan een bestuurlijke verantwoordelijk om wel voor die oplossing te zorgen.

### **8. Vraagt de inrichting van de tredes veel van de regio's?**

In de meeste regio's is al voorzien in een transfermechanisme (regionaal niveau - trede 1). Ook zijn er bovenregionale casuïstiek tafels voor de hoogcomplexe zorg (trede 2). Trede 3 is vaak nog niet ingericht. Dat betreft een overlegtafel op bestuurlijk niveau dat zo nodig een doorbraak kan forceren. Het is overigens niet de verwachting dat daar aanzienlijke aantallen patiënten worden besproken (er wordt zoveel mogelijk op de eerste tredes opgelost). Het gaat er vooral om afspraken te maken om elkaar, zo nodig, snel te kunnen vinden; deze trede kan in de bestaande Regionale Taskforce (RT) of via bijvoorbeeld het Veiligheidshuis worden ingericht. Van trede 4 is de verwachting dat hier niet vaak naar wordt geëscaleerd.

Wat in ieder geval aandacht behoeft is het proces en de communicatie. Nog niet overal is duidelijk hoe en waar de patiënt aan te melden is. De verantwoordelijkheid hiervoor ligt bij de RT. Van belang is dat het gaat om doorzettingsmacht op individueel niveau. Als iemand tussen wal en schip dreigt te vallen, kan de 'kaart' van RDM worden getrokken.

### **9. Zijn de Regionale Taskforces (RT's) al gevormd in de regio?**

Ja. Zie voor de stand van zaken van november 2021 de rapportage Maat en getal aan de regionale structuur en aanpak van de wachttijden ggz op <https://wegvandewachtlijst.nl/rapport-regionale-structuur-en-aanpak-wachttijden-ggz>. De tweede pagina bevat linkjes naar rapportages per regio. In juni 2022 volgt hiervan een update.

### **10. Wie is in een regio verantwoordelijk om een eerste transfermechanisme op te zetten?**

De grootste ggz aanbieder neemt initiatief tot het opzetten van een transfermechanisme. Altijd in overleg met de preferente verzekeraar en de grote gemeente.

### **11. In hoeverre is het verplicht om een transfermechanisme in te stellen in een regio waar de wachttijden beneden de Treeknormen zijn (op individueel niveau kan het soms wel oplopen tot boven de Treeknorm)?**

Het is niet verplicht om een transfermechanisme in te richten in een regio waar de wachttijden beneden de treeknormen zijn. Overigens zijn er nagenoeg geen regio's waar dit het geval is en ook in regio's met een gemiddelde wachttijd lager dan de treeknorm zijn er mensen die toch langer wachten omdat een bepaalde aanbieder wel een langere wachttijd kent. Oftewel ook in deze regio's kan het gebeuren dat een cliënt tussen het wal en schip dreigt te vallen. Het is daarom belangrijk dat cliënt(vertegenwoordigers), verwijzers en behandelaren ergens terecht kunnen als er geen geschikte behandelplek is. Richt daar dus wel wat voor in en gebruik hiervoor de handreiking RDM.

### **12. Soms is er geen oplossing doordat er geen zorg beschikbaar is, wat hebben we dan aan de regionale doorzettingsmacht**

De regionale doorzettingsmacht kan geen zorg creëren die er niet is, dus zal in dat geval niet direct tot een oplossing komen. Wat partijen wel kunnen, is met elkaar inzichtelijk maken waarop het aanbod

tekort schiet en zo vaststellen wat nodig is. De regionale doorzettingsmacht kan er voor zorgen dat het beter zichtbaar wordt waar vraag en aanbod niet goed aansluiten en wat nodig is om dit beter te laten aansluiten. Dat hoeft niet altijd meer zorg te zijn, dat kan ook ondersteuning vanuit andere domeinen (bijvoorbeeld wonen) zijn.

**13. De regionale doorzettingsmacht suggereert dat er cliënten zijn die een dermate complexe zorgvraag hebben dat ze niet geholpen kunnen worden. Klopt dit wel of is het systeem juist complex?**

Ja het zorgsysteem is inderdaad complex. De regionale doorzettingsmacht is dan ook bedoeld om de cliënt te ontzien en deze complexiteit weg te nemen. Het is aan regionale partijen om het systeem overzichtelijker en eenvoudiger te maken. Een voorbeeld wordt genoemd van het aanpassen van in- en exclusiecriteria die instellingen hanteren.

**14. Ik heb nog meer vragen, wie kan ik hiervoor benaderen?**

Dat kan via [info@wegvandewachtlijst.nl](mailto:info@wegvandewachtlijst.nl).