



Wachttijden in de ggz: verbeterkansen vooral in samenwerking op regionaal niveau

Samenvatting

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (inspectie) houdt toezicht op de kwaliteit en veiligheid van de zorg door zorgaanbieders. Dit doet de inspectie in het kader van de Wkkgz waarin goede zorg onder andere omschreven is als tijdige zorg. Zorgaanbieders dienen zich er daarom voor in te spannen dat behandeling zo spoedig en passend mogelijk kan plaatsvinden.

Door oplopende wachttijden bij zorgaanbieders lopen cliënten het risico geen tijdige of passende zorg te ontvangen. Wachttijden in de ggz en de daarbij horende knelpunten ontstaan door verschillende oorzaken. Een aantal oorzaken zijn te herleiden tot de kwaliteit van zorg bij een zorgaanbieder, zoals de inrichting van het behandelproces, de verantwoordelijkheidsverdeling wanneer een cliënt op de wachtlijst staat, samenwerking in de zorg en transparantie over wachttijden. Dit is reden voor de inspectie om aandacht te hebben voor de wachttijden in de ggz en instellingen te beoordelen of zij de nodige inspanningen leveren om de wachttijden te beperken en zoveel mogelijk weg te werken. De inspectie kijkt daarbij nadrukkelijk naar de elementen van de wachttijdproblematiek die in de invloedssfeer van de zorgaanbieder liggen.

Het eventuele handhavingstraject dat daarop kan volgen hangt af van de specifieke omstandigheden en is altijd gericht op de kwaliteit van de geboden zorg en zal dus zien op het naleven van de eisen van goede zorg zoals gesteld door de Wkkgz en is beschreven in reeds bestaande normen. De inspectie zal daarmee niet handhaven op het overschrijden van de Treeknormen op zichzelf, maar wel op onvoldoende inzet van zorgaanbieders om datgene te doen dat binnen hun invloedssfeer ligt om de wacht-

tijden zoveel als mogelijk te voorkomen. Het doel is om daar waar het goed gaat te stimuleren en daar waar de inzet achterblijft op te treden.

De inspectie heeft een bezoek gebracht aan negen instellingen. Tijdens deze bezoeken werd getoetst of de instellingen het nodige deden om de wachttijden te beperken en zoveel mogelijk weg te werken.

Uit het onderzoek blijkt dat het verkorten van de wachttijden een prioriteit is in de ggz. De bezochte instellingen spannen zich in om de wachttijden voor de individuele cliënten te verkorten en hebben aandacht voor de wachtende cliënt.

Er zit weliswaar verschil in de hoeveelheid en de wijze van inspanning tussen de zorgaanbieders, maar de inspectie ziet dat de bezochte zorgaanbieders moeite doen om cliënten op de juiste plaats voor behandeling te krijgen en begeleiding aan te bieden tijdens de wachttijd. Zo is gezien dat instellingen kritisch naar de aanmeldingen kijken om zo cliënten niet onnodig op de wachtlijst te laten staan wanneer een verwijzing naar een andere instelling passender lijkt, worden cliënten die op de wachtlijst staan nagebeld om te kijken of ze nog steeds wachtende zijn (of elders behandeling hebben gevonden) en worden er herinnerings-sms-berichten gestuurd voorafgaand aan afspraken om zo de 'no-show' terug te dringen. Daarnaast zijn instellingen aan de slag gegaan om de zorgprocessen anders in te richten, bijvoorbeeld door het inrichten van 'intakestraten', het aanstellen van een aanmeldfunctionaris, wordt kritisch gekeken naar de duur van behandelingen en het tijdig afronden hiervan en wordt het zorgaanbod meer groepsgewijs aangeboden. Ook tijdens de wachttijd

wordt er gekeken of cliënten al baat kunnen hebben bij andere hulp, bijvoorbeeld vanuit het sociaal domein, en wordt er actief gewerkt aan het terugdringen van ‘no-show’.

De inspectie stelt vast dat de aanpak van wachttijden complex is. Daarbij liggen de oplossingen niet alleen in de invloedssfeer van de instelling. Er liggen knelpunten bij de samenwerking met andere partijen – en vooral – bij het gebrek aan activiteiten op regionaal niveau. Hierdoor komt de gewenste doorstroming van cliënten in het zorgcircuit onvoldoende tot stand.

