

Dossier wachttijden volwassenen GGz

Dit dossier is onder meer gebaseerd op gesprekken met individuele cliënten, familieleden en vertegenwoordigers van lidorganisaties van MIND. Daarnaast is gebruik gemaakt van casuïstiek die bij MIND (Nationaal Zorgnummer) is binnengekomen en van voorlopige resultaten van casuïstiek-onderzoek door Significant. De notitie is in de loop van 2017 en begin 2018 een paar keer geactualiseerd en zal zo nodig verder worden aangevuld. Reacties zijn welkom via wachttijden@wijzijnmind.nl.

Verkenning van het probleem

De problematiek van de wachttijden is in de loop van 2017 hoog op de politieke agenda komen te staan. Daarbij wordt veelvuldig verwezen naar de Treeknormen. Deze normen geven de maximale wachttijd aan voor aanmelding en behandeling in de curatieve ggz. In de beleving van cliënten en naastbetrokkenen spelen Treeknormen meestal geen grote rol. Wachttijden zijn een probleem dat voor hen veel groter is en tegelijk veel persoonlijker.

Ten eerste zijn de Treeknormen nogal arbitrair. Volgens deze normen is de maximale wachttijd voor een intake vier weken, en daarna tot de start van de behandeling tien weken. Welke wachttijd voor een individuele cliënt acceptabel is, verschilt echter per persoon. Als de psychische klachten snel verergeren of als de problemen een ontwrichtende uitwerking hebben op het gezin of op het werk, dan is hulp veel eerder nodig dan de Treeknormen aangeven. Andersom zijn mensen soms bereid en in staat om iets langer te wachten, als ze weten dat ze dan ook de behandeling kunnen krijgen die het best bij hen past.

Ten tweede vormen wachttijden vaak een onderdeel van een groter probleem om toegang te krijgen tot passende zorg. Verkeerde verwijzingen, van het kastje naar de muur gestuurd worden, geweigerd worden bij een aanbieder omdat je niet in het profiel past of omdat de hulpvraag te ingewikkeld is of omdat er een patiëntenstop is. Het komt allemaal voor. De wachttijd voor een behandeling x is vaak niet meer dan een episode in een veel langere zoektocht naar goede zorg. En als je op de goede plek gekomen bent, kan het gebeuren dat je weer te vroeg wordt weggestuurd (een veelgehoorde klacht in de crisiszorg) of dat je te lang moet blijven (omdat er geen nazorg is).

Ten derde beperken de problemen zich vaak niet tot wachten op een goede behandeling. Als mensen op andere levensgebieden hulp nodig hebben is die soms ook moeilijk te bereiken. Zo is er een directe verbinding tussen wachttijden voor behandeling en wachttijden voor beschermd wonen. En ook bij beschermd wonen kan het gebeuren dat je ergens überhaupt niet welkom bent, omdat een gemeente zijn wettelijke plicht niet nakomt en regiobinding toepast. Ook op andere gebieden, zoals schuldhulpverlening, dagbesteding of ondersteuning bij arbeidsparticipatie, hebben ggz-clieënten soms ervaring met lang wachten, dichte deuren of een gebrek aan aanbod.

De problemen die hierboven geschetst zijn doen zich vooral voor bij mensen met ernstige en complexe aandoeningen. In het algemeen is de ervaring: toegang tot goede zorg en ondersteuning is moeilijker te verkrijgen naarmate je het harder nodig hebt.

Onder druk van voormalig minister Schippers hebben alle partijen in de ggz in juli 2017 toegezegd om de wachttijden binnen één jaar terug te dringen tot binnen de Treeknormen. Hiervoor is een landelijke aanpak ontworpen. De resultaten hiervan zullen echter niet alleen zichtbaar moeten zijn in de cijfers, de tabellen en de grafieken. Mensen zullen het verschil moeten merken, en vooral mensen die nu het meest in de knel zitten. In



deze document onderscheiden we verschillende aspecten van het wachttijden-probleem en benoemen daarbij de belangen van cliënten en hun naasten.

Informatie en communicatie

Er moet goede informatie beschikbaar zijn over wachttijden. Deze informatie dient per regio overzichtelijk beschikbaar te zijn, zodat de wachttijden per hoofdaandoening bij verschillende zorgaanbieders makkelijk te vergelijken zijn. Dit is een belangrijk hulpmiddel voor cliënten, voor (door)verwijzers en voor zorgbemiddelaars. De informatie over wachttijden moet betrouwbaar zijn. De gepubliceerde wachttijden moeten overeenkomen met de feitelijke wachttijden.

