

Tussenevaluatie Actieplan Vervolgaanpak Wachttijden GGZ 2018-2019

Regionale aanpak wachttijden in de GGZ: van analyse naar gerichte actie

1. Inleiding

In de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en verslavingszorg wacht een groot aantal mensen op behandeling, vooral in de gespecialiseerde GGZ. Daarom is in de zomer van 2017 het Actieplan Wachttijden GGZ aangeboden aan de Tweede Kamer. Afgelopen zomer is daar een vervolg op gekomen met het [Actieplan Vervolgaanpak Wachttijden 2018-2019 \(hierna: Actieplan Vervolgaanpak\)](#), ondertekend door branchepartijen in de GGZ¹.

Gezamenlijk willen we de aanhoudende wachttijden voor alle doelgroepen in de GGZ en verslavingszorg binnen de Treeknormen krijgen. Per regio verschilt het aantal wachtenden maar ook per type stoornis. Het Actieplan Wachttijden is ondersteunend aan de verantwoordelijkheid van aanbieders en zorgverzekeraars om de wachttijden terug te dringen tot onder de Treeknorm.

Wachttijden zijn niet alleen een probleem van de GGZ in de zorgverzekeringswet. Ook op andere plaatsen in de zorg zijn er lange wachttijden. Een gebrek aan medewerkers speelt daarin frequent ook een rol.

Naast het Actieplan Vervolgaanpak Wachttijden 2018-2019 zijn ook de afspraken in het [Hoofdlijnenakkoord GGZ](#), dat in juli 2018 gesloten werd, een stevige impuls voor de aanpak van de wachttijden. Die afspraken hebben betrekking op de volgende onderwerpen: 'vergroten capaciteit opleidingen', 'verminderen regeldruk', 'evaluatie van het kwaliteitsstatuut' en de 'samenhang van ggz met het sociaal domein'.

In deze tussenevaluatie van de landelijke Stuurgroep Wachttijden blikken we terug op het afgelopen half jaar en geven we aan wat de vervolgacties zijn tot 1 juli 2019.

2. Terugblik op het afgelopen half jaar

De kern van het Actieplan Vervolgaanpak is een regionale aanpak, want cliënten die dringend wachten op geestelijke gezondheidszorg zijn het beste geholpen met maatwerk in de regio.

Daarom heeft de Stuurgroep 31 regio's gefaciliteerd en gestimuleerd om in Regionale Taskforces (verder afgekort als RT's) vanuit een gezamenlijke knelpuntenanalyse tot oplossingen te komen. In bijlage 2 leest u per regio wat de inzichten en oplossingen zijn. De ondersteuning wordt nu waar mogelijk gefaseerd afgebouwd, zodat de RT's zelfstandig aan oplossingen kunnen werken. In enkele andere regio's voeren we juist de druk op om de RT's van start te laten gaan of te versnellen. Iedere RT heeft een contactpersoon uit de landelijke Stuurgroep.

Status per 18 dec. 2018	Geen RT nodig / samenvoegen met andere regio	RT nog niet gestart	RT gestart, met ondersteuning	RT draait zelfstandig
Aantal regio's	6 + 2	2	13	8

¹ Branchepartijen die het actieplan vervolgaanpak wachttijden 2018-2019 hebben ondertekend zijn: GGZ Nederland, MeerGGZ, MIND en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). De LVVP, NVvP, V&VN, NIP en P3NL hebben zich achter de vervolgaanpak geschaard.

Daarnaast hebben wij geïnvesteerd in verdiepende trajecten, transparantie en communicatie. In bijlage 1 leest u meer over de voortgang en de inzichten.

Verdiepende trajecten	We laten vier onderwerpen uitwerken door gespecialiseerde bureaus. Het gaat om 1) lange wachttijden voor specifieke cliëntgroepen, 2) casusaanpak en mogelijkheden voor doorzettingsmacht (voor complexe casuïstiek), 3) vormen van wachttijdbegeleiding en 4) de inzet van ervaringsdeskundigen in het kader van de wachttijdproblematiek. Begin 2 ^e kwartaal van 2019 verwachten we de eerste uitkomsten, die we zullen gebruiken om de RT's te ondersteunen.
Transparantie	Met een kwartaalrapportage van Vektis krijgen we inzicht in de wachttijden per regio en per hoofddiagnosegroep (hotspotrapportage, zie ook bijlage 3). Vanaf 1-1-2019 krijgen alle regio's elk kwartaal de beschikking over een regionale hotspotrapportage, die inzicht geeft in de wachttijden per hoofddiagnosegroep naar aanbieder. Zo kunnen zij gericht sturen op het terugdringen van de hoogste wachttijden. ²
Communicatie	De tweewekelijkse nieuwsupdate Actieplan Vervolgaanpak (gekoppeld aan de site www.wegvandewachttijst.nl) wordt verspreid onder ongeveer 600 geïnteresseerden. Hierin staan goede voorbeelden uit de praktijk, blogs van positieve denkers en het laatste nieuws rond het Actieplan.

3. Recente cijfers wachttijden

Uit de NZa [informatiekaart wachttijden GGZ](#) van december 2018 blijkt dat bij zowel de generalistische basis GGZ als de gespecialiseerde GGZ de gemiddelde *aanmeldwachttijd* nog steeds te hoog is.

Voor de *totale gemiddelde wachttijd* in de gespecialiseerde GGZ (G-GGZ) vallen vier hoofddiagnosegroepen op: met name voor aandachtstekortstoornissen³, angststoornissen, pervasieve stoornissen (autisme) en persoonlijkheidsstoornissen zijn de gemiddelde wachttijden lang.

Voor eetstoornissen en bipolaire- en overige stemmingsstoornissen zijn de *aanmeldwachttijden* te lang, maar valt de *totale gemiddelde wachttijd* binnen de Treeknorm.

De *totale gemiddelde wachttijden* voor de basis GGZ (GB-GGZ) blijven binnen de Treeknorm⁴. Waar *landelijk gemiddelde wachttijden* binnen de Treeknorm vallen, gebeurt het nog wel vaak dat regionaal of binnen een instelling of bij een vrijgevestigde aanbieder, de Treeknormen worden overschreden. Meer inzicht hierin vindt u in het overzicht per regio in bijlage 3.

² In november is de website kiezenindeggz.nl gelanceerd die patiënten en verwijzers inzicht geeft in wachttijden per zorgaanbieder en hoofddiagnose.

³ Deze patiëntengroep van aandachtstekortstoornissen groep is niet opgenomen in het verdiepende traject 'lange wachttijden voor specifieke cliëntgroepen', omdat bij de opdrachtverstrekking van dit verdiepende traject de wachttijd voor deze patiëntgroep nog binnen de Treeknorm viel.

⁴ De Treeknorm beschrijft de maximaal aanvaardbare wachttijd. Voor de basis-GGZ (GB-GGZ) en de gespecialiseerd GGZ (G-GGZ) ligt die op 4 weken voor de aanmeldwachttijd en op 14 weken voor de totale wachttijd.

Jaarlijks starten ongeveer 290.000 nieuwe behandeltrajecten – initiële DBC's - in de gespecialiseerde GGZ, verdeeld over verschillende diagnosegroepen en trajecten waarbij de diagnose nog niet bekend is. Dit is exclusief de crisis-DBC's. Op basis van deze jaarlijkse instroom en de gemiddelde wachttijden heeft Vektis een schatting gemaakt van het aantal wachtenden. GGZ Nederland en MeerGGZ hebben, ter vergelijking, het actueel aantal wachtenden bij hun leden uitgevraagd.

Het aantal wachtenden in de gespecialiseerde GGZ ligt naar verwachting tussen de 47.000 (met input van actuele aantallen wachtenden) en 56.000 mensen (uitkomsten van het model). Het model lijkt dus een overschatting van 14% te geven voor het aantal wachtenden, mogelijk door dubbeltellingen van mensen met DBC's bij verschillende diagnosegroepen, of door andere oorzaken.

Voor de verschillende diagnosegroepen zijn er zowel bij instellingen als bij vrijgevestigden veel zorgaanbieders (tussen de 65 en 75%, afhankelijk van de diagnosegroep) die aangeven een wachttijd te hebben van 14 weken of korter (de Treeknorm). Dat betekent dat patiënten die lang zouden moeten wachten soms sneller terecht kunnen bij andere aanbieders.

Antwoord op de vraag hoeveel mensen langer dan 14 weken wacht is nog niet te geven. Dit aantal is lastiger modelmatig te schatten en cijfers uit de praktijk ter validatie zijn nog niet voorhanden. Dit werken we de komende tijd uit.

Samengevat is het beeld als volgt (zie bijlage 3 voor een toelichting en een beeld per regio).

Hoofddiagnosegroep G-GGZ	Aanmeldwachttijd (Treeknorm 4 weken)	Totale wachttijd (Treeknorm 14 weken)	Schatting aantal wachtenden
Aandachtstekort- en gedragsstoornissen	8	14	2.500- 2.900
Angststoornissen	8	14	8.300- 9.400
Bipolair en overige stemmingsstoornissen	8	13	1.000-1.200
Eetstoornissen	8	13	800- 900
Persoonlijkheidsstoornissen	11	20	7.300-8.300
Pervasieve stoornissen	11	20	2.000-2.300

Cijfers uit de NZa informatiekaart (wachttijden oktober 2018) - gebaseerd op data Vektis - december 2018). Schatting aantal wachtenden is modelmatige schatting (Vektis). Voor een uitgebreid overzicht van de wachttijden per hoofddiagnosegroep en per regio (op basis van cijfers van Vektis) verwijzen we u naar bijlage 3.

4. Concrete plannen per regio

Alle inkoopende- en uitvoerende partijen in de regio zijn eigenaar van (onderdelen van-) het wachttijdprobleem. Een aantal regio's slaagt er behoorlijk in om de wachttijden binnen de Treeknormen te brengen en te houden. We stimuleren hen om daarmee door te gaan.

Aan alle regio's wordt gevraagd informatie van de goede voorbeelden die in de regio worden uitgevoerd (zowel in regionaal verband als bij individuele instellingen) te delen op het congres (11-4), via de nieuwsbrief van wegvandewachtlijst.nl en op de website van wegvandewachtlijst.nl. In de informatie van goede voorbeelden wordt aangegeven voor welk

probleem het beste voorbeeld een oplossing biedt. En wanneer, met welke samenwerkende partijen die oplossing in de regio is bereikt. En wat het (verwachte) effect op de bekorting van de wachttijd is (geweest).

De 21 regio's met de langste wachttijden zullen hun plan van aanpak openbaar maken. Het betreft de regio's waar de wachttijden voor minimaal drie van de zes hoofddiagnoses die de NZa identificeert te lang zijn. Op deze manier wordt voor cliënten, verwijzers en andere betrokkenen niet alleen transparant wat de wachttijden zijn, maar ook wat ondernomen wordt om ze terug te dringen. Bovendien ontstaat zo landelijk inzicht in de voortgang van de aanpak wachttijden en kunnen regio's elkaar inspireren en van elkaar leren.