Aanbevelingen

De inspectie ziet op verschillende onderwerpen noodzaak tot verbetering. Zij roept de partijen op tot de volgende acties:

- Verbeter op regionaal niveau de samenwerking tussen zorgaanbieders in de ggz, huisartsen en aanbieders in het sociaal domein. Betrek ook de cliënten- en familieorganisaties. Stel gezamenlijke doelstellingen omtrent de gewenste doorstroming in de zorg en de wachttijden. Het is mede aan zorgverzekeraars en gemeenten om dit te faciliteren.
- Benut inhoudelijke mogelijkheden voor op- en afschalen van zorg: zowel voorafgaand aan een behandeling (bijvoorbeeld in de vorm van consultatiemogelijkheden voor de huisarts en poh-ggz bij de basis- of specialistische- ggz) als daarna (bijvoorbeeld afspraken over korte interventies door de specialistische ggz bij ‘terugval’).
- Bespreek binnen het contact tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders hoe wachttijden kunnen worden verkort. Stem mogelijkheden en verwachtingen op elkaar af.
- Voer het overleg tussen zorgaanbieders en gemeenten op om de uitstroom vanuit de ggz naar het WMO-domein te verbeteren.
- Zet voluit in om de arbeidsmarktproblematiek te bestrijden, met oog voor regionaal gebonden kenmerken en oplossingsrichtingen.

Vervolgstappen toezicht

De inspectie maakt bij haar reguliere toezichtbezoeken aan ggz-instellingen het thema ‘wachttijden’ tot een vast onderwerp. Bij haar toezichtactiviteiten op netwerken rondom thuiswonende mensen met chronische psychische problematiek (ambulante ggz) wordt de aandacht voor de wachttijdproblematiek eveneens een vast onderdeel.

Aanleiding

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (hierna: de inspectie) houdt toezicht op de kwaliteit en veiligheid van de zorg. Goede zorg is onder andere doelmatige, cliëntgerichte en tijdige zorg (art. 2 Wkkgz). Zorgaanbieders dienen zich er daarom voor in te spannen dat behandeling zo spoedig en passend mogelijk kan plaatsvinden. Een goede inrichting van het behandelproces is daarvoor een noodzakelijke voorwaarde.

In de zomer van 2017 zijn door zorgaanbieders, zorgverzekeraars en het ministerie van VWS afspraken gemaakt om de wachttijden in de ggz terug te dringen. Zo zijn er acht regionale taskforces gestart onder begeleiding van KPMG en is per regio een probleem-analyse uitgewerkt, de knelpunten benoemd en geadresseerd^[1]. In het voorjaar van 2018 is vervolgens de rapportage ‘tussenstand wachttijden in de ggz’ van de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa) gepubliceerd. In de begeleidende brief van 10 april 2018 waarmee de staatsecretaris deze twee rapporten naar de Tweede Kamer stuurt werd geconcludeerd dat het overeengekomen doel, namelijk het per juli 2018 binnen de Treeknormen terugbrengen van de wachttijden in de ggz, te hoog gegrepen lijkt. Dit alles vormde voor de inspectie aanleiding om in het voorjaar van 2018 het toezicht rondom wachttijden in de ggz vorm te geven.

Doelstelling

De inspectie wilde een beeld krijgen van de problematiek rondom wachttijden in de ggz en een methodiek ontwikkelen om haar toezicht op deze problematiek effectief in te richten. Met deze methodiek wilde de inspectie toezicht uitvoeren door gewenst gedrag gericht op het voorkomen en/of verminderen van te lange wachttijden door zorgaanbieders te bevorderen.

Methode

Om een beeld te krijgen van de problematiek rondom wachttijden bij ggz-instellingen en om toezicht hierop uit te kunnen voeren, heeft de inspectie een toetsingskader ontwikkeld op basis van wet- en regelgeving (zie bijlage). Dit toetsingskader is bedoeld om te toetsen of zorgaanbieders datgene doen wat binnen hun invloedssfeer ligt om wachttijden te verminderen en daar waar mogelijk te voorkomen. Daar waar de inspectie constateert dat een zorgaanbieder zijn verplichtingen in het kader van goede zorg niet nakomt in relatie tot de wachttijden, vraagt de inspectie om verbetermaatregelen en treedt waar nodig handhavend op. Dit kan zij doen door het instellen van verscherpt toezicht of door het opleggen van een aanwijzing op grond van de Wkkgz. Welke vorm van handhaving gepast is hangt af van de specifieke omstandigheden. Het eventuele handhavingstraject is gericht op de kwaliteit van de geboden zorg en zal dus toezien op het naleven van de eisen van goede zorg zoals gesteld door de Wkkgz. De inspectie zal daarmee niet handhaven op het overschrijden van de Treeknormen op zichzelf, maar wel op onvoldoende inzet van zorgaanbieders om datgene te doen dat binnen hun invloedssfeer ligt om de wachttijden zoveel als mogelijk te voorkomen.