Van verwijzers en zorgaanbieders mag verwacht worden dat zij de wachttijdinformatie actief gebruiken. Zij moeten goed communiceren met de cliënt en met elkaar als het wachten lang duurt of als tijdens de wachttijd de situatie verandert.

Voor specifieke behandelingen en aandoeningen met lange wachttijden is het wenselijk om een precies overzicht te hebben van behandelaren in de regio (sociale kaart). In dit overzicht moeten ook kleine praktijken en vrijgevestigde behandelaren zijn opgenomen. Voor zeer specialistische behandelingen is het soms nodig ook overzicht te hebben van aanbod buiten de eigen regio.

Toelichting:

Vanaf 1 januari 2018 zijn zorgaanbieders verplicht om maandelijks hun wachttijden per hoofdaandoening aan te leveren bij Vektis. Deze gegevens moeten overeenkomen met de gegevens op de eigen site van de zorgaanbieder. Alle wachttijdgegevens zullen per oktober of november 2018 beschikbaar komen op de website van Kiezen in de GGz. Tot die tijd is het mogelijk om via MIND de wachttijdgegevens van Vektis voor de eigen instelling of regio op te vragen.

De betrouwbaarheid van de wachttijdgegevens kan op verschillende manieren getoetst worden, bijvoorbeeld door het inzetten van mystery guests.

In de landelijke samenwerkingsafspraken ggz is vastgelegd hoe huisartsen en behandelaren in de basis-ggz en specialistische ggz elkaar moeten informeren en op welke momenten overleg nodig is. Zie:

<https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/landelijke-samenwerkingsafspraken-tussen-huisarts-generalistische-basis-ggz-en-gespecialiseerde-ggz-lga/afspraken>.

Vooraf huisartsen geven aan dat de communicatie met behandelaren in de ggz vaak minder soepel loopt dan bij andere medisch specialisten. De bereidheid om informatie te delen zou minder groot zijn (bron:

<https://www.lhv.nl/actueel/nieuws/huisartsen-problemen-de-ggz-groter-dan-ooit>) Uit de eerste bevindingen van een onderzoek van Significant naar wachttijden blijkt ook een gebrek aan communicatie en persoonlijke contacten. Samenwerking gebeurt vooral aan de hand van regels, protocollen, formulieren en structuren.

“Relaties tussen behandelaren zowel intern als tussen aanbieders zijn gering. Men kent vaak wel de (naam van de) organisatie maar veel minder de mensen. Wat in de praktijk wel lijkt te werken is als mensen elkaar persoonlijk kennen en vertrouwen. Dan kan er meer geregeld worden..”

Sommige regionale taskforces aanpak wachttijden zijn gestart om een sociale kaart op te stellen.

Bemiddeling en toeleiding naar passende zorg

De zorgverzekeraar heeft zorgplicht. Daaraan verbonden is de plicht om verzekerden zo nodig te bemiddelen naar tijdige passende zorg. Het is belangrijk dat zorgverzekeraars bekendheid geven aan hun bemiddelingsfunctie en die laagdrempelig aanbieden. Huisartsen en andere verwijzers moeten zo nodig cliënten wijzen op de mogelijkheid van zorgbemiddeling. Hetzelfde geldt voor een zorgaanbieder die zelf niet in staat is om tijdig zorg te leveren.

Van de verwijzer mag verwacht worden dat hij contact onderhoudt met de cliënt tot het moment dat deze een intakegesprek heeft gehad bij de zorgaanbieder. Is de wachttijd voor een intakegesprek te lang dan moet de verwijzer kijken naar alternatieven of helpen om de zorgbemiddelaar van de verzekeraar in te schakelen.

Zorgaanbieders kunnen een cliënt ook zelf ondersteunen om elders passende zorg te krijgen als de wachttijd te lang wordt. Het verwijzen naar een collega die eerder kan behandelen zou normaal moeten zijn.

Het is wenselijk dat onafhankelijke cliëntondersteuning beschikbaar is voor mensen die extra hulp nodig hebben bij hun zoektocht naar passende zorg.

Toelichting:

Najaar 2017 is een campagne gestart 'Weg van de wachtlijst'. Deze campagne heeft als belangrijk doel om cliënten te wijzen op hun rechten en op de mogelijkheid van zorgbemiddeling door de zorgverzekeraar (bij volwassenen) of gemeente (bij jeugdigen). Er is campagnemateriaal beschikbaar voor huisartsenpraktijken en andere zorgverleners. Zie: www.wegvandewachtlijst.nl

Elke zorgverzekeraar heeft zorgbemiddelaars in dienst die kunnen helpen bij lange wachttijden. Als zorgbemiddeling niet helpt, kan de verzekerde een klacht indienen bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De NZa neemt dan contact op met de zorgverzekeraar om ervoor te zorgen dat deze alsnog aan zijn zorgplicht voldoet. Zie: <https://www.nza.nl/contact/informatie-voor-patient-en-verzekerde/zorgplicht-hoe-krijg-ik-de-zorg-die-ik-nodig-heb>

In april 2018 heeft staatssecretaris Blokhuis aangekondigd dat ook de Inspectie toezicht zal houden op de wachttijden van zorgaanbieders. De Inspectie zal hiervoor nauw samenwerken met de Nza.

Het is vaak niet reëel om van een cliënt te verwachten dat hij zelf het initiatief neemt om zorgbemiddeling in te schakelen en zorgplicht af te dwingen. Mensen zijn vaak niet in staat om zelf aan de bel te trekken als hun toestand verslechtert. En veel cliënten missen het overzicht of zijn – juist door hun psychische problemen – niet in staat om allerlei zaken uit te zoeken of instanties te benaderen.

Onafhankelijke cliëntondersteuning is een taak van gemeenten. Verbetering van de cliëntondersteuning voor mensen met (ernstige) psychische problemen en dak- en thuislozen zal waarschijnlijk een speerpunt worden in de meerjarenagenda beschermd wonen en maatschappelijke opvang die in het voorjaar van 2018 bekend zal worden. Mogelijk wordt het ook een speerpunt bij de inzet van extra middelen van de overheid voor versterking van cliëntondersteuning.

Wachtnlijstbegeleiding

Verwijzers en zorgaanbieders moeten regelmatig contact onderhouden met cliënten op de wachtlijst. Totdat een intake heeft plaatsgevonden ligt die verantwoordelijkheid primair bij de verwijzer, daarna bij de zorgaanbieder. Maar ze moeten ook altijd met elkaar in contact blijven, omdat anders de verantwoordelijkheid tussen hen in valt.

Verwijzers en zorgaanbieders zijn verantwoordelijk om actie te ondernemen als de situatie verslechtert en langer wachten niet verantwoord is. Mogelijke acties zijn: iemand toch eerder dan gepland in behandeling nemen; iemand overdragen naar een collega die eerder kan behandelen; een vorm van overbruggingszorg aanbieden (bijvoorbeeld een wachtgroep of eHealth) of andere vormen van tijdelijke hulp regelen (bijvoorbeeld een zelfhulpgroep of extra ondersteuning voor naastbetrokkenen en mantelzorgers)

Ervaringsdeskundigen, zelfhulpgroepen en cliëntinitiatieven kunnen helpen de wachttijd te overbruggen. Het is goed om hierover afspraken te maken met verwijzers en zorgaanbieders, zodat zij lang wachtenden hiermee in contact kunnen brengen.

Toelichting:

In dit document benoemen we regelmatig welke professionals welke verantwoordelijkheid hebben. Maar verantwoordelijkheden zijn nooit definitief af te bakenen. De essentie is juist dat goede professionals verder kijken dan hun formele taak en altijd betrokken blijven. Dat betekent dat zij – samen met informele hulpverleners – rondom de cliënt staan, goed samenwerken en een netwerk vormen.

In december 2017 is afgesproken dat alle zorgaanbieders voor 1 februari 2018 contact opnemen met mensen die lang bij hen op de wachtlijst staan en dat zij dat ook na die datum regelmatig blijven doen. Het is belangrijk dat deze 'belactie' het belang van de wachtende dient; dat wil zeggen: niet alleen bellen om te checken of iemand nog steeds op de wachtlijst thuishoort, maar ook echt met de wachtende bespreken hoe het gaat en wat in zijn of haar situatie nodig is. Ook de situatie thuis of op iemands werk kan dan ter sprake komen, want als het daar misgaat is snelle hulp geboden.

Als iemand telefonisch onbereikbaar is of als het gesprek aanleiding tot zorgen geeft, kan het nodig zijn om de cliënt thuis te benaderen. Dat hoeft de zorgaanbieder niet per se zelf te doen; het kan ook een samenspel zijn met de huisarts of een sociaal wijkteam.