In hun plan van aanpak gaan regio's in op de belangrijkste uitdagingen: kortere wachttijden voor de geïdentificeerde hoofddiagnosegroepen; snelle, goede triage en korte wachttijd tot het eerste gesprek; oplossingen bij complexe casuïstiek. Waar partijen gezamenlijk geschillen knelpunten constateren die op regionaal niveau onoplosbaar zijn gebleken worden deze benoemd. Regio's kiezen zelf hoe zij in hun plan van aanpak verbinding leggen met andere regionale ontwikkelingen en plannen. Het is de verantwoordelijkheid van iedere regio om de urgente wachttijdproblematiek snel aan te pakken en tegelijk de samenhang met andere beleidsontwikkelingen te bewaken.

De landelijke stuurgroep zal de regio's ondersteunen door hen feedback te geven op de plannen van aanpak en gericht, te verwijzen naar goede voorbeelden elders en naar de uitkomsten van de verdiepende trajecten. Op deze manier leggen we de focus op die regio's waar het grootste risico op te lang wachten zich voordoet en proberen we via de weg van inspiratie, goede voorbeelden en transparantie ook deze regio's een dalende lijn te laten ontwikkelen op het punt van de wachttijden. Dit ontslaat andere regio's natuurlijk niet van hun plicht om ook daar de wachttijden minimaal onder de treeknorm te brengen en maximaal terug te dringen.

Uit de Vektis cijfers van november 2018 (zie ook bijlage 3) blijkt dat het gaat om de volgende regio's:

De 5 regio's met gemiddeld de hoogste wachttijden	Regio's die op 3 of meer van de 6 door de NZa geïdentificeerde hoofddiagnosegroepen boven de Treeknorm scoren
<ol style="list-style-type: none"> 1. Flevoland, 2. Midden-Holland 3. Haaglanden 4. Arnhem 5. Zuid-Limburg 	<ol style="list-style-type: none"> 6. Nijmegen, 7. Groningen 8. Utrecht 9. Rotterdam 10. Drenthe 11. Amsterdam 12. Midden-Brabant 13. 't Gooi 14. Midden-IJssel 15. Noordoost-Brabant 16. Apeldoorn/Zutphen e.o. 17. Zuid-Hollandse Eilanden 18. Zwolle 19. Westland Schieland en Delfland 20. Twente 21. Zaanstreek-Waterland

5. Overige acties

De Stuurgroep wil in 2019 met deze nieuwe acties een meer gerichte stap zetten (met de focus op een aantal aandoeeningen en regio's) om de wachttijden in de GGZ daadwerkelijk te reduceren. Daarbij merken we op dat, naast de inzet van de aanbieders, verzekeraars en gemeenten (en hun onderlinge regionale samenwerking), de te verwachten resultaten ook sterk beïnvloed kunnen worden door een tekort aan personeel (arbeidsmarkt), de regeldruk en de samenhang met het sociaal domein. Het aanpakken/oplossen van deze laatste drie elementen vergt een langere adem dan het intensiveren van de inzet en de samenwerking.

Aanvullende sturing door wethouders en raden van bestuur van zorgaanbieders en zorgverzekeraars is nodig om de wachttijden nadrukkelijker te betrekken bij de in- en verkoopafspraken. Iedere patiënt die langer dan noodzakelijk en verantwoord moet wachten op geestelijke gezondheidszorg, is er immers één te veel. Momenteel is nog onvoldoende bekend op welke wijze en hoe expliciet de wachttijdproblematiek in de contractering besproken wordt. De NZa-monitor contractering die in het tweede kwartaal van 2019 verwacht wordt zal hier meer duidelijkheid over geven. Dit zal mogelijk leiden tot aanvullende acties vanuit de Stuurgroep Wachttijden.

De Stuurgroep coördineert en faciliteert dit proces landelijk onder meer door middel van hotspotrapportages per regio op basis van data van Vektis. Daarnaast organiseert de Stuurgroep oplossingsgerichte werkconferenties (in maart 2019) rond de top 6 hoofddiagnosegroepen. De (voorlopige) uitkomsten van de vier verdiepende trajecten (zie bijlage 1) worden hierbij betrokken.

Op 11 april 2019 vindt het [congres 'Meer grip op wachttijden in de GGZ'](#) plaats, waar net als vorig jaar de staatssecretaris bij aanwezig zal zijn. Kennis delen, elkaar inspireren en leren van een ander staan bij dit congres voorop.

Dat is ook het doel van de tweewekelijkse nieuwsupdate die via de aan het Actieplan Vervolgaanpak gekoppelde site www.wegvandewachtlijst.nl wordt verspreid, met hierin goede voorbeelden uit de praktijk, blogs van positieve denkers en het laatste nieuws rond het Actieplan.

6. Tot slot

Met deze tussenevaluatie hebben partijen laten zien welke stappen er afgelopen periode ondernomen zijn en welke acties er in de tweede helft van de looptijd van het Actieplan Vervolgaanpak (januari-juli 2019) volgen. Begin juli volgt het eindverslag over de resultaten van het Actieplan Vervolgaanpak Wachttijden GGZ.

In deze tussenevaluatie ligt de nadruk op de ontwikkeling van RT's en het verbeteren van onderlinge samenwerking in de regio om verkorting van wachttijden te realiseren. Partijen benadrukken hierbij dat, naast de regionale samenwerking en de in- en verkoop van behandeling, een andere belangrijke bijdrage van de individuele aanbieders (instellingen en vrijevestigden) zelf komt c.q. zal moeten komen. Zoals eerdere projecten bij o.a. GGZ Noord-Holland Noord, Dimence en GGNet hebben laten zien is veel te bereiken met het aanpakken van de instroom, door- en uitstroom, als ook het zelfkritisch evalueren van diagnostiek en behandeling bij onvoldoende behandelresultaat. Dit is en blijft een eigen verantwoordelijkheid van aanbieders (instellingen en vrijevestigden) zelf en kan niet worden opgelost met het verbeteren van de regionale samenwerking.

Bijlage 1 – Inhoud Actieplan Vervolgaanpak Wachttijden GGZ 2018-2019

De kern van het Actieplan Vervolgaanpak Wachttijden GGZ 2018-2019 is gebaseerd op 4 pijlers. Onderstaand leest u de voortgang hierop en de verbinding met de genummerde actiepunten uit het plan. Een aantal actiepunten (7 en 10 t/m 12) worden uitgewerkt aan de tafels van het HLA. De actiepunten 8.1 (ontwikkeling eHealth modules voor wachttijdbegeleiding) en 8.2 (nascholingsmodules voor wachttijdbegeleiding) zijn vanwege financiële en procesmatige redenen nog niet opgepakt. Aan alle andere actiepunten wordt hierna gerefereerd.

1. Regionaal maatwerk

Het doel van de regionale taskforce (verder afgekort als RT) is dat zorgaanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten in samenwerking met elkaar en met cliënt- en familievertegenwoordigers oorzaken van de wachttijdproblematiek achterhalen en oplossingen vinden, focus aanbrengen en tot uitvoering overgaan. Het bijeenbrengen van veel partijen blijkt in de praktijk al een deel van de winst te zijn. De RT's hebben een eigen agenda bepaald op basis van de grootste problemen in de regio. Op die manier kan via de taskforces regionaal maatwerk worden geleverd, zowel in de analyse als in de aanpak.

Daarna zijn er vervolgstappen gedefinieerd om de knelpunten op te lossen. In de regionale overleggen blijkt focus aanbrengen en prioritering van groot belang. Het regionale overleg wordt, waar mogelijk, gekoppeld aan bestaande initiatieven in de regio rondom wachttijd. (geen nieuwe overleggen als er ergens bij aangehaakt kan worden). In de RT's nemen alle ketenpartijen deel, zoals huisartsen, zorgverzekeraars, GGZ aanbieders (instellingen en vrijgevestigden), cliëntvertegenwoordigers en gemeenten (relatie met actiepunten 1, 3b en 4).

2. Transparantie

Kwartaalrapportages per regio

De Stuurgroep Wachttijden stuurt via de kwartaalrapportages (ook wel hotspotrapportages genoemd) op de cijfers van de gemiddelde wachttijd per regio, per aanbieder binnen die regio en per type doelgroep cliënten. De hotspotrapportages worden vanaf december 2018 ook op de website www.wegvandewachttijst.nl geplaatst (relatie met actiepunt 13a).

Nadere Regeling transparantie GGZ van de NZa

De regeling verplicht alle aanbieders (instellingen en vrijgevestigden) om wachttijdinformatie op hun website te plaatsen en om deze informatie door te leveren aan Vektis. Vektis op haar beurt levert deze informatie door aan de keuzewebsite www.kiezenindeggz.nl. De NZa heeft eind december een [informatiekaart wachttijden GGZ](#) gestuurd aan VWS. De transparantieregeling wordt in januari 2019 door de NZa geëvalueerd.

Keuze informatie

Op 8 november is de keuzewebsite www.kiezenindeggz.nl gelanceerd, een initiatief van MIND en Zorgverzekeraars Nederland. Er is gewerkt aan een koppeling tussen de wachttijdgegevens binnen Vektis en die van de site [kiezenindeggz.nl](http://www.kiezenindeggz.nl). Daarmee hebben potentiële cliënten direct zicht op de wachttijden die aangeleverd zijn. Dit motiveert zorgaanbieders ook om wachttijden op de eigen website en de doorlevering aan Vektis actueel te houden.

3. Samenwerking in- en verkoop tussen zorgaanbieders en verzekeraars / contractering / bijcontractering

Momenteel is nog onvoldoende bekend op welke wijze en hoe expliciet de wachttijdproblematiek in de contractering besproken wordt. De NZa-monitor contractering die in het 2^e kwartaal 2019 verwacht wordt zal hier meer duidelijkheid over geven.

Uit de voorlopige signalen die de stuurgroep ontvangt over contractering en wachttijden komt een divers beeld naar voren. De mate van vertrouwen tussen zorgaanbieder en verzekeraar speelt een rol. Afspraken over het terugdringen van wachttijden worden zeker niet altijd gemaakt. Sommige aanbieders en verzekeraars willen daar ook geen concrete afspraken over maken. Een kwantitatief beeld van afspraken die wel gemaakt zijn ontbreekt, omdat het marktgevoelige informatie betreft.

Onderwerpen in de contractering die raken aan de wachttijdproblematiek zijn in ieder geval:

- Afspraken over omzetplafonds en bijcontractering. Vooral bij vrijgevestigden gaat het daarbij ook om planning en communicatie: problemen met omzetplafonds worden te laat gemeld of de periode voor bijcontractering wordt vanuit het perspectief van vrijgevestigden te vroeg in het jaar afgesloten.
- Het spanningsveld tussen afspraken over gemiddelde prijs per patiënt en afspraken over terugdringen wachttijden voor cliëntgroepen met een zware zorgvraag

Contractering kan een belangrijk instrument zijn om de wachttijden terug te dringen. De stuurgroep zal het monitorrapport van de NZa dat in het tweede kwartaal van 2019 verwacht wordt daarom zorgvuldig bestuderen en kort daarna beslissen over mogelijke acties op dit punt.

4. Verdiepende trajecten

De vier verdiepende trajecten zijn in het najaar van 2018 opgestart. De resultaten van de verdiepende trajecten worden in april 2019 besproken op het landelijke congres wachttijden en spoedig daarna definitief gemaakt. De landelijke Stuurgroep zal deze resultaten actief verspreiden. De resultaten van de inventarisatie van de inzet van ervaringsdeskundigen worden al in januari 2019 verwacht.

- **Onderzoek lange wachttijden specifieke cliëntgroepen:** Speciale aandacht is er in het actieplan voor cliëntgroepen die met extra lange wachttijden te maken hebben (autisme, licht verstandelijke beperking, persoonlijkheidsstoornissen en trauma). De landelijke Stuurgroep startte hiervoor in oktober een deelaanpak onder leiding van bureau HHM. Dit traject moet helpen om te achterhalen waarom de wachttijden juist bij deze groepen zo lang zijn en wat eraan gedaan kan worden (relatie met de actiepunten 1.1 t/m 1.4 en 9).
- **Casusaanpak:** Arteria Consulting helpt de landelijke Stuurgroep Wachttijden met de aanpak van complexe casuïstiek. In deze deelaanpak wordt in een aantal regio's in kaart gebracht hoe zij bij complexe zorgvragen tot samenwerking, regie en doorzettingsmacht komen. De focus ligt op regio's die al een goede werkwijze hebben ontwikkeld. Vervolgens wordt met andere regio's gekeken naar de mogelijkheden en toepasbaarheid van de uitkomsten op hun regio. Dit traject moet ertoe leiden dat regio's tot afspraken komen over samenwerking, regie en doorzettingsmacht. (relatie met de actiepunten 1.1 en 1.3, 1.4, 2).
- **Wachttijdbegeleiding:** Vanaf het moment van aanmelden tot de start van de behandeling wachten cliënten op zorg en ondersteuning. Op veel plekken in Nederland zijn allerlei initiatieven om deze wachttijd draaglijk te maken en om ook in

de gaten te houden of de situatie van cliënten niet verslechtert. EHealth, wachttijdgroepen of begeleiding door ervaringsdeskundigen zijn daar een voorbeeld van. Toch levert dat soort innovaties veel vragen op bij professionals en aanbieders: wat mag wel, wat mag niet? Hoe kan ik zoiets bij mij op gang brengen? En de cliënt zit soms met de vraag: bij wie kan ik terecht met mijn zorgen en vragen zolang ik nog op de wachtlijst sta? Onderzoeksbureau SIRM ondersteunt de Stuurgroep Wachttijden bij het in kaart brengen van praktijkvoorbeelden van wachttijdbegeleiding en stelt een plan van aanpak op voor opschaling van de succesvolle voorbeelden naar landelijk niveau. Bovendien worden de juridische, organisatorische en financiële verantwoordelijkheden bij de inzet van verschillende vormen van wachttijdbegeleiding verduidelijkt (relatie met de actiepunten 1.2, 3a wachttijdbegeleiding).

- **Inzet ervaringsdeskundigen:** De Vereniging van Ervaringsdeskundigen voert voor de Stuurgroep Wachttijden een inventarisatie uit om vast te stellen op welke wijze organisaties in het kader van wachtlijstbeheer bewust ervaringsdeskundigen inzetten. Ze brengen initiatieven in kaart waar ervaringsdeskundigen (mede) ingezet worden om de wachttijd terug te dringen (dus inzet voor wachtenden voor een behandeling in de GGZ of verslavingszorg). Daarnaast kijken ze naar initiatieven waar ervaringsdeskundigen ondersteuning bieden bij herstel, zodat cliënten weer grip krijgen op hun eigen leven en eerder kunnen uitstromen uit de gespecialiseerde GGZ of verslavingszorg. Ook verzekeraars gaan de stand van wetenschap en praktijk van de interventies die ervaringsdeskundigen plegen te bieden, in kaart brengen. Zo ontstaat duidelijkheid over de doelmatige inzet van ervaringsdeskundigen. In het Hoofdlijnenakkoord GGZ is afgesproken om meer gebruik te maken van ervaringsdeskundigen, die een belangrijke rol kunnen spelen bij het overbruggen van wachttijden. In 2019 wordt een bekostigingsexperiment uitgevoerd waarin de beroepen die het meeste bijdragen aan het verkorten van de wachttijden declarabel worden (relatie met actiepunt 6).

Bijlage 2: Stand van zaken aanpak wachttijden per regio/regionale taskforce

Welke Regionale Taskforces zijn gestart

In de 1e tranche van de aanpak wachttijden (begin 2018) zijn 8 Regionale Taskforces (verder afgekort als RT) van start gegaan. De RT's omvatten het gebied van een zorgkantorregio. De 8 die in de 1e tranche zijn gestart zijn: Groningen, Friesland, Utrecht, Zuid-Holland Noord, West-Brabant, Midden-Brabant, Noord- en Midden Limburg en Zuid-Limburg. De RT in West-Brabant wordt mogelijk gesplitst in een westelijk deel en een oostelijk deel van West-Brabant. Ook Utrecht hanteert 2 subregio's: Utrecht Midden-West en Eemland.

In de 2e tranche zijn er vanaf de zomer 13 nieuwe RT's opgestart, wat het totaal op 21 RT's brengt. Het gaat om: Apeldoorn/Zutphen, Arnhem, Flevoland, Kennemerland, Midden-Holland, Midden-IJssel, Waardenland, Zaanstreek/Waterland, Zuid-Hollandse eilanden, Zuidoost Brabant, Zeeland, Amsterdam en Zwolle.

De opzet en opstart van de RT's was in eerste instantie in handen van KPMG. Doel is dat alle RT's zelfstandig verder gaan, met daarbij een aanspreekpunt vanuit de Stuurgroep. De begeleiding door KPMG wordt nu uitgefaseerd.

Op 2 plekken is het idee om de regio's samen te voegen met de RT's die al lopen. De RT van Amsterdam en Kennemerland (met de regio Amstelland/Meerlanden) en de RT Arnhem (met de regio Nijmegen). Hier zal begin 2019 een knoop over worden doorgehakt.

In 2 regio's vinden de 1^e bijeenkomsten begin 2019 plaats. Het betreft: Haaglanden en Rotterdam.

Bij 6 regio's is wel contact geweest vanuit de landelijke Stuurgroep Wachttijden, maar is geen RT wachttijden gestart omdat er toen geen directe aanleiding voor was. De wachttijden kwamen niet boven de Treeknormen uit, of er was al een regionaal overleg waar de wachttijden aan de orde kwamen. Het gaat hier om de regio's: Drenthe, Noord-Holland Noord, 't Gooi, Twente, Westlandland-Schieland-Delfland, Noordoost Brabant. Ook voor deze regio's zal er vanuit de stuurgroep een 'vinger aan de pols' worden gehouden over de wachttijden in die regio en de gezamenlijke verantwoordelijkheid om binnen de Treeknormen te blijven in die regio.

Wat zijn de aandachtspunten van de RT's

De RT's hebben bij de start van hun RT een knelpuntenanalyse gemaakt en op basis daarvan de 3 belangrijkste punten (voor die regio) er uitgelicht waar de focus op gelegd wordt om gezamenlijk aan te werken. In de knelpuntenanalyse is steeds dieper ingezoomd op de knelpunten die liggen op instellingsniveau, op regionaal niveau en op landelijk niveau. Bij het inzoomen komen (soms per regio verschillende) knelpunten naar boven: onvoldoende integraliteit in het aanbod, capaciteitsproblemen, onvoldoende kennis van elkaars aanbod, stokkende uitstroom, langere wachttijden voor mensen met een complexe zorgvraag in de GGZ, geen afspraken over wachttijdoverbrugging, suboptimale inzet van wijkteams en problemen in de aansluiting tussen klinische faciliteiten en woonvormen. De RT komt met de knelpuntenanalyse tot de kern van het probleem, dat ze individueel of gezamenlijk op moeten lossen.

De knelpunten per regio zijn te clusteren naar:

- *Signaleringsfunctie en preventie* onvoldoende belegd bij huisartsen/POH GGZ, soms onvoldoende capaciteit bij de POH GGZ.
- Problemen in de verwijzing naar de juiste plek (*triage en intake*).
- Problemen in het *behandelaanbod en uitstroom*.

Binnen de RT's maakt men samen afspraken over oplossingen voor deze knelpunten. Thema's die de RT's over hun eigen functioneren bespreken (in relatie tot de cijfers over de wachttijden) zijn:

- Stabiliteit van de RT (continuïteit afspraken, concrete acties)
- Samenstelling van de RT (juiste partijen, juiste mensen)
- Mandaat van de (leden binnen de) RT
- Resultaten van de RT
- Succesfactoren/belemmeringen in samenwerking binnen de regio

Bijlage 3: Cijfers wachttijden per regio en hoofddiagnosegroep (bron: Vektis) en toelichting schattingsmethodiek Vektis.

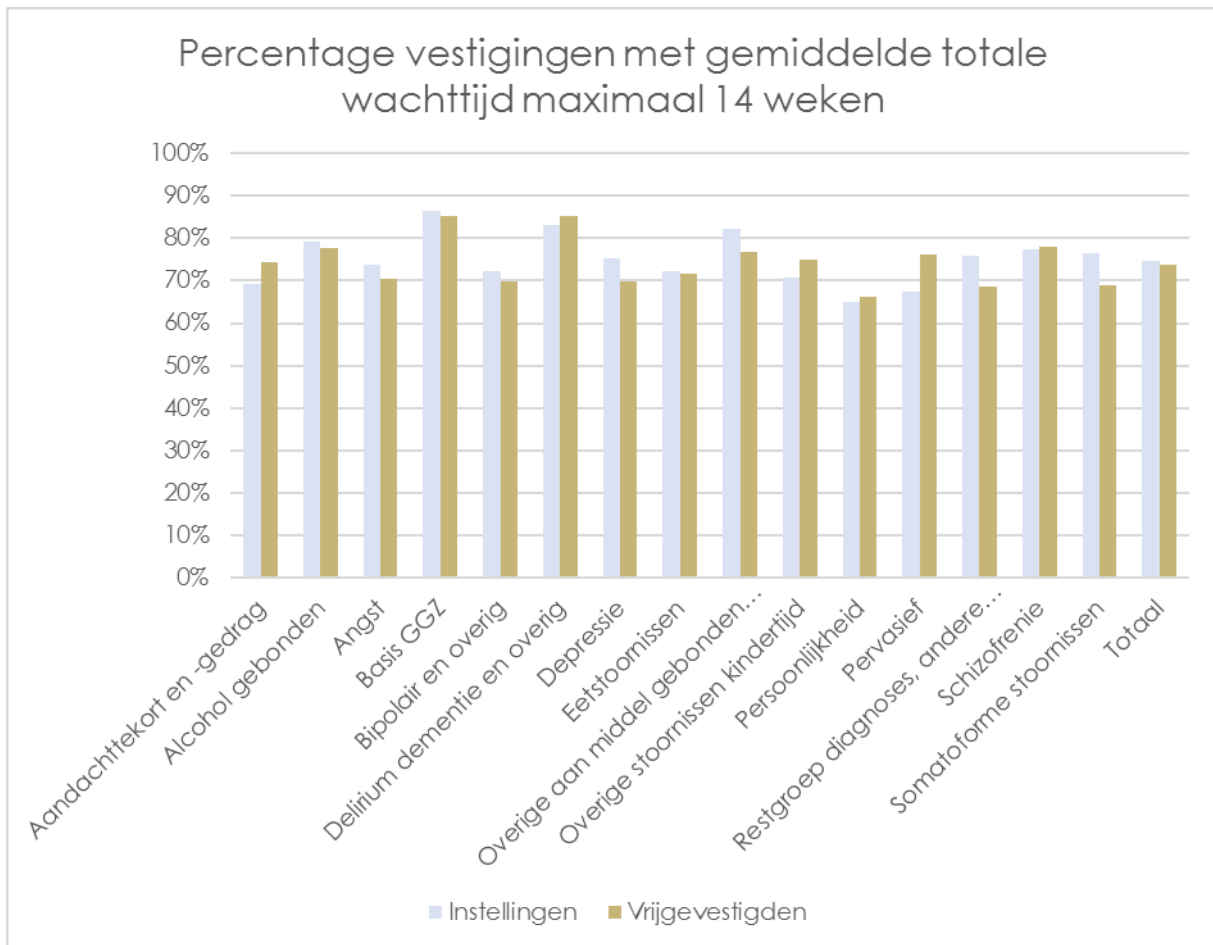
Diverse overzichten van cijfers, per regio en diagnosegroep, aantallen wachtenden boven/binnen de Treeknorm en aantal wachtenden per hoofddiagnosegroep. Daarnaast een toelichting op de schattingsmethodiek van Vektis.

1.Hotspotrapportage: cijfers per regio én hoofddiagnosegroep

Som van aanmeld- en behandelwachtijd samen	Persoonlijkheid	Pervosief	Aandachttekort en -gedrag	Restgroep diagnoses, andere aandoeningen	Angst	Bipolair en overig	Eetstoornissen	Overige stoornissen kindertijd	Depressie	Schizofrenie	Alcohol gebonden	Somatoforme stoornissen	Overige aan middel gebonden stoornissen	Delirium demantie en overig	Basis GGZ
FLEVOLAND	21,7	28,0	25,2	14,0	18,2	28,3		29,0	18,7	29,3	10,4	9,0	10,6	20,0	10,4
MIDDEN-HOLLAND	18,4	30,5	14,2	15,9	14,6	17,9	6,0	32,2	14,1	25,0	31,0	14,2	7,0	17,0	11,6
HAAGLANDEN	18,2	17,3	17,9	17,2	16,9	17,2	14,8	14,6	16,6	17,9	18,1	15,6	18,1	17,2	11,4
ARNHEM	25,7	20,7	19,5	16,6	16,1	18,3	11,1	31,2	12,3	9,8	6,5	13,5	6,2	11,5	8,2
ZUID-LIMBURG	21,4	26,1	20,9	15,1	17,3	15,7	9,4	12,0	14,8	17,6	12,8	10,0	13,0	8,6	10,8
NIJMEGEN	25,5	19,6	15,3	32,3	15,9	18,3	20,4	13,6	14,0	13,8	7,8	9,1	7,3	4,0	7,9
GRONINGEN	14,8	17,5	20,3	22,8	17,6	13,2	14,7	19,2	14,2	8,8	6,9	18,9	5,7	13,0	12,0
UTRECHT	22,8	11,9	10,3	17,1	12,8	22,3	18,2	9,7	12,0	10,4	18,9	16,0	14,8	12,3	7,1
ROTTERDAM	20,2	15,8	12,7	19,2	10,2	9,3	10,2	20,1	10,0	13,5	24,6	6,0	16,8	8,5	7,0
DRENTH	17,4	18,7	12,8	15,2	17,2	10,9	17,8	6,8	13,7	20,1	8,5	8,8	8,7	13,2	9,1
Landelijk totaal	19,3	17,6	14,8	14,4	13,7	13,5	13,4	12,0	12,5	12,1	12,7	10,6	11,1	11,4	8,3
AMSTERDAM	26,9	23,2	12,3	14,8	14,2	13,9	15,9	12,7	13,5	13,6	7,7	8,2	7,1	6,9	6,3
MIDDEN-BRABANT	21,8	15,3	11,3	12,3	13,1	22,1	19,0	13,6	12,2	10,8	7,9	12,7	8,0	7,2	8,2
T GOOI	16,1	22,0	13,3	16,4	12,1	15,7	12,9	14,0	12,9	18,4	8,4	8,2	8,2	9,0	6,8
MIDDEN-JSSEL	15,7	18,1	17,7	10,1	14,5	8,1	40,0	10,0	14,3	6,1	5,8	10,5	6,5	9,0	6,2
NOORDOOST BRABANT	19,3	20,3	15,6	11,2	14,0	10,7	6,2	5,3	13,6	9,0	21,0	8,9	19,8	8,7	7,4
APELDOORN/ZUTPHEN E.O.	19,9	21,2	22,8	13,3	13,3	14,8	23,2		11,3	6,4	7,3	9,6	7,7	10,4	9,8
WEST-BRABANT	25,8	16,0	8,1	11,2	13,1	8,9	11,4	11,0	13,2	8,3	14,2	7,5	14,6	9,5	12,4
ZUID-HOLLANDSE EILANDEN	21,8	5,3	17,7	11,2	17,7	16,2	19,4	7,3	14,2	2,0	11,1	12,5	2,0	5,9	9,4
ZWOLLE	18,8	14,4	9,4	14,3	10,9	14,1	9,2	13,9	11,4	14,3	9,0	10,7	5,0	10,7	7,4
FRIESLAND	11,0	12,0	9,8	10,2	10,6	8,4	11,9	7,7	7,9	27,2	9,3	7,7	9,4	8,7	7,7
WAARDENLAND	10,9	16,8	10,4	10,5	8,8	6,6	13,6	8,0	8,1	10,1	17,0	6,6	16,6	4,0	7,6
WESTLAND SCHIELAND EN DELFLAND	17,0	10,9	18,9	11,4	11,7	6,9	15,0	7,7	10,9	6,9	3,8	9,9	9,0	6,0	8,0
ZUIDOOST-BRABANT	14,6	22,9	9,0	9,6	10,9	5,0	9,7	11,2	10,9	0,9	12,0	6,9	12,5	8,3	6,8
TWENTE	16,3	16,0	18,1	6,8	10,7	7,5	9,4	5,9	8,7	13,6	6,8	6,5	7,8	8,7	8,2
ZEELAND	9,4	11,8	10,2	8,1	10,2	8,0	8,0	6,0	9,7	10,2	13,2	5,4	15,1	17,0	6,4
ZAANSTREEK/WATERLAND	13,5	18,3	19,3	12,8	14,7	11,7			13,9	4,2	5,7	7,7	3,4	1,0	15,4
NOORD HOLLAND NOORD	11,7	11,3	12,1	11,2	11,9	10,9	10,9	11,0	11,7	11,0	3,2	11,2	4,2	0,1	7,5
ZUID-HOLLAND NOORD	11,7	15,4	10,7	9,3	10,8	10,2	5,9	13,8	7,5	8,0	4,8	7,6	4,9	5,6	6,5
KENNERLAND	8,8	21,5	8,4	9,4	8,1	7,2	7,6	6,6	7,3	8,1	7,6	7,3	8,1	7,8	7,6
AMSTELLAND EN DE MEERLANDEN	18,2	3,2	13,3	12,9	10,9	14,8	7,5	9,0	11,6	6,6		7,1	0,0	5,8	9,6
NOORD-LIMBURG	13,9	9,2	8,3	11,8	10,7	6,3	12,9	9,0	5,8	3,9	6,1	5,1	6,5	3,6	7,5

Totale wachttijd per patiëntengroep per regio in weken (bron Vektis, november 2018). De totale gemiddelde wachttijd is hiervoor gewogen op basis van het aantal afgesloten declaraties in de afgelopen 12 maanden.

2. Percentage van vestigingen van zorgaanbieders met wachttijden onder de Treeknorm



Inzicht in het percentage vestigingen van zorgaanbieders waar de totale wachttijd maximaal 14 weken is (Treeknorm), naar diagnosegroep binnen de gespecialiseerde ggz en naar basis ggz, uitgesplitst naar instellingen en vrijgevestigden. Bron: Vektis -cijfers over november 2018 - berekend via de vestigingen van zorgaanbieders.

3. Methode schatting van het aantal wachtenden in de ggz.

De schatting maakt gebruik van de een wiskundig verband uit de wachtrijtheorie: het gemiddelde aantal wachtenden in een wachtrij = het gemiddelde aantal mensen per week dat aan de wachtrij wordt toegevoegd x de gemiddelde wachttijd in weken (stelling van Little).

De stelling gaat uit van een situatie die min of meer stabiel is. In de praktijk zullen er dus afwijkingen zijn, bijvoorbeeld door vakantieperioden.

Bepaling landelijke cijfers van het aantal wachtenden – per patiëntgroep

Het gemiddelde aantal mensen per week dat aan de wachtlijst wordt toegevoegd is bepaald door het aantal mensen dat in 2016 een initiële DBC heeft gehad te delen door 52 weken. Mensen met vervolg DBC's zijn niet meegeteld hier.

Voor de basis GGZ hebben we het aantal mensen met een prestatie in de basis ggz in 2016 gedeeld door 52 weken, en daarvan 76% genomen (dit is het percentage dat geen zorg had in de basis ggz of specialistische ggz in het voorafgaande jaar).

De gemiddelde wachttijd in weken is door Vektis berekend per patiëntgroep, gebaseerd op de aangeleverde wachttijden van zorgaanbieders, waarbij rekening is gehouden met het aantal patiënten dat door de zorgaanbieder is behandeld in de groep.

Daarbij is de aanmeldwachttijd en behandelwachttijd opgeteld tot een totale wachttijd.

Aanname wachttijd voor diagnostiek en behandeling kort:

Voor deze twee groepen mensen wordt geen specifieke wachttijdinformatie opgevraagd. Vektis heeft voor deze groepen als optimistische aanname gedaan dat deze mensen een korte wachttijd hebben (gelijk aan de wachttijden in de basis GGZ).

Sommige mensen hebben meerdere DBC's voor verschillende diagnosegroepen, of bijvoorbeeld diagnostiek, in een jaar. In het model hebben deze mensen meerdere keren een wachttijd.

Bepaling cijfers van het aantal vestigingen dat maximaal 14 weken wachttijd heeft – per patiëntgroep

De gemiddelde wachttijd in weken is door de zorgaanbieder per vestiging per patiëntgroep aangeleverd. De aanmeldwachttijd en behandelwachttijd zijn opgeteld tot een totale wachttijd. Als de wachttijd groter is dan 14 weken, worden de wachtenden geteld als "langer dan 14 weken". Als de wachttijd 14 weken of minder is, dan worden de wachtenden geteld als "14 weken of minder".

Als de vestiging geen patiënten heeft gehad in de wachttijd-periode voor aanmelding of behandeling voor de betreffende patiëntengroep, dan is de totale wachttijd niet compleet en zijn deze vestigingen niet meegenomen in de noemer. Deze vestigingen behandelen meestal een klein aantal patiënten en daardoor slechts een klein potentieel om patiënten naar te verwijzen.