KPMG

Overzicht voortgang regionale taskforces

Bevindingen Regionale Taskforces ten behoeve van rapportage NZa

—

Mei 2018



Overzicht thema's die worden opgepakt vanuit de verschillende regionale taskforces

Regio	Instroom	Doorstroom	Uitstroom
Friesland	— nvt	— nvt	— nvt
Groningen	— Onderzoeken uitbreiding pilot integratie zorgaanbieders en wijkteam — Preventie	— Vergroten capaciteit door middel van afspraken regiebehandelaar	— Verbeteren van de uitstroom door betere informatievoorziening voor de huisarts
Noord- en Midden-Limburg	— Betere definitie van hulpvraag door inzet ervaringsdeskundigen — Verwijzingen organiseren via één centraal aanmeld- en triage loket	— Verkennen mogelijkheden gezamenlijke groepsbehandelingen	— nvt
Midden-Brabant	— Optimaliseren instroom door verbeteren verwijsproces en ketensamenwerking	— Gezamenlijke opleidingsplekken — Verbeteren van capaciteitsbenutting	— Afspraken over uitstroom (warme overdracht)
Utrecht	— Optimaliseren instroom door verbeteren verwijsproces en ketensamenwerking	— Doorverwijzen met behoud van wachttijd en diagnostiek	— Vergroten inzicht regionale belemmeringen uitstroom
West-Brabant	— Optimaliseren instroom door verbeteren verwijsproces en ketensamenwerking	— Multidisciplinaire triage en samenstelling integraal behandel- en ondersteuningsprogramma — Afspraken over betere doorverwijzing	— Vergroten inzicht regionale belemmeringen uitstroom
Zuid-Holland Noord	— Optimaliseren instroom door verbeteren verwijsproces en ketensamenwerking	— Verhogen capaciteit door verminderen administratieve	— Optimaliseren uitstroom door verbeteren ketensamenwerking
Zuid-Limburg	— Herontwerp het proces van aanmelding — Overbrugging en verkorting van wachttijden met ervarings-deskundigen, zelfhulp en e-health	— Verbeteren van de benutting psychiater capaciteit	— Passende hulp bij uitstroom van een patiënt

Regionale taskforce Friesland

Geïdentificeerde knelpunten
nvt

Initiatieven vanuit regionale taskforce
nvt

Praktische stand van zaken regionale taskforce
In regio Friesland zijn drie bijeenkomsten van de regionale taskforce geweest. De conclusie is dat de urgentie van de regionale taskforce relatief laag is in de regio. Dit komt doordat:

- De wachttijden in Friesland relatief laag zijn en voor een groot deel van de doelgroepen binnen de treeknormen liggen. Voor een aantal specifieke doelgroepen zijn afspraken gemaakt tussen de zorgaanbieder en zorgverzekeraar.
- Het aantal betrokken partijen in de regio is klein (één dominante aanbieder en één dominante verzekeraar) en de lijnen tussen partijen zijn kort.
- Er lopen verschillende (samenwerkings)projecten om de wachttijden te verminderen.

De afspraak is gemaakt om nog één bijeenkomst te plannen voor de zomer. Het doel van deze bijeenkomst is tweeledig:

- Tot nu toe is het lastig gebleken om een aantal relevante partijen goed te betrekken bij de regionale taskforce (o.a. de huisartsen en vrijgevestigden). Deze partijen schuiven tijdens de laatste bijeenkomst wel aan om te kijken of zij dezelfde conclusies trekken over de wachttijden en samenwerking in de regio.
- KPMG Health presenteert de resultaten van de andere regionale taskforces om te kijken of er nog interessante nieuwe oplossingsrichtingen zijn bedacht die mogelijk ook toegevoegde waarde hebben voor Friesland.

Regionale taskforce Groningen (1/2)

Geïdentificeerde knelpunten

1. Capaciteitstekort in de regio. De regio Groningen kent een capaciteitsprobleem, met name wanneer het gaat om regiebehandelaren. ggz instellingen zitten met onvervulde vacatures voor behandelaren, o.a. psychiaters, klinisch psychologen en GZ-psychologen. Dit probleem wordt versterkt doordat steeds minder BIG behandelaren in loondienst zijn, wat ertoe leidt dat de capaciteit versnippert is en er tekorten ontstaan bij met name de crisisdienst.
   De afspraken rondom de regiebehandelaar zorgen ervoor dat de beschikbare behandelcapaciteit niet altijd optimaal wordt ingezet. De vraag hierbij is op welk moment(fasering) de regiebehandelaar bij welke patiëntgroep de meeste toegevoegde waarde levert. Een belangrijk knelpunt is de afspraak dat de regiebehandelaar altijd aan het begin van het proces de diagnose moet stellen en het behandelplan moet maken, daarna kan de behandeling pas starten. De taskforce is van mening dat dit niet altijd leidt tot de beste zorg. Een voorbeeld dat wordt genoemd is dat voor specifieke doelgroepen (bijvoorbeeld middelen gebruik) patiënten op de wachtlijst staan doordat er geen regiebehandelaar beschikbaar is, terwijl de diagnose (en de eerste behandelstappen) evident is. Deze patiënten kunnen eerder geholpen worden wanneer zorgprofessionals (anders dan de regiebehandelaar) alvast mogen starten met de behandeling (van de verslaving). De regiebehandelaar ziet de patiënt dan op een later tijdstip in het proces om verdere diagnostiek uit te voeren en de verdere behandeling vorm te geven. De omstandigheden zijn dan vaak ook beter voor het uitvoeren van goede diagnostiek (problematiek wordt niet vertroebeld door de verslaving).
2. Suboptimale in- door en uitstroom. Rondom de in-, door- en uitstroom zijn verschillende problemen gesignaleerd:
   - De instroom voor specifieke doelgroepen stijgt. Het generieke gevoel leeft dat preventie hier voor specifieke doelgroepen een oplossing zou kunnen vormen, hierover wordt wel het gesprek gevoerd, maar er worden geen echte acties op ingezet. Dit heeft er o.a. mee te maken dat niemand zich verantwoordelijk voelt (en initiatieven wil financieren).
   - Huisartsen maken niet altijd gebruik van dezelfde triagemethodiek doordat de huisarts sterk vertrouwd op zijn/haar kennis van de patiënt en/of er te weinig tijd beschikbaar is. De consequentie is dat de overdraagbaarheid van diagnoses tussen de eerste-en tweedelijn niet altijd soepel verloopt en er mogelijkheden tot bijvoorbeeld e-health mogelijk gemist worden.
   - Het zorgaanbod wordt niet altijd goed aangesloten op de hulpvraag. Het gevoel heerst dat niet alle instellingen bij instroom kritisch kijken of de patiënt wel op de juiste plek zit en mogelijk niet geholpen kan worden met minder / andere zorg of ondersteuning. Voorbeeld hiervan is meer parallelle trajecten met het sociaal domein (bijvoorbeeld schuldhulpverlening).
   - Het inzicht over de kennis en kunde van zowel de zorgaanbieders als het sociaal domein in de regio is niet overal beschikbaar, dit betekent dat niet altijd alle opties worden overwogen en patiënten mogelijk niet de juiste zorg en ondersteuning ontvangen.
   - De door-en uitstroom van patiënten binnen de ggz aanbieders kent ruimte voor verbetering. Patiënten worden nog te vaak te lang behandeld door een ggz aanbieder. Dit kent een aantal grondoorzaken:
     - Onvoldoende kennis alternatieven en/of afschalingsmogelijkheden in de regio;
     - Onvoldoende ‘uitstroombegeleiding’ en warme ambulante overdracht voor patiënt;
     - Zorgen over opnieuw opschalen na uitstroom patiënt;
     - Verkeerde financiële prikkels waardoor korte behandelingen minder aantrekkelijk zijn.
   - Huisarts mist bij een terugverwijzing regelmatig cruciale informatie over het behandelplan en de contactgegevens van de behandelaar. Dit leidt ertoe dat de nazorg niet optimaal gecoördineerd kan worden en de huisarts niet weet wie hij/zij laagdrempelig kan contacteren wanneer het mist lijkt te gaan.
   - Uitstroom is regelmatig niet mogelijk doordat er geen huisvesting beschikbaar is binnen de regio.

Regionale taskforce Groningen (2/2)

Initiatieven vanuit regionale taskforce

1. Onderzoeken uitbreiding pilot integratie zorgaanbieders en wijkteam. Momenteel loopt er in de regio Groningen een pilot om de integratie tussen het FACT team en het wijkteam te bevorderen. De regionale taskforce wil graag onderzoeken of deze pilot uitbereid kan worden naar andere geografische gebieden in de regio en eventueel naar andere doelgroepen.
2. Vergroten capaciteit door middel van afspraken regiebehandelaar. Huidige regels vanuit het kwaliteitsstatuut rondom regiebehandelaarschap worden als complex ervaren wanneer het gaat om het efficiënt inzetten van behandelcapaciteit. Hierdoor worden bepaalde capaciteiten overbelast en andere onderbenut (onvoldoende functiedifferentiatie). Doel is om te kijken welke afspraken zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen maken over de regiebehandelaar om te zorgen dat de juiste professionals de juiste zorg levert. Het doel is om de capaciteit van de regiebehandelaar beter te benutten en voor de patiënt betere kwaliteit van zorg te leveren.
3. Overige initiatieven. Naast bovenstaande initiatieven wordt tijdens de volgende bijeenkomst ook verder gesproken over de thema's preventie en het verbeteren van de uitstroom door betere informatievoorziening aan de huisarts.

Praktische stand van zaken regionale taskforce

De taskforce in Groningen is langzaam op gang gekomen, maar maakt nu grote stappen om snel de eerste resultaten te kunnen behalen. Op 18 juni staat de volgende bijeenkomst gepland waarin een concreet plan besproken wordt rondom de inzet van de regiebehandelaar en een actieplan wordt opgesteld voor de overige thema's. Daarnaast wordt gekeken op welke manier de regionale taskforce kan worden ingebed in de bestaande structuur van de regio.

Regionale taskforce Noord- en Midden-Limburg

Geïdentificeerde knelpunten

1. Onvoldoende inzicht in wachtenden op wachtlijst: de wachttijden zijn nog te ondoorzichtig. Dit komt o.a. doordat de informatie verspreid is over veel spelers. Welke doelgroepen hebben te maken met onaanvaardbare wachttijden en waar moeten we ons dus op richten? Denk aan patiënten met co-morbiditeit, waarvoor de hele keten aan zet is.
2. Suboptimaal instroomproces door onvoldoende aansluiting op hulpvraag in voorliggend veld: hoe kunnen we de instroom bij ggz aanbieders optimaliseren door verbetering van preventie en verwijzingen in het voorliggend veld mede door beter aan te sluiten bij de daadwerkelijke hulpvraag?
   - Preventie in voorliggend veld: meer aandacht voor (preventieve) voorzieningen in het voorliggend veld (i.e. sociaal domein) is gewenst en in hoeverre deze ook een antwoord kunnen zijn op bepaalde hulpvragen (denk bijvoorbeeld aan ouder/systeemondersteuning bij een persoon met autisme).
   - Suboptimale verwijzing door de huisartsen: triage en verwijzing uit de eerste lijn is in een deel van de gevallen incorrect. Soms blijkt bij een intake dat een patiënt op een verkeerde wachtlijst heeft gestaan en het hele proces van aanmelding en verwijzing weer opnieuw plaatsvindt.
3. Onvoldoende gepaste zorg door suboptimale uitstroom: verklaringen voor deze suboptimale uitstroom zijn tweeledig:
   - Uitstroom vanuit Sggz naar Bggz: een behandeling in de Sggz kan mogelijk eerder worden afgesloten met de Bggz als tussenstap. Dit wordt momenteel nog onvoldoende toegepast.
   - Maatwerk wordt niet gefaciliteerd door huidige regelgeving en financiering. Een concreet voorbeeld is een cliënt uit de Bggz die de psychiater eenmalig wilde zien om een vraag te stellen rondom zijn of haar medicatie. Deze eenmalige bezoeken worden echter niet vergoed. Momenteel maakt de praktijk in dat geval een uitzondering en krijgt de cliënt onvergoed een eenmalige consult bij de psychiater. De ideale oplossing ligt in een gedeelde AGB code voor de Bggz en Sggz. Dit maakt het mogelijk om nabehandeling in Bggz doen. Eén van de aanbieders biedt momenteel zelfs een oplossing binnen de huidige spelregels. Zij werken met één behandelaar in zowel de Sggz en Bggz.

Initiatieven vanuit regionale taskforce

1. Beter definiëren van de hulpvraag door inzet ervaringsdeskundige. Gezamenlijke casusbespreking van patiënten op de wachtlijst met de huisarts / POH en een ervaringsdeskundige met als doel te kijken welk ondersteuning (aanvullend op de specialistische zorg) de patiënt kan helpen bij de hulpvraag. Momenteel is een pilot gestart om op kleine schaal te kijken of de inzet van een ervaringsdeskundige ervoor zorgt dat een patiënt een ander zorgpad krijgt en/of de patiënt al ondersteuning kan krijgen tijdens de wachttijd.
2. Verwijzingen organiseren via één centraal aanmeld- en triage loket. Er wordt onderzocht of er een pilot gestart kan worden om de verwijzingen van huisartsen naar de ggz centraal te organiseren via één centraal regionaal aanmeld- en triage loket. Dit loket moet ervoor gaan zorgen dat patiënten direct juist worden verwezen (diagnose) en naar de juiste plek in de keten.
3. Verkennen mogelijkheden gezamenlijke groepsbehandeling. Regelmatig staan er patiënten bij verschillende instellingen op de wachtlijst voor hetzelfde type groepsbehandeling doordat beide instelling nog niet voldoende inschrijvingen hebben om de groep te laten starten. Als deze lijsten worden samengevoegd hoeven patiënten minder lang te wachten. Er wordt in de regio momenteel onderzocht of het mogelijk is om gezamenlijke groepsbehandelingen aan te bieden.

Praktische stand van zaken regionale taskforce

Actieve taskforce die zelfstandig met thema's aan de slag gaan nadat ze geïdentificeerd zijn. Momenteel zijn we bezig de taskforce onder te brengen bij bestaande platformen in Midden- en Noord Limburg.

Regionale taskforce Midden-Brabant

Geïdentificeerde knelpunten

1. Patiënt komt niet (direct) op de juiste plek door suboptimale voorkant. Dit knelpunt is tweeledig:
   - Onvoldoende preventie via vroegsignalering: de mogelijkheden tot preventie via vroegsignalering (bv. via e-health) kunnen beter worden benut door de regio.
   - Suboptimale doorverwijzingen door de huisarts: ggz instellingen voeren veelal opnieuw diagnostiek uit na verwijzing door de huisarts. Dit geeft een huisarts geen stimulans om aan de voorkant veel moeite te stoppen in een juiste doorverwijzing.
2. Er is sprake van een personeelstekort en onvoldoende opleidingscapaciteit in de regio. Er is een gebrek aan medische opleidingen in de regio en zowel de instellingen als de regio in het geheel hebben onvoldoende bindingskracht, waardoor personeel na hun opleiding de instelling en/of regio verlaat. Kleinere aanbieders ervaren problemen bij het aanbieden van aanbiedingsplaatsen op het gebied van tijdsbesteding (supervisie) en het creëren van randvoorwaarden.
3. Suboptimale benutting van bestaande capaciteit in de regio. Op dit moment is de capaciteit van ggz aanbieders op verschillende manieren vormgegeven (grote vs. kleine instellingen / vrijgevestigden). Hoe kunnen we de totale capaciteit in de regio flexibel en gerichter gaan inzetten om regionaal betere kwaliteit van zorg te leveren? De RT wil dit vraagstuk onderzoeken om te komen tot aangrijpingspunten voor verbetering. De RT wil onderzoeken of de ggz aanbieders met elkaar tot een betere vormgeving van het aanbod komen.
4. Uitstroom naar vervolgzorg: Mensen met langdurige problematiek stromen nog niet goed door naar zelfstandig / beschermd wonen. Belangrijke grondoorzaak hiervan is de onzekerheid ten aanzien van het – indien nodig – opnieuw opschalen en de onduidelijkheid ten aanzien van de mogelijkheden in de keten. Er is behoefte aan afspraken hierover.

Initiatieven vanuit regionale taskforce

1. Gezamenlijk opleiden. Er is een pilot gestart waarin verschillende zorginstellingen en vrijgevestigden extra opleidingsplekken creëren door samen te werken. Hierdoor kan gezamenlijk meer capaciteit worden opgeleid. Betrokken partijen kunnen hierdoor beter voldoen aan de randvoorwaarden voor opleiding. Daarnaast wordt de tijdsbesteding gedeeld over verschillende aanbieders/ opleiders, waardoor een vrijgevestigde aanbieder nog voldoende tijd kan besteden aan patiëntenzorg. Er wordt tevens gekeken hoe het vestigingsklimaat in de regio verbeterd kan worden.
2. Verbeteren van de capaciteitsbenutting. Er worden gesprekken gepland met psychiaters om te kijken hoe zij tegen de (verantwoordelijkheden van) verschillende rollen aankijken en wat hierin kan worden aangepast om de behandelcapaciteit van alle behandelaren in de regio beter te benutten.
3. Verbeteren van de in- door en uitstroom rondom persoonlijkheidsstoornissen: Alle aanbieders hebben hoge wachttijden voor persoonlijkheidsstoornissen. Dit heeft deels te maken doordat deze doelgroep circuleert tussen verschillende instellingen. Daarnaast bestaat het idee dat deze doelgroep aan het toenemen is. Na een eerste analyse van het huidige zorgaanbod en werkwijze van verschillende aanbieders (van ggz zorg en huisartsenzorg) gaan zij samen aan de slag om de verwijscriteria af te stemmen en te verhelderen, waardoor er betere verwijzingen, doorverwijzing en terugverwijzingen kunnen plaatsvinden. Op basis van deze inhoudelijke uitwerking wordt vervolgens gekeken hoe dit praktisch georganiseerd kan worden.
4. Warme overdracht bij uitstroom chronische doelgroep: Aanbieders van ggz en RIBW en gemeenten werken aan afspraken voor betere doorverwijzing van de chronische doelgroep.

Praktische stand van zaken regionale taskforce

Taskforce pakt actief thema's op. Goede vertegenwoordiging van betrokken partijen. Recentelijk zijn een aantal kleinere aanbieders aangesloten. Taskforce pakt gezamenlijk door en wordt in zijn geheel ingebed in het regionale ggz overleg.

Regionale taskforce Utrecht

Geïdentificeerde knelpunten

1. Door suboptimaal functioneren van de schakels in de keten komt de patiënt niet altijd op de goede plek en wordt de beschikbare capaciteit in de keten onvoldoende benut. Dit heeft betrekking op zowel de in- als uitstroom van patiënten. Er is sprake van een disbalans tussen de in- en uitstroom van patiënten door de primaire focus op instroom. Daarnaast differentiëren aanbieders onvoldoende op de behoefte van en het type patiënt, waardoor veel patiënten onnodig intensieve therapie krijgen en hiermee behandelcapaciteit onnodig bezet houden. Vervolgens wordt door een gebrek aan ruimte voor nazorg en warme overdracht langer doorbehandeld en ligt de incidentie van terugval hoger dan zou kunnen. Laagfrequente of –intensieve contacten zouden deze terugval kunnen voorkomen, waardoor er ruimte voor intensieve behandelcontacten vrij zou kunnen komen.

Initiatieven vanuit regionale taskforce

1. Optimaliseren instroom. Er is een pilot opgezet om de verschillende vormen van instroom te optimaliseren bij persoonlijkheidsstoornissen. De focus ligt hierbij op verwijzing vanuit de huisartsen en doorverwijzingen vanuit a) GBggz naar Sggz; b) Sggz naar GBggz en c) Sggz naar intensieve Sggz. Het doel van de pilot, waarin 50 casussen worden meegenomen, is tweeledig: 1) het vergroten van inzicht; waar stokt het in de instroom en zitten er verschillen in tussen de subregio's? en 2) het formuleren van aangrijpingspunten tot verbetering. Onderdeel van de pilot is dat bij doorverwijzingen de wachttijd en uitgevoerde diagnostiek wordt meegenomen, waardoor de patiënten minder lang hoeven te wachten (direct effect wachttijden) en dubbel werk in de regio wordt voorkomen. Dit vergroot de behandelcapaciteit (indirect effect wachttijden). Om dit te realiseren is goede afstemming tussen aanbieders noodzakelijk om verschillen in triage- en intakecriteria van patiënten te identificeren en vervolgens te beperken.
2. Vergroten inzicht regionale belemmeringen uitstroom. In-, door- en uitstroom hangen nauw met elkaar samen. Daarom wordt parallel aan de bovengenoemde een pilot uitgevoerd waarin bij 50 casussen met persoonlijkheidsstoornissen in de S-ggz wordt geanalyseerd waarom zij nog niet zijn uitgestroomd uit de Sggz naar danwel minder intensieve geestelijke gezondheidszorg, danwel naar een vorm waarin zij geen behandeling maar nog wel begeleiding ontvangen. Door de knelpunten in kaart te brengen kan daarna toegewerkt worden naar oplossingen, waarbij zowel de ggz-aanbieders, huisartsen als het sociaal domein worden betrokken.

Praktische stand van zaken regionale taskforce

Het regionale taskforce pakt actief thema's op. Goede vertegenwoordiging van betrokken partijen. Het regionale taskforce heeft een voorzitter en een linking pin tussen de taskforce en het projectteam aangesteld. Naast de bestaande initiatieven wordt gekeken welke andere onderwerpen geagendeerd moeten worden om de wachttijden binnen de Treeknormen te krijgen. Dit kan eventueel worden uitgezet in kleinere gerichte werkgroepen, die net als het projectteam rapporteren aan het regionale taskforce.

Regionale taskforce West-Brabant

Geïdentificeerde knelpunten

1. Bij patiënten met multiproblematiek is de gestelde diagnose en geïdentificeerde hulpvraag vaak niet in één keer goed. Doordat patiënten gezien worden door één zorgverlener met één aandachtsgebied worden patiënten niet op alle vlakken van hun problematiek ondersteund. Hierdoor krijgen patiënten niet direct de juiste zorg en begeleiding voor hun multiproblematiek. Dit wordt onder andere in de verslavingszorg en bij zorg voor licht verstandelijk beperkten gezien. Hierbij is er sprake van een duidelijke overlap met het sociaal domein: bijvoorbeeld ondersteuning bij schuldenproblematiek voor patiënten met verslavingsproblematiek.

2. Het bovenstaande probleem wordt vergroot door suboptimale verwijzing door de huisarts. Indien de zorgvraag onvoldoende verwoord is in de verwijsbrief voert de ggz-aanbieder de intake opnieuw uit. Indien er na deze intake en diagnostiek blijkt dat de patiënt naar een andere aanbieder doorverwezen moet worden, verlengt dit de wachttijd voor de patiënt en wordt dubbel werk verricht door de verschillende ggz-aanbieders. Daarnaast wordt er door de huisarts overwegend vanwege psychische problematiek verwezen, waarbij de bijkomende (sociale) problematiek soms onvoldoende in ogenschouw wordt genomen. Dit kan onder andere voorkomen door onvoldoende expertise of ervaring van huisartsen in het verwijzen naar de ggz.

Initiatieven vanuit regionale taskforce

1. Multidisciplinaire triage en samenstelling integraal behandel- en ondersteuningsprogramma. Bij patiënten met psychische en verslavingsproblematiek die op de wachtlijst staan wordt een gezamenlijke intake gepland met aanbieders van verslavingszorg en ggz. Waar relevant wordt ook de samenwerking gezocht met aanbieders van LVB-zorg. Doordat specialisten op alle gebieden van de te verwachten problematiek aanwezig zijn, kan direct een integraal behandel- en ondersteuningsplan opgesteld worden voor de patiënt. In de uitwerking worden ook de rol van de ervaringsdeskundige betrokken en de afstemming met gemeenten en het sociaal domein. Na evaluatie van de pilotwerkvorm wordt gekeken of het mogelijk is hier een gestandaardiseerd zorgpad voor op te richten. Mogelijk ontstaan er twee varianten, aangezien de subregio's verschillende faciliteiten hebben en samen werken met verschillende (centrum)gemeenten. Gezien de beperkte omvang van deze doelgroep wordt momenteel gekeken naar de prioritering van de aanpak van dit vraagstuk.
2. Herontwerp van het ketenproces van de in- door en uitstroom voor patiënten met angst en depressie. Op basis van de data rondom wachttijden en de samenwerking in de keten van zorg en ondersteuning wordt een plan van aanpak opgesteld om de zorg voor deze doelgroep in de keten te verbeteren. Uitgangspunt is zorg op de juiste plek en waar mogelijk zo vroeg mogelijk in de keten. Daarnaast wordt er voortgebouwd op eerdere succesvolle samenwerkingsafspraken rondom diverse doelgroepen, zoals rondom FACT tussen de ggz aanbieders en het sociaal domein.

Praktische stand van zaken regionale taskforce

Het regionale taskforce in West-Brabant is langzaam op gang gekomen door verschillen tussen subregio's en onduidelijkheid vanuit de wachttijden data waar de grootste knelpunten liggen. Momenteel wordt uitgewerkt hoe het taskforce kan worden ingebed in de regio.

Regionale taskforce Zuid-Holland Noord

Geïdentificeerde knelpunten

1. Suboptimale doorverwijzing door de huisarts. De instroom van patiënten bij GGz instellingen verloopt suboptimaal. De doorverwijzing door huisartsen vindt in veel gevallen onvoldoende gericht plaats. Zij verwijzen bijvoorbeeld naar hun “preferred suppliers” en niet naar de best passende ggz instelling of naar een ggz instelling met de kortste wachttijd. Een belangrijke oorzaak hiervan is onvoldoende inzicht en overzicht.
2. Suboptimale door- en uitstroom van patiënten: De in-, door- en uitstroom van patiënten binnen de ggz aanbieders kent – ondanks initiatieven tot verbetering – ruimte voor verbetering. Patiënten worden nog te vaak te lang behandeld door een ggz aanbieder. Dit kent een aantal grondoorzaken: a) onvoldoende kennis alternatieven en/of afschalingsmogelijkheden in de regio, b) onvoldoende ‘uitstroombegeleiding’ en warme ambulante overdracht voor patiënt, c) zorgen over opnieuw opschalen na uitstroom patiënt en 4) geen duidelijke uitstroomcriteria o.b.v. richtlijnen / protocollen. Dit zorgt ervoor dat de beschikbare capaciteit bij de ggz-aanbieders onvoldoende goed wordt ingezet.
3. Onvoldoende gezamenlijke aanpak tussen ggz aanbieders in de regio. Voor aanbieders is het aanbod van andere aanbieders in de regio vaak nog diffuus, waardoor er suboptimaal wordt doorverwezen en/of samengewerkt. Daarbij is het makkelijker voor aanbieders om patiënten intern verder te helpen, omdat ze intern sneller kunnen schakelen. De patiënten kunnen echter wellicht in een andere ggz aanbieder sneller of passender geholpen kunnen worden.
4. Beperkte opleidingsplaatsen. ggz instellingen zitten met onvervulde vacatures voor behandelaren, met name psychiaters, klinisch psychologen en GZ-psychologen. Een belangrijke grondoorzaak hiervan is een tekort aan opleidingsplaatsen. Het personeelstekort voor psychiaters verergert zelfs. Dit mede door een verdere vermindering van opleidingsplaatsen voor psychiaters.

Initiatieven vanuit Regionale Taskforce

1. Optimaliseren in- en uitstroom door verbeteren ketensamenwerking. Er wordt onderzocht welke stappen gezet moeten worden om bovenstaande problematiek rondom de suboptimale in-, door- en uitstroom van patiënten te verbeteren. Hierbij wordt gericht gekeken naar de doelgroepen persoonlijkheidsstoornissen en depressie. De lessen die hieruit voortvloeien kunnen mogelijk ook voor andere doelgroepen worden benut.
2. Verhogen capaciteit door verminderen administratieve lasten. Momenteel ervaren zorgaanbieders voor administratie- en registratielasten waardoor minder capaciteit kan worden ingezet voor de daadwerkelijke behandeling. De zorgverzekeraar en zorgaanbieder gaan gezamenlijk onderzoeken of ze de administratieve lasten kunnen verlagen om de behandelcapaciteit te verhogen.

Praktische stand van zaken regionale taskforce

In de regionale taskforce is ervoor gekozen om door middel van expertbijeenkomsten een verdiepingsslag te maken op de knelpuntenanalyse. Op basis daarvan zijn bovenstaande initiatieven gekozen als belangrijkste thema’s om mee te starten. Momenteel worden deze thema’s uitgewerkt tot een actieplan. De regionale taskforce is geïntegreerd in een bestaand platform in de regio, KPMG zal tijdens de eerste ‘niet RT’ vergadering aansluiten om te bespreken of de laatste stand van zaken te horen en de laatste inzichten uit de andere regio’s te delen.

Regionale taskforce Zuid-Limburg

Geïdentificeerde knelpunten

1. Patiënten ontvangen onvoldoende (passende) hulp terwijl zij op de wachtlijst staan. Patiënten ontvangen nu tijdens het wachten onvoldoende juiste hulp. Nieuwe initiatieven zijn nodig om ook tijdens de overbruggingsperiode patiënten zo adequaat mogelijk te helpen bij hun hulpvraag.
2. Suboptimale verwijzing door de huisarts. Indien de zorgvraag onvoldoende verwoord is in de verwijsbrief voert de ggz-aanbieder de intake opnieuw uit. Indien er na deze intake en diagnostiek blijkt dat de patiënt naar een andere aanbieder doorverwezen moet worden, verlengt dit de wachttijd voor de patiënt en wordt dubbel werk verricht door de verschillende ggz-aanbieders. Daarnaast wordt er door de huisarts overwegend vanwege psychische problematiek verwezen, waarbij de bijkomende (sociale) problematiek soms onvoldoende in ogenschouw wordt genomen.
3. Er vindt onvoldoende (tijdige) planning plaats van overdracht en afstemming bij afschaling van zorg. Het gaat hier zowel om overdracht naar de basis ggz als naar de huisarts, als naar het sociaal domein en overlap tussen deze drie. Als deze processen te laat of onvoldoende worden ingezet kan afschaling minder (goed) plaatsvinden, wat het risico op doorbehandelen of terugval na afschaling vergroot.

Initiatieven vanuit regionale taskforce

1. Herontwerp het proces van aanmelding. Doel is dat de patiënt zo spoedig mogelijk op de juiste plek terecht komt. In de uitwerking hiervan wordt uitgaan van de uitgangspunten van de ‘Nieuwe ggz’ en het optimaal inzetten van ‘Positieve gezondheid’, ontwikkelingen die lopen binnen de regio. Optimale verwijzing, consultatie, inzicht in het de hele keten en optimale doorverwijzing vormen hier een onderdeel van. Er kan gedacht worden aan behoud van wachttijd bij verkeerd doorverwijzen en overnemen van elkaars diagnose. Hiervoor vindt samenwerking plaats tussen ggz aanbieders, huisartsen en het sociaal domein.
2. Overbrugging en verkorting van wachttijden met ervaringsdeskundigen, zelfhulp en e-health. Door ervaringsdeskundigen in te zetten als aanspreekpunt voor mensen met een psychische vraag kan beter worden ingespeeld op de hulpvraag van een patiënt. Dit heeft effect op de verwijzing, deze kan bijvoorbeeld meer naar ondersteuning zijn of meer een combinatie van behandeling en ondersteuning, waardoor de druk op de wachtlijst afneemt. Daarnaast kan mogelijk door betere ondersteuning met de drie genoemde middelen verergering van de problematiek bij patiënten voorkomen, terwijl zij op een wachtlijst staan. Hierbij kan gedacht worden aan het voorkomen van crises. Bij het implementeren is specifiek aandacht voor het vernieuwen van de e-health modules.
3. Herontwerpen van het uitstroomproces. Doel is dat de juiste zorg op de juiste plek wordt geleverd en daarbij de gehele keten wordt benut. Hierbij wordt gekeken naar het vormgeven van een warme overdracht, het maken van afspraken met de patiënt over de behandelduur en het actiever betrekken van de huisarts en het sociaal domein.
4. Verbeteren van de benutting psychiater capaciteit. In de regio wordt onderzocht mogelijkheden om de capaciteit van de psychiaters in de regio te poolen om de behandelcapaciteit van alle behandelaren in de regio beter te benutten.

Praktische stand van zaken regionale taskforce

Het regionale taskforce heeft een goede bestuurlijke vertegenwoordiging vanuit de betrokken partijen. De gezamenlijke ambitie is om de wachttijden voor 1 januari 2019 binnen de Treeknormen te krijgen. Het regionale taskforce heeft een voorzitter die sterk de verbinding zoekt met de verschillende partijen in de regio. De initiatieven worden uitgezet in het projectteam of kleinere gerichte werkgroepen; zij rapporteren aan het regionale taskforce.