Cliënt- en familievertegenwoordigers kunnen instellingen vragen om te rapporteren over de wijze waarop zij contact onderhouden met lang wachtenden. Zij kunnen instellingen ook vragen om aan hen te rapporteren over de gehouden 'belacties'.

Diverse instellingen bieden lang wachtenden al e-Health of andere vormen van overbruggingszorg aan. Een goed voorbeeld is de entreegroep van Mediant voor mensen met een persoonlijkheidsstoornis. Deze groep die begeleid wordt door ervaringswerkers en (andere) professionals, biedt tijdens de wachtperiode voorlichting, empowerment, psycho-educatie en onderlinge steun.

Veel cliënten- en familieorganisaties hebben een aanbod voor lotgenotencontact, zelfhulp en/of psycho-educatie. Het is goed als verwijzers en zorgaanbieders cliënten hierop wijzen, zeker in afwachting van of in



vervolg op reguliere hulp. Er zijn wel belangrijke voorwaarden: dit soort initiatieven moeten voldoende (financiële) steun krijgen en zij moeten niet belast worden met zorgtaken die zij niet aankunnen. Tegenwoordig wordt steeds meer verwacht van ervaringsdeskundigen en cliëntorganisaties, maar die verwachtingen moeten wel reëel zijn en er moet passende ondersteuning en beloning tegenover staan.

Zorgaanbod en zorginkoop

Het is noodzakelijk dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders specifieke afspraken maken om voldoende zorgaanbod te creëren en zo lange wachttijden terug te dringen. De zorginkoop of zorgcontractering is hierbij een belangrijk instrument. Daar maakt men als het goed is niet alleen afspraken over de *hoeveelheid* zorg die nodig is, maar ook over de *soort* zorg die nodig is. In het algemeen is het gewenst dat cliënt- en familievertegenwoordigers meer inzicht en invloed krijgen in de zorgcontractering.

In de zorginkoop moet ook aandacht zijn voor nieuwe vormen van zorg, bijvoorbeeld intermediaire voorzieningen of time-out voorzieningen.

Aanmeldstops of patiëntenstops bij aanbieders moeten zoveel mogelijk vermeden worden. Zorgverzekeraars mogen niet vasthouden aan budgetplafonds als hierdoor de tijdige toegang tot zorg in gevaar komt.

Als er in een regio een tekort bestaat aan behandelaren is het belangrijk afspraken te maken hoe men het tekort kan aanvullen en hoe men zo zorgvuldig mogelijk met de beschikbare capaciteit om kan gaan. Samenwerking tussen zorgaanbieders is daarvoor een noodzaak. Extra acties zijn soms nodig om genoeg behandelaren te krijgen voor de crisisdiensten 's avonds, 's nachts, in het weekend en tijdens vakanties.

Toelichting:

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders zijn er samen verantwoordelijk voor dat er voldoende zorgaanbod is. In de zorgcontractering kunnen zij afspraken maken om knelpunten voor specifieke cliëntgroepen op te lossen. Het is bijvoorbeeld mogelijk om geld te oormerken voor behandelingen waar lange wachttijden voor bestaan of voor intensivering van ambulante zorg bij complexe problematiek.

In de praktijk maken zorgverzekeraars en zorgaanbieders in de contractering soms alleen algemene afspraken over het gehele zorgpakket, waarbij een gemiddelde prijs per cliënt wordt afgesproken. Hierdoor ontstaat een prikkel bij zorgaanbieders om vooral cliënten met een lichte of middelzware zorgvraag te helpen. Dit is een van de oorzaken dat lange wachttijden zich vooral voordoen bij cliënten met zware problematiek.

Onder intermediaire voorzieningen verstaan we voorzieningen die lacunes opvullen die cliënten in het zorgaanbod ervaren. Een voorbeeld zijn time-outvoorzieningen waar mensen terecht kunnen als zij een crisis voelen aankomen of als hun mantelzorgers even verlichting nodig hebben. Dit soort voorzieningen zitten vaak op het snijvlak van zorgverzekeringswet en Wmo. Het is daarom goed als zorgverzekeraars en gemeenten daar samen afspraken over maken.

Bij vrijgevestigden is doorgaans geen sprake van onderhandelingen bij de zorginkoop. De zorgverzekeraar stelt dan eenzijdig vast hoeveel zorg tegen welke prijs de behandelaar in een jaar mag leveren. Het verschilt vervolgens hoe flexibel de zorgverzekeraar is als de behandelaar zijn budgetplafond heeft bereikt.

Binnen de Zorgverzekeringwet (Zvw) is al enkele jaren sprake van een forse onderbesteding van het ggz-budget (bijna 300 miljoen euro). Tegelijk zijn er grote knelpunten met wachttijden en opbouw van ambulante zorg voor mensen met complexe problematiek. Je kunt dus stellen dat het beschikbare Zvw-geld onvoldoende gebruikt wordt én ongelijk verdeeld wordt. In 2018 hebben zorgverzekeraars waarschijnlijk voor circa 100 miljoen euro

meer zorg gecontracteerd dan in 2017; maar het is nog onduidelijk of zij ook *gerichter* zorg hebben ingekocht en welke cliënten hiervan zullen profiteren.

Het gebeurt regelmatig dat zorgaanbieders gedurende het jaar aan hun budgetplafond komen en vanaf dat moment een aanmeldstop of patiëntenstop hanteren. Dit is vooral een probleem wanneer er geen volwaardig alternatief (passende zorg zo dicht mogelijk in de buurt) voorhanden is. Bovendien kan de keuzevrijheid van de cliënt in gevaar komen. Budgetplafonds en patiëntenstops komen zowel voor bij grote instellingen als bij kleine instellingen en vrijgevestigden.

Zowel landelijk als in diverse regio's worden acties ondernomen om het aantal opleidingsplaatsen voor behandelaars te vergroten. Specifieke tekorten zijn er onder meer bij behandelaren met expertise op het gebied van trauma's of de combinatie van ggz- en lvb-problematiek.

Het tekort aan regiebehandelaars is in sommige regio's een discussiepunt. In het kwaliteitsstatuut is vastgelegd welke professionals regiebehandelaar mogen zijn. Soms benut men de mogelijkheden van het kwaliteitsstatuut onvoldoende, doordat men bijvoorbeeld geen specialistisch verpleegkundigen als regiebehandelaar wil inzetten.

Doordat veel behandelaren weggaan bij grote instellingen en voor zichzelf beginnen, zijn steeds minder behandelaren beschikbaar voor crisisdiensten. Landelijk wordt gezocht naar een oplossing om vrijgevestigden te stimuleren of te verplichten ook crisisdiensten te draaien. Die oplossing is nog niet gevonden. In sommige regio's maken instellingen en vrijgevestigden al zelf afspraken over het bezetten van de crisisdienst. Dit onderwerp krijgt ook aandacht bij de aanpakken voor personen met verward gedrag.

Verwijzingen; instroom en doorstroom specialistische zorg

Onnodige of verkeerde verwijzingen naar de specialistische ggz moeten zoveel mogelijk voorkómen worden. Huisartsen en POH's-ggz moeten voldoende toegerust zijn om goed te kunnen verwijzen. Zij moeten hun eigen deskundigheid op peil houden en gebruik kunnen maken van de consultatiefunctie van de specialistische ggz. Preventie en vroegsignalering zijn nodig om de toestroom tot de ggz af te remmen.

Vooraf de wachttijden voor aanmelding/intake zijn veel te lang. Die moeten dus extra worden aangepakt.

Bij doorverwijzingen binnen de ggz is het belangrijk om gebruik te maken van alle diagnostische kennis die er al is. Bij iedere doorverwijzing opnieuw beginnen met intake en diagnosestelling is belastend voor de cliënt en heeft een negatief effect op de wachttijden.

Het is zeer onwenselijk dat mensen van het kastje naar de muur gestuurd worden en te maken krijgen met diverse wachttijden achter elkaar. Dat risico bestaat vooral bij mensen met complexe zorgvragen. Goede communicatie en afspraken zijn nodig over: het tegengaan van stapeling van wachttijden; warme overdracht (een cliënt niet loslaten, tot het moment dat een goede vervolgplek geregeld is), en het creëren van behandelaanbod voor mensen van wie de zorgvraag niet in één hokje past.

Toelichting:

Verwijzingen naar de specialistische ggz zijn soms onnodig, omdat volstaan kan worden met lichtere vormen van zorg of ondersteuning. Denk aan: hulp vanuit de POH-ggz, de basis-ggz of het sociaal domein; ondersteuning door ervaringsdeskundigen of in zelfhulpgroepen. Andersom is het belangrijk om wel snel en goed door te verwijzen naar de specialistische ggz waar dat nodig is.

Goed voorbeeld: Het Zelfregiecentrum Venlo en Proviso werken samen rond de inzet van ervaringsdeskundigen in de huisartsenpraktijk. Een van de doelen is preventie in de eerstelijns te versterken waardoor de instroom in de specialistische ggz kan worden verminderd.

Nog een goed voorbeeld: Mediant heeft een mobiel team dat huisartsen en POH's-ggz ondersteunt met consultatie. Een van de doelen is om onnodige of verkeerde verwijzingen naar de specialistische ggz te voorkómen.

En nog een laatste voorbeeld: GGZ Noord-Holland Noord is gestart met een project om bij intakegesprekken standaard een ervaringsdeskundige te betrekken.

Veel zorgaanbieders rekken de wachttijd voor de intake op, zodat zij na de intake sneller kunnen starten met de behandeling. Verreweg de meeste overschrijdingen van de Treeknormen zien we dan ook bij de wachttijden voor de intake. Dat is nadelig voor de cliënt. Natuurlijk is het prettig als de behandeling na de intake snel van start kan gaan. Maar extra lang wachten op de intake betekent dat het langer duurt voordat de cliënt een specialist ziet en zeker weet dat hij aan het juiste adres is. Het duurt ook langer voordat – zo nodig – overbruggingshulp kan worden ingezet.

Het verkorten van de intake-wachttijden betekent dat instellingen hun organisatie moeten aanpassen. Een cliëntenraad of familierraad kan elke maand of elk kwartaal de cijfers opvragen om te controleren of de wachttijden al korter zijn geworden.



Wanneer sprake is van meervoudige problematiek (verslaving – psychische aandoening; trauma – persoonlijkheidsstoornis; autisme – eetstoornis, enzovoort) zien we vaak dat cliënten heen en weer gestuurd worden met het argument dat het een niet behandeld kan worden voordat het ander behandeld is, of andersom. Ook mensen met acute klachten (zelfbeschadiging, suïcidaliteit) worden nogal eens geweigerd voor een behandeling, zonder dat een goed alternatief wordt geboden. Hier speelt enerzijds een gebrek aan specialistisch aanbod een rol anderzijds een gebrek aan communicatie, samenwerking en zorgvuldige begeleiding van de cliënt.

Uitstroom specialistische ggz

Afspraken zijn nodig om een goede uitstroom uit de ggz te bevorderen. Het is niet wenselijk dat mensen onnodig lang in behandeling (of in opname) blijven. Het is wel nodig dat alle voorwaarden om met een behandeling (of een opname) te stoppen goed vervuld zijn. De regiebehandelaar is hier verantwoordelijk voor. Samenwerking met andere behandelaars, eerstelijnszorg, gemeenten, cliëntenorganisaties en andere partijen is vaak noodzakelijk.

Aandachtspunten zijn:

- in een behandeling tijdig inzetten op herstel en op het regelen van vervolghulp
- goede overdracht naar de huisarts/POH
- Goede overdracht naar ondersteuning vanuit de Wmo: begeleiding, dagbesteding
- goed overleg met familie en andere informele zorgverleners; zo nodig mantelzorgondersteuning
- gebruik maken van ondersteuning door ervaringsdeskundigen en initiatieven voor zelfhulp, ontmoeting, herstel en dergelijke
- goede huisvesting, stabiel inkomen, dagbesteding of werk; zo nodig hulp bij administratie of schulden, enzovoort
- afspraken over de mogelijkheid om snel terug te vallen op specialistische ggz als het toch niet goed gaat

Alle betrokken organisaties moeten ook samenwerken om hun beleid op middellange en lange termijn op elkaar af te stemmen. Anders is het risico dat zij problemen op elkaar blijven afschuiven en dat gaat uiteindelijk altijd ten koste van de cliënt of burger met psychische kwetsbaarheid.

Toelichting:

De werkwijzer medisch noodzakelijk verblijf beschrijft wat nodig is om na een opname iemand tijdig én verantwoord weer naar huis te laten gaan. Een cruciale factor is de samenwerking tussen zorgaanbieder en gemeente en het tijdig starten van trajecten voor WMO-begeleiding, dagbesteding, huisvesting en dergelijke. Ook het tijdig regelen van passende ambulante zorg is een belangrijke voorwaarde. De werkwijzer zal naar verwachting in het voorjaar van 2018 beschikbaar komen.

Goed voorbeeld: Zelfregiecentrum Venlo en Proviso organiseren herstelgerichte groepsbijeenkomsten in de huisartsenpraktijk voor 'module 5 cliënten' (chronische psychiatrische problematiek, gestabiliseerd). De bijeenkomsten worden begeleid door een ervaringsdeskundige.

Wachttijden voor behandelingen zijn niet het enige probleem in de ggz. Zo zijn er ook lange wachttijden voor beschermd wonen en is er vaak onvoldoende hulp om na een behandeling (opnieuw) een eigen leven op te bouwen en te participeren in de samenleving. Het een heeft invloed op het ander. Als een gemeente bezuinigt op beschermd wonen, neemt de druk op de ggz toe; en andersom. Zelfinitiatieven dragen graag een stukje bij aan de oplossing, maar als reguliere voorzieningen wegvallen, kunnen zij het ook niet meer aan. Een duurzame oplossing voor de wachttijden in de ggz kan dus alleen gevonden worden in breder verband. Alle partijen (zorgverzekeraars, gemeenten, zorgaanbieders, cliënt- en familieorganisaties, welzijnswerk, woningcorporaties) zullen samen moeten werken vanuit het belang van de burger met een psychische kwetsbaarheid. Platforms waarin partijen kunnen samenwerken zijn onder meer: regionale plannen beschermd wonen, overleggen ambulantisering, taskforces EPA, overleggen aanpak personen met verward gedrag,

Specifieke of complexe zorgvragen

Het is belangrijk om per regio na te gaan welke doelgroepen specifiek te maken hebben met lange wachttijden of slechte toegankelijkheid van zorg en daar acties op te ondernemen.

Daarnaast is het nodig om in kaart te brengen welke specifieke problemen er zijn bij toegang tot passende zorg voor mensen met zware of complexe problematiek (bijvoorbeeld dubbeldiagnose).

Afspraken tussen partijen zijn nodig over hoe zij om willen gaan met complexe zorgvragen, crisissituaties en mensen die tussen wal en schip dreigen te vallen. Waar nodig moet een behandelaar kunnen beslissen om de wachtlijst te negeren en iemand direct zorg te verlenen.

Elke gemeente of regio heeft een doorzettingsmacht nodig, dat wil zeggen een persoon of instantie die een oplossing in het belang van de cliënt en zijn naasten forceert op het moment dat iemand vastloopt in het systeem.

Toelichting:

Nu alle gegevens over wachttijden per 2018 bij Vektis worden aangeleverd, is het mogelijk om per regio of per instelling een maandelijks overzicht te krijgen van wachttijden per hoofdaandoening. Vanaf oktober of november zullen de gegevens te zien zijn op de website van Kiezen in de GGZ. Tot die tijd is het mogelijk om via MIND wachttijdgegevens voor de eigen regio op te vragen.

In de landelijke afspraken voor terugdringen van wachttijden worden vier groepen cliënten specifiek benoemd, omdat voor hen de gemiddelde wachttijden het langst zijn: pervasieve stoornissen (autistisch spectrum), persoonlijkheidsstoornissen, trauma of ggz-problematiek in combinatie met een licht verstandelijke beperking. MIND heeft daarnaast signalen van extra lange wachttijden bij behandelingen voor een eetstoornis of een verslaving. Uit cijfers van het voorjaar 2018 blijkt dat er ook lange wachttijden zijn voor angststoornissen

Problemen voor mensen met zware of meervoudige problematiek die zich voordoen zijn onder meer:

- Bij meerdere aandoeningen: geen integrale behandeling en gesteggel over welke aandoening eerst behandeld moet worden ('wij kunnen u pas helpen als u eerst...')
- Veranderingen in diagnoses of te late herkenning van onderliggende problematiek. Dat laatste geldt bijvoorbeeld bij trauma. Hierdoor staan mensen vaak eerst op de verkeerde wachtlijst.
- Weigering van zorg op grond van iemands problematiek. Juist iemands zorgvraag geldt dan als contra-indicatie: bijvoorbeeld geen toegang tot behandeling zolang je suïcidaal bent of jezelf beschadigt. Een alternatief of een warme overdracht naar een andere behandeling ontbreekt in deze situaties nog te vaak. Onduidelijk is hoe je dan wel zorg kunt afdwingen.
- Vrijwillige crisisopname is moeilijk te krijgen; en soms worden mensen na een crisisopname weer te snel naar huis gestuurd. Alternatieven in de vorm van intensieve zorg thuis (bijvoorbeeld intensive home treatment) zijn in veel regio's nog onvoldoende aanwezig.
- Zeer lange wachttijden voor Klinische Intensieve Behandeling (KIB) of Langdurige Intensieve Zorg (LIZ)
- Instellingen hebben te weinig overzicht van alternatief zorgaanbod in andere instellingen of zijn te terughoudend om door te verwijzen



Vaak is er nog onvoldoende aandacht voor de persoonlijke situatie van de cliënt: hoe woont iemand, welke personen heeft hij om zich heen? Zijn er misschien ook problemen met huisvesting of schulden? Het is belangrijk om daar wel zicht op te hebben, want het is ook bepalend voor hoe urgent iemands situatie is.

In het regeerakkoord is een passage opgenomen dat het kabinet het instellen van een doorzettingsmacht overweegt om de wachttijdproblematiek te doorbreken. Het schakelteam personen met verward gedrag roept ook op om doorzettingskracht of doorzettingsmacht te regelen. Als het goed is staat dit thema op de agenda bij alle lokale of regionale overleggen voor de aanpak personen met verward gedrag. Het is wel zo dat de focus daarbij soms eenzijdig ligt op het grensvlak van zorg en veiligheid. Het is dan belangrijk om ook aandacht te vragen voor mensen die geen gevaar vormen voor hun omgeving.

MIND zet zich sterk in voor het instellen van een doorzettingsmacht in elke gemeente of regio, zowel voor volwassenen als voor kinderen en gezinnen die vastlopen in het systeem. In het voorjaar 2018 voeren staatssecretaris Blokhuis en MIND hierover gezamenlijk overleg.

Een goed voorbeeld van doorzettingsmacht is de Zorgconsul in Rotterdam

Inzet van ervaringsdeskundigen en cliëntorganisaties

Ervaringsdeskundigen, cliënten en naastbetrokkenen kunnen een bijdrage leveren aan de aanpak van wachttijden. Voorwaarde is dat zij niet overvraagd worden en zelf voldoende ondersteuning krijgen. Daarnaast moet er voldoende geld zijn voor inzet van ervaringsdeskundigheid en cliënt- en familieorganisaties.

Informatie en communicatie:

- meldingen verzamelen over foutieve wachttijdgegevens, inzetten mystery guests ;
- bijdragen aan sociale kaart van behandelaren en alternatieven voor behandeling

bemiddeling en toeleiding naar passende zorg:

- voorlichting over recht op zorg en over mogelijkheden van zorgbemiddeling
- Cliëntondersteuning; ook ondersteuning van mensen om via de zorgverzekeraar of NZa recht op zorg af te dwingen.

WachtlIJstbegeleiding:

- agenderen belang wachtlIJstbegeleiding bij raden van bestuur instellingen
- Inzet ervaringsdeskundigen bij wachtgroepen en overbruggingszorg
- Eigen aanbod lotgenotencontact, zelfhulp, psycho-educatie e.d. voor lang wachtenden

Zorgaanbod en zorginkoop:

- Belangenbehartiging in de jaarlijkse cyclus van zorgcontractering; beïnvloeden van inkooppeisen zorgverzekeraars
- Actie ondernemen n.a.v. meldingen over patiëntenstops en dergelijke; bijvoorbeeld regionale media inschakelen

Verwijzingen, instroom en doorstroom specialistische zorg

- Bijdragen aan preventie, bijvoorbeeld door inzet van ervaringsdeskundigen in de eerste lijn; of door laagdrempelig aanbod voor zelfhulp, inloop, time-out, enzovoort
- Voorlichting aan huisartsen en andere verwijzers over specifieke aandoeningen
- Inzet ervaringsdeskundigen bij intake

Uitstroom specialistische ggz:

- Inzet ervaringsdeskundigen bij zorgaanbieders tijdens behandeling en rondom uitstroom
- Eigen aanbod voor ontmoeting, herstel en participatie; afspraken met zorgaanbieders voor goede overdracht

Specifieke of complexe zorgvragen:

- verzamelen van specifieke knelpunten en individuele casuïstiek, bijvoorbeeld door een regionale meldactie
- Publiciteit en belangenbehartiging aan de hand van grootste knelpunten en urgente casuïstiek
- Lobbyen voor het instellen van een lokale of regionale doorzettingsmacht.

Amersfoort, 12 april 2018

NVdW