Het toetsingskader is vervolgens toegepast bij negen bezoeken aan instellingen waar de problematiek rondom de wachttijden op basis van beschikbare kwantitatieve wachttijdgegevens groot leken. Dit betekende dat de inspectie instellingen heeft geselecteerd die bij één of meerdere diagnose groepen meer dan 14 weken totale wachttijd (wachttijd tot de intake plus wachttijd

[1] KPMG. Regionale taskforces wachttijden GGz. De eerste inzichten. Congres ‘Meer grip op de wachttijden in de GGz’. 12 april 2018.

tot de behandeling) hadden. Dit is boven de afgesproken Treeknorm. Van alle instellingen die boven de afgesproken Treeknorm kwamen heeft de inspectie een variatie aan instellingen geselecteerd (groot, klein, geïntegreerd, specialistisch en PAAZ).

Met het toetsingskader als wettelijke basis heeft de inspectie de negen bezochte instellingen beoordeeld op de volgende thema's:

- **Transparantie:** in hoeverre maakt de instelling de gegevens over de wachttijden transparant en communiceert hierover helder naar verwijzers en cliënten?
- **Samenwerking:** in hoeverre werkt de instelling samen met andere zorgaanbieders op een manier die bijdraagt aan het verkorten van de wachttijd?
- **Verantwoordelijkheidsverdeling:** in hoeverre is voldoende duidelijk wie verantwoordelijk is voor de cliënt die op de wachtlijst staat?
- **Inspanning:** in hoeverre spant de zorgaanbieder zich in op het voorkomen en/of verminderen van te lange wachttijden in de ggz?

Alle negen zorgaanbieders zijn bezocht door twee of drie inspecteurs, waarbij ook de NZa aan enkele bezoeken heeft deelgenomen. Per bezoek is een rapport opgesteld; de rapporten per instelling zijn op de website van de inspectie te vinden. De conclusie en belangrijkste resultaten uit deze rapporten zijn hieronder beschreven. In deze toezichtronde heeft de inspectie enkel negen instellingen bezocht. Daarom kunnen de resultaten niet als representatief beschouwd worden voor alle ggz-instellingen in Nederland.

Conclusie

De inspectie concludeert dat de geboden zorg bij de negen bezochte instellingen grotendeels voldeed aan de getoetste wet- en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden die in relatie staan tot de wachttijden.

De instellingen stellen zich actief op om cliënten en verwijzers te informeren over de wachttijden, zoeken op cliënt niveau samenwerking met verwijzers (huisartsen) en andere ggz instellingen en communiceren richting de cliënt over wie verantwoordelijk is voor de zorg na de intake. Op regionaal en bestuurlijk niveau zijn er echter nauwelijks concrete afspraken om de wachttijd problematiek aan te pakken. Daarnaast is de verantwoordelijkheidsverdeling vóór de intake bij sommige instellingen onduidelijk. Omdat soms in die periode al wel zorg wordt aangeboden maar de verantwoordelijkheid nog bij de verwijzer ligt, kan dit voor de cliënt verwarrend zijn en met name problemen veroorzaken als de wachttijd tussen aanmelding en de daadwerkelijke intake lang duurt.

De inspectie heeft bij deze negen instellingen ondervonden wat ook door andere partijen reeds is gesignaleerd^[2-3-4]: de aanpak van wachttijden is complex, kent vele knelpunten en oplossingen liggen niet alleen in de invloedssfeer van de instelling, maar ook (en vooral) op regionaal en landelijk niveau. Het verkorten van de wachttijden is een prioriteit in de sector en er wordt inspanning gepleegd om de wachttijden voor de individuele cliënten te verkorten. Er zit weliswaar verschil in de hoeveelheid en de wijze van inspanning tussen de zorgaanbieders, maar de inspectie ziet dat de bezochte zorgaanbieders moeite doen om verwachtingen te verduidelijken en cliënten op de juiste plaats voor behandeling te krijgen.

Echter, de betrokken medewerkers en bestuurders zijn niet altijd in staat om de problematiek rondom wachttijden zelf op te lossen. Niet alles ligt in de eigen beïnvloedingsfeer: krapte op de arbeidsmarkt, stijgend aanbod van cliënten, moeizame op- en afschaling binnen de ggz, lastige doorstroming naar de aanbieders van Wmo-voorzieningen en slecht contact met zorgverzekeraars zijn onder andere factoren die door de instellingen mede genoemd worden als oorzaak van hun wachttijden. Ook blijkt de zorgbemiddeling door zorgverzekeraars niet altijd effectief.

De inspectie ziet dat samenwerking op regionaal niveau met andere ggz-instellingen, maar zeker ook met andere zorgaanbieders en domeinen (zoals huisartsen en gemeenten), cruciaal is om de wachttijd problematiek aan te pakken. Deze conclusie sluit goed aan bij een reeds eerder gepubliceerd rapport van de inspectie over de ambulante zorg^[5], waarin onder meer wordt geconstateerd dat risico's in de zorg voor mensen met chronisch psychische problemen vaak met elkaar samenhangen. De inspectie is van mening dat regionale afstemming nodig is om deze risico's, waaronder de wachttijden, te verminderen en vindt het dan ook noodzakelijk dat regionale partijen met elkaar naar oplossingen zoeken. Op landelijk niveau moeten deze activiteiten worden gestimuleerd.

Handhaving

De inspectie heeft bij alle raden van bestuur van de negen instellingen de verwachting uitgesproken dat zij met de betrokken (regionale) partners, in de complexe mix van factoren die meespelen in de problematiek rondom de wachttijden, zich blijven inspannen om de wachttijden te verminderen. Daarnaast heeft de inspectie aan alle raden van bestuur gevraagd aantoonbaar verbetering door te voeren ten aanzien van hun kwaliteitsstatuut: alle instellingen hebben weliswaar in hun kwaliteitsstatuut opgenomen op welke wijze ze wachttijdinformatie voor

-
- [2] NZa. Eindrapportage Landelijke afspraken. Wachttijden in de ggz. Juli, 2018.
 - [3] KPMG. Overzicht voortgang regionale taskforces. Bevindingen Regionale Taskforces ten behoeve van rapportage NZa. Mei 2018.
 - [4] ZN, MIND, GGZ NL, MEER GGZ, LVVP, NVvP, V&VN, NIP, P3NL. Actieplan vervolgaanpak wachttijden 2018-2019. 11 juli 2018.
 - [5] Toezicht op de ambulante ggz. Betere zorg nodig voor thuiswonende mensen met chronische psychische aandoeningen. Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, juni 2018.

patiënten/cliënten toegankelijk maakt, maar het ontbreekt bij allen aan een beschrijving in het kwaliteitsstatuut hoe de wachttijden door de instelling gemonitord worden en welke acties hierop worden ondernomen (zie norm 3 bijlage). Bij een aantal instellingen heeft de inspectie daarnaast aanbevolen om richting de cliënt duidelijker te communiceren wie er verantwoordelijk is voor de zorgverlening vóór de intake.

Bij geen enkele instelling waren de tekortkomingen zo ernstig dat de kwaliteit en veiligheid van de zorg in relatie tot de wachttijden in het geding waren. De inspectie zag daarom geen aanleiding om nadere handhavingsmaatregelen te treffen.

Vervolgacties inspectie

Tijdens deze bezoeken heeft de inspectie ervaring opgedaan met het toetsingskader gericht op de wachttijden. Om zorgaanbieders op instellingsniveau te blijven stimuleren te doen wat in hun beïnvloedings sfeer ligt om wachttijden te verminderen en om het onderwerp te blijven agenderen, zal het thema “wachttijden in de ggz” in het reguliere toezicht van de inspectie bij de instellingen worden opgenomen. Dit betekent dat het thema wachttijden en het daarbij behorende toetsingskader standaard meegenomen zal worden als een inspecteur op bezoek gaat bij een ggz instelling. Daarnaast zal de inspectie de Vektis-data opnemen als één van de risico-indicatoren voor kwaliteit die worden meegewogen in de risicoselectie voor de te bezoeken zorgaanbieders. Hiermee wordt de kwantitatieve wachttijdinformatie een onderdeel van de risicobeoordeling van zorgaanbieders.

De inspectie is echter van mening dat haar inzet op de wachttijden voornamelijk effectief zal zijn op regionaal niveau. Samenwerking met verschillende partners in de regio is noodzakelijk om de wachttijd problematiek aan te pakken. De inspectie wil hier dan ook bij aansluiten door in het vervolg van haar toezicht op wachttijden aan te sluiten bij haar regionale activiteiten (zoals in het kader van de ambulante ggz). De inspectie zal daarbij volgen hoe in de verschillende regio's het gezamenlijk werken aan terugdringen van wachttijden in de ggz vorm krijgt. Hiertoe zal de inspectie samenwerken met de NZa, maar wordt ook benut wat er door KPMG aan inzichten en goede praktijkvoorbeelden wordt verzameld.

Resultaten

Hieronder worden de resultaten uit de negen bezoeken beschreven, waarop de inspectie haar conclusies heeft gebaseerd.

Instellingen spannen zich in om de wachtenden goed te informeren over de wachttijden

Cliënten worden op meerdere manieren door de instellingen geïnformeerd over de wachttijden, onder meer door informatie over de wachttijden uitgebreid te beschrijven op de website, in het kwaliteitsstatuut en via de contacten die de zorgaanbieder heeft met de cliënt. Een paar instellingen geven daarbij aan dat het publiceren van korte wachttijden bij hen een aanzuigende werking heeft, waardoor het publiceren juist een negatief effect op de wachttijden kan hebben.

Naast de eis dat de ggz instelling in haar kwaliteitsstatuut beschrijft hoe wachttijdinformatie voor patiënten/cliënten toegankelijk wordt gemaakt, dienen de ggz-instellingen ook in het kwaliteitsstatuut te beschrijven hoe ze de wachttijden monitoren (zie norm 3 bijlage). Het doel van deze monitoring is dat zorgaanbieders de eigen wachttijden in de gaten houden om zo nodig actie te ondernemen als de wachtlijsten te lang worden. Hoewel de instellingen vaak kunnen verwoorden hoe zij de wachttijden monitoren, is dit echter niet beschreven in hun kwaliteitsstatuut, waardoor alle instellingen op deze norm “voldoet deels” hebben gescoord.

Instellingen attenderen cliënten op zorgbemiddeling van zorgverzekeraars indien de wachttijd te lang is. De meeste doen dit via hun website; sommige ook tijdens mondeling contact. Enkel en geven echter aan dat zorgbemiddeling via zorgverzekeraars niet als positief wordt ervaren. Dit komt doordat de hele regio kampt met wachttijden of omdat de instelling specifieke zorg levert, waardoor de cliënt niet of moeilijk bij een andere instelling terecht kan/wil. Als een cliënt dan een beroep doet op zorgbemiddeling kan dit ertoe leiden dat de zorgbemiddelaar van de zorgverzekeraar contact opneemt met de instelling om te vragen of de cliënt wellicht eerder in zorg kan komen. Zorgbemiddeling wordt in deze gevallen niet gezien als een structurele oplossing.

Er is samenwerking op cliënt niveau, regionaal ontbreken concrete afspraken

Om de samenwerking, verantwoordelijkheidsverdeling en communicatie met andere zorgverleners goed te toetsen en te kunnen beoordelen is inzicht en informatie vereist vanuit meerdere partijen. De inspectie heeft enkel de instelling bevraagd en niet de samenwerkende partners, zoals samenwerkende ggz-instellingen, cliënten- en familie-organisaties, huisartsen en gemeenten. Hierdoor is de samenwerking slechts globaal getoetst.

De bezochte instellingen werken op cliënt niveau goed samen met andere zorgverleners ten aanzien van de wachttijden. Zo hebben de zorgaanbieders vaak tijdens en na de aanmelding en intake goed contact met de huisartsen als verwijzers en worden er duidelijke afspraken gemaakt over taak- en verantwoordelijkheidsverdeling. Ook hier is op te merken dat de inspectie alleen instellingen heeft gesproken en geen cliënten. Op bestuurlijk niveau ontbreekt het echter bij de meeste instellingen aan overstijgend overleg waarin duidelijke taak- en verantwoordelijkheidsverdeling wordt afgesproken om (in de regio) de wachttijden aan te pakken. De meeste ggz-instellingen hebben wel contact met andere instellingen op regionaal niveau, maar hierbij worden geen duidelijke afspraken omtrent wachttijden gemaakt.

Verantwoordelijkheidsverdeling duidelijk tussen intake en behandeling

Bij de meeste instellingen is de verantwoordelijkheidsverdeling voor wachtenden tussen de intake en de behandeling voldoende duidelijk gemaakt. Dit wordt gedaan door dit expliciet te beschrijven in het kwaliteitsstatuut en/of de cliënt mondeling te

informerend over wie verantwoordelijk is voor de zorg in de tussenliggende periode. Bijna alle instellingen gaven aan dat zij verantwoordelijk (en eerste aanspreekpunt) zijn in de periode tussen de intake en de aanvang van de behandeling. De verantwoordelijkheid vóór de intake lag bij de meeste instellingen bij de verwijzer, maar doordat sommige instellingen in die periode ook al zorg aanboden, kan de verantwoordelijkheid in die periode voor de cliënt onduidelijk zijn.

Instellingen spannen zich in om de wachttijden in de ggz te verminderen en hebben oog voor de wachtende cliënt

Alle instellingen spannen zich in om de wachttijden in de ggz te verminderen, al worden tussen instellingen wel verschillen gezien in de mate van inspanning en de manier waarop hieraan gewerkt wordt.

De instellingen ontpoppen verschillende initiatieven om de wachttijden te verkorten en cliënten niet onnodig te laten wachten. Zo kijken sommige instellingen kritisch naar de aanmeldingen om zo cliënten niet onnodig op de wachtlijst te laten staan, worden cliënten die op de wachtlijst staan nagebeeld om te kijken of ze nog steeds wachtende zijn of worden er herinnerings-smsjes gestuurd voorafgaand aan afspraken om zo de 'no-show' terug te dringen. Andere initiatieven die zijn gehoord zijn het bekijken of DBC's verkort kunnen worden (zodat er meer cliënten per jaar behandeld kunnen worden); het beperken van vervolgd-DBC's indien mogelijk; het reorganiseren van ambulante teams naar geïntegreerde teams, waardoor cliënten niet vaak doorverwezen hoeven te worden of het herdiagnosticeren van cliënten die langer dan twee jaar in zorg zijn (wat heeft geleid tot een uitstroom van 150 cliënten). De instellingen zetten daarnaast sterk in op de acute keten, er wordt veel geïnvesteerd om ervoor te zorgen dat indien nodig cliënten snel gezien kunnen worden.

De meeste instellingen hebben aandacht voor de wachtende cliënt. Om bijvoorbeeld de wachttijden te overbruggen, maakt het merendeel van de instellingen gebruik van e-health. Als de behandeling dan eenmaal start, kan dit soms in combinatie met gesprekken met een behandelaar worden aangeboden. Daarnaast zijn er ook instellingen die overbruggingszorg leveren.

Instellingen zijn niet in staat om wachtlijsten alleen aan te pakken

Ondanks de eigen inspanningen geven instellingen aan dat niet alles binnen hun eigen beïnvloedingsfeer ligt en dat ze voor bepaalde oplossingsrichtingen afhankelijk zijn van andere partijen. Hierdoor lukt het instellingen niet om bepaalde initiatieven verder te implementeren.

De meeste ggz-instellingen noemen de in- en uitstroom als een belangrijke factor die meespeelt in de wachttijdproblematiek. Veel instellingen merken op dat de instroom van nieuwe cliënten hoog is en dat deze toe aan het nemen is. Daarnaast loopt de uitstroom van cliënten moeizaam, bijvoorbeeld omdat het WMO aanbod niet voldoende is om cliënten af te schalen, de FACT teams niet voldoende op sterkte zijn of omdat er ook lange wachttijden zijn

bij andere zorgaanbieders waarnaar wordt doorverwezen. Concreet wordt daarbij ook de ambulantisering genoemd als factor die heeft bijgedragen aan het ontstaan van de wachttijden. In het kader van de ambulantisering zijn met name langdurige ggz-cliënten uit de kliniek ontslagen en in hun thuissituatie onder behandeling van de FACT teams geplaatst. Hierdoor zijn de FACT-teams meer belast geraakt, waardoor de verdere reguliere uitstroom naar deze teams lastig is. Deze conclusie wordt ook getrokken in een recent gepubliceerd rapport van de inspectie over de ambulante ggz^[6].

Een aantal ggz-instellingen legt de oorzaak van hun wachttijden bij de financiering van de zorg. Met name de kleinere instellingen ervaren problemen met de zorgverzekeraar. Contact met de zorgverzekeraar is er nauwelijks tot niet en uitbreiding van contracten en het maken van goede prijsafspraken is lastig. Ook het financieren van vormen van zorg om wachttijden te overbruggen wordt niet altijd goedgekeurd door de verzekeraar. Daar tegenover staat dat er ook instellingen zijn die geen problemen ervaren met de zorgverzekeraars. Hierbij ging het voornamelijk om de wat grotere ggz instellingen. Zij hebben goed contact en kunnen hun contracten uitbreiden als er meer zorg nodig is.

Krapte op de arbeidsmarkt wordt ook door enkele aanbieders genoemd als oorzaak van de wachttijden en dan met name een tekort aan regiebehandelaren. Er wordt ervaren dat regiebehandelaren lastig aan te trekken zijn en te behouden, veelal omdat ze zich als zelfstandige gaan vestigen. Kleinere instellingen hebben in het algemeen minder moeite om geschikt personeel aan te trekken en te behouden. Veel instellingen geven aan dat de rol van regiebehandelaar zoals deze in het kwaliteitsstatuut is opgenomen opnieuw onderzocht zou moeten worden, zodat de regiebehandelaar effectiever ingezet kan worden.

[6] Toezicht op de ambulante ggz. Betere zorg nodig voor thuiswonende mensen met chronische psychische aandoeningen. Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, juni 2018.

Bijlage Toetsingskader Wachttijden GGZ, mei 2018

1 Inleiding

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd in oprichting (hierna: de inspectie) ziet toe op de naleving van een groot aantal wettelijke- en veldnormen. Om transparant te zijn over wat de inspectie toetst, maakt de inspectie toetsingskaders voor onderdelen van de gezondheidszorg. Een toetsingskader bestaat uit een aantal normen^[7] en daarbij horende toetsingscriteria^[8].

Die zijn gebaseerd op wet- en regelgeving, en zogeheten 'veldnormen' die beroepsorganisaties van zorgverleners hebben opgesteld. Hier toetst de inspectie op.

De wettelijke- en veldnormen in dit toetsingskader zijn het uitgangspunt voor het toetsen van kwaliteit van zorg in relatie tot de wachttijden in de ggz. De inspectie gebruikt dit toetsingskader met ingang van mei 2018.

Dit toetsingskader is ontwikkeld in het kader van het project Wachttijden ggz, gestart in 2018. Na het afleggen van een aantal specifieke bezoeken op dit thema, zal worden geëvalueerd of de normen in het reguliere toetsingskader van de ggz kan worden opgenomen. Inspecteurs beoordelen deze normen tijdens specifieke bezoeken. Of ze ook andere onderdelen van de zorg beoordelen, is afhankelijk van de situatie. Als er aanleiding voor is, neemt de inspectie ook andere wettelijke en veldnormen mee in haar toezicht.

De normen gaan over de belangrijkste risico's voor de kwaliteit van zorg in relatie tot de wachttijden in de ggz. Bij de selectie van de normen is gekeken naar normen die de betrokken beroepsgroepen belangrijk vinden. De normen en toetsingscriteria zijn gebaseerd op wet- en regelgeving en veldnormen die door beroepsgroepen zijn opgesteld ter invulling van de – veelal open – wettelijke normen. Omdat zowel veldnormen als wet- en regelgeving voortdurend in ontwikkeling zijn, zal het toetsingskader worden aangepast wanneer er relevante wijzigingen zijn.

Met het openbaar maken van dit toetsingskader wil de inspectie bijdragen aan:

- transparantie over haar werkwijze;
- het stimuleren van goede zorg en minder presterende zorgaanbieders aansporen tot verbeteringen en te leren van deze ervaringen;
- het informeren van zorgaanbieders, patiënten, cliënten, burgers en zorgverzekeraars over de uitkomsten van haar toezicht.

2 Toetsingskader

Toetsingskader Wachttijden ggz		
Normen	Bron: wet- en regelgeving en veldnormen	Toetsingscriteria
1 Op de website van de zorgaanbieder is de actuele wachttijd voor intake en voor behandeling gepubliceerd conform de vigerende beleidsregel van de NZa ^[9] .	Model Kwaliteitsstatuut GGZ 2016, pagina 8 Wet Kwaliteit klachten en geschillen zorg (Wkkgz) Artikel 2 en 3	De inspectie toetst op de website van de zorgaanbieder of de actuele wachttijd voor intake is gepubliceerd. De inspectie toetst op de website van de zorgaanbieder of de actuele wachttijd voor behandeling is gepubliceerd.

[7] Erkende afspraken, specificaties of criteria over een product, een dienst of een methode (bron: Thesaurus Zorg en Welzijn).

[8] De operationalisatie van een norm die wordt gebruikt om te toetsen of deze norm wordt nageleefd.

[9] Transparantieregeling zorgaanbieders ggz https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_2035_22/1/

Normen	Bron: wet- en regelgeving en veldnormen	Toetsingscriteria
<p>2 Wanneer intake of behandeling niet binnen de gestelde Treeknormen kan aanvangen^[10], stelt de aanbieder de patiënt/cliënt hiervan op de hoogte en kan de patiënt/cliënt zich wenden tot de zorgbemiddeling van de eigen zorgverzekeraar/financier.</p>	<p>Model Kwaliteitsstatuut GGZ 2016, pagina 8 Wkkgz Artikel 2 en 3</p>	<p>De inspectie toetst of en op welke wijze de zorgaanbieder de patiënt/cliënt op de hoogte stelt wanneer de intake niet binnen de gestelde treeknormen kan aanvangen.</p> <p>De inspectie toetst of en op welke wijze de zorgaanbieder de patiënt/cliënt op de hoogte stelt wanneer de behandeling niet binnen de gestelde treeknormen kan aanvangen.</p> <p>De inspectie toetst op welke wijze de zorgaanbieder de patiënt/cliënt informeert dat deze zich kan wenden tot de zorgbemiddeling van de eigen zorgverzekeraar/financier.</p>
<p>3 Inzake de totale organisatie van de zorg beschrijft de ggz-instelling in zijn kwaliteitsstatuut ggz o.a. hoe hij wachttijden monitort en wachttijdinformatie voor patiënten/cliënten en anderen toegankelijk maakt.</p>	<p>Kwaliteitsstatuut GGZ, Wkkgz Artikel 2 en 3</p>	<p>De inspectie toetst of in het kwaliteitsstatuut beschreven staat op welke wijze de zorgaanbieder de wachttijden monitort en de wachttijdinformatie voor patiënten en cliënten toegankelijk maakt.</p>
<p>4 Als een zorgverlener samenwerkt met andere zorgverleners moet de instelling zorgen voor een duidelijke taak- en verantwoordelijkheidsverdeling, en is het noodzakelijk dat zij effectief met elkaar communiceren, afspreken wie de zorg coördineert en hun werkzaamheden en informatie onderling afstemmen. Bij afstemming staat de patiënt en naastbetrokkene(n) centraal.</p>	<p>GGZ standaarden/generieke modules/ landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis ggz en gespecialiseerde ggz, pagina 6 Wkkgz Artikel 2 en 3</p>	<p>De inspectie informeert met welke partners samengewerkt wordt rond het onderwerp wachttijden.</p> <p>De inspectie toetst of met de samenwerkende partners afspraken zijn gemaakt over taak- en verantwoordelijkheidsverdeling, dat zij effectief met elkaar communiceren, dat zij afspraken hebben gemaakt wie de zorg coördineert en hierover onderling hebben afgestemd.</p> <p>De inspectie toetst of bij de bovengenoemde afspraken de patiënt en naastbetrokkene(n) centraal staat.</p>

[10] De Treeknorm beschrijft de maximaal aanvaardbare wachttijd. Deze ligt voor de gb-ggz en de g-ggz op 4 weken voor de aanmeldwachttijd en op 14 weken voor de totale wachttijd (Informatiekaart; een tussenstand. Wachttijden in de ggz. 3 april 2018, NZa). Zie ook: Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraar Zvw-TH/BR-025 (geldig van 01-01-2018). Zie https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_21832_22/1/

Normen

- 5 Bij de intake legt de zorgaanbieder vast wie verantwoordelijk is voor de patiënt/cliënt en wie als aanspreekpunt fungeert in de periode tussen de intake en aanvang van de behandeling. Dit aanspreekpunt is in deze fase dan de regiebehandelaar.

De zorgaanbieder informeert de patiënt/cliënt over deze afspraken. Ook bespreken professional en patiënt/cliënt hoe te handelen wanneer in deze periode de toestand van patiënt/cliënt verergert.

Bron: wet- en regelgeving en veldnormen

Model Kwaliteitsstatuