

### Q&A regionale doorzettingsmacht

**Toelichting:** deze vragen zijn gesteld tijdens de vier webinars over regionale doorzettingsmacht. Mocht dit document vragen oproepen, stel ze gerust via [info@wegvandewachtljst.nl](mailto:info@wegvandewachtljst.nl) dan vullen we dit document daar 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 cliënten zichzelf aanmelden voor of opschalen binnen RDM?

Zie hiervoor de handreiking; het is niet aan de cliënt zelf om zich te aanmelden, op te schalen of te escaleren. Een cliënt 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. Verderop (bij vraag 21) 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 cliënt. 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 [werkkartaamenwerken in de regio](#) kan hiervoor handvatten bieden.

### **7. Er zijn al zoveel overleggrems, 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 verantwoordelijkheid om wel voor die oplossing te zorgen.

### **8. Vraagt de inrichting van de treden 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 cliënten worden besproken (er wordt zoveel mogelijk op de eerste treden 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 cliënt 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 [de Monitor Toegankelijkheid en wachttijden ggz](#). De tweede pagina bevat linkjes naar rapportages per regio.

### **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. In hoeverre is RDM een oplossing voor de wachttijden in de ggz?**

RDM is geen instrument om de wachttijden op te lossen. Met RDM beogen partijen te voorkomen dat cliënten 'tussen de wal en het schip' belanden. We veronderstellen wel dat hoe beter de tredes met elkaar samenwerken hoe meer beweging er is op de wachtlijsten. De regionale doorzettingsmacht kan echter geen zorg creëren die er niet is. Zie hiervoor ook het antwoord op vraag 12.

### **15. Er is een verschil tussen cliënten die lang moeten wachten en cliënten waarvoor geen passende zorg kan worden gevonden; hoe lopen deze twee groepen door de verschillende tredes heen?**

Een cliënt die te lang moet wachten kan worden aangemeld voor trede 1, het transfermechanisme, en daar mogelijk (en desgewenst!) worden overgedragen aan een andere aanbieder. Voor een cliënt die geen zorg krijgt omdat zijn of haar zorgvraag hoog complex is, is trede 2, de bovenregionale tafel hoog complexe casuïstiek aan de orde. Biedt trede 1 geen soelaas en is de problematiek van de client "te licht" voor trede 2 dan is het van belang de casuïstiek te bespreken aan de bestuurlijke tafel (trede 3). Allereerst om in samenwerking een oplossing te vinden, forceren of accorderen (als er vanuit trede 1 of 2 een advies is gegeven) voor deze specifieke client. Vanwege wachttijden weten we dat er cliënten zijn die niet meteen kunnen worden geholpen.

Het belang van de bestuurlijke tafel is daarom ook dat de regio zicht krijgt op eventueel ontbrekend aanbod en daarover regionaal het gesprek voert met de relevante partijen. In deze trede 3 kan worden bepaald of het benodigde aanbod er werkelijk niet is; in hoeverre er goed gebruik wordt gemaakt van de beschikbare regionale ggz capaciteit en wat er nodig is om een sluitend aanbod te creëren.

### **16. Waar kunnen de cliënten terecht die lang op de wachtlijst staan en dan te horen krijgen dat ze niet behandelbaar zouden zijn. Kunnen zij zich bij een van de tredes melden?**

Zie hiervoor vraag 3. Een cliënt kan zich niet zelf aanmelden, maar moet worden verwezen naar één van de tredes. Als de betreffende aanbieder geen geschikt aanbod heeft voor de (ggz-behandel)vraag van de client, dan kan de aanbieder verwijzen naar trede 1 (omdat een andere aanbieder mogelijk wel aanbod heeft) of trede 2 (in de situatie dat de vraag te complex is voor de aanbieder). Wel kan het zijn dat de

cliënt een vraag heeft op een ander levensdomein dat niet behandelbaar is maar mogelijk wel oplosbaar.

### 17. Hoe staat het met de OCO pilots in de drie gemeenten waar deze pilot zou gaan starten?

OCO staat voor Onafhankelijk CliëntOndersteuning, een belangrijk onderdeel van RDM. De gemeente moet er voor zorgen dat er voor burgers cliëntondersteuning beschikbaar is. Clientondersteuning is volgens de Wmo 2015: *“onafhankelijke ondersteuning met informatie, advies en algemene ondersteuning die bijdraagt aan het versterken van de zelfredzaamheid en participatie en het verkrijgen van een zo integraal mogelijke dienstverlening op het gebied van maatschappelijke ondersteuning, preventieve zorg, zorg, jeugdhulp, onderwijs, welzijn, wonen, werk en inkomen;”*

Voor zover gemeenten cliëntenondersteuning hebben geregeld, is deze vaak niet toereikend voor mensen die binnen de Ggz ‘tussen wal en schip dreigen’ te raken. Daarom worden nu pilots ontwikkeld voor OCO binnen RDM. In de afgelopen periode heeft één regio zich aangemeld als pilotregio, namelijk de regio Twente. Binnenkort volgt hierover meer informatie.

### 18. Onze regio wil mogelijk ook meedenken met een OCO pilot; waar kan ik me melden?

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

### 19. Als meerdere aanbieders hebben gezegd dat een cliënt te moeilijk is voor hen, waardoor nu de POH ggz moet zorgen voor passende zorg, kan ik dan verwijzen naar of overleggen met de clientondersteuner van de gemeente?

Ja, zodra de OCO goed is geregeld (zie vraag 17), kan dat een route zijn. De POH kan ook zelf een cliënt aanmelden voor RDM (zie vraag 3).

### 20. Is de volgorde van de tredes wel logisch? Zou je niet eerst in de regio moeten proberen zaken op te lossen en als dan niet kan bovenregionaal?

Als zaken in de regio kunnen worden opgelost, heeft dat de voorkeur. Bij trede 1 (transfermechanismes) gaat het er om de eventuele capaciteit elders in de regio te benutten. Bij trede 2 (de bovenregionale tafels) gaat het er vooral om een antwoord te vinden op inhoudelijk complexe casuïstiek. Je zou kunnen stellen dat in trede 1 en 2 de inhoudelijk betrokken professionals aan zet zijn. In trede 3 gaat het om het kunnen forceren van oplossingen door bestuurders. Daarmee komt trede 3 pas na trede 1 of trede 2.

### 21. Wat zijn de criteria om gebruik te maken van trede 2?

Het gaat om cliënten die een integraal maatwerk aanbod in de hoogcomplexere ggz nodig hebben en voldoen aan de volgende criteria Zie p. 11 van het [Plan van aanpak toegankelijkheid en beschikbaarheid hoogcomplexere ggz](#):

1. Patiënten met meerdere vervlochten psychiatrische aandoeningen.
2. Behandeldoelstelling is aanwezig én realiseerbaar (kan ook betekenen: meer care-gerichte behandeling, herstelgericht).
3. Samenhang meerdere stoornissen in combinatie met systemische problematiek/meerdere levensdomeinen.
4. Dreiging van ernstig gevaar voor lichamelijke schade en/of overlijden.
5. Er is al een aantal (specifieke) behandelingen uitgevoerd.
6. Uitzonderlijk behandelregime is nodig om gevaar te voorkomen en de behandeling in gang te zetten.
7. Zorg is schaars, intensief, duur, aanbod is niet makkelijk op te schalen (maatwerk staat centraal).

### 22. Waarom heeft RDM alleen betrekking op ZVW gefinancierde ggz?

## Toegankelijkheid & Wachttijden ggz 2022

Omdat dat de Zvw de scope van de ontwikkelagenda toegankelijkheid en wachttijden ggz was. Het sluit echter op casuïstiek niveau de andere stelsels niet uit.

### **23. Wat nu als trede 1 niet goed werkt bijvoorbeeld omdat partijen hun verantwoordelijkheid niet nemen?**

Als het partijen in de regio echt niet lukt om met elkaar tot goede afspraken te komen dan kan contact worden opgenomen met de stuurgroep via [info@wegvandewachtlijst.nl](mailto:info@wegvandewachtlijst.nl). Voor iedere regio is namelijk in de stuurgroep een accounthouder aangewezen. Mogelijk kan hij of zij hier een rol in vervullen.

### **24. Hoe kan ik als kleinere praktijk meepraten?**

Neem contact op met de grootste geïntegreerde instellingen en/of sluit aan bij de transfermechanismen; eventueel samen met andere kleinere praktijken (door elkaar te vertegenwoordigen en er dan wél met mandaat deel te nemen).

### **25. Heeft een regionale taskforce in de meeste regio's ook staf om zaken te faciliteren?**

Partijen in de regio hebben een gezamenlijke verantwoordelijkheid in de inrichting van RDM. Het is aan de regio's zelf om hieraan de juiste invulling te geven. We zien in de praktijk verschillende voorbeelden. Sommige regio's bekostigen gezamenlijk een projectleider; in andere regio's zetten partijen stafcapaciteit in.

### **26. Gaan jullie goede voorbeelden delen via de website 'weg van de wachtlijst'?**

#### **Gaan jullie delen hoe het loopt in de praktijk?**

Vanuit de landelijke stuurgroep zullen we goede voorbeelden van RDM (en overige goede voorbeelden) delen via de website <https://wegvandewachtlijst.nl/in-de-praktijk>. Daarnaast brengen we dit ook in kaart via de halfjaarlijkse monitor en op basis van die informatie willen we regio's meer met elkaar in verbinding brengen.

### **27. Ik heb goeie suggesties voor de aanpak van RDM en/of de aanpak van toegankelijkheid en wachttijden, wie kan ik hiervoor benaderen?**

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

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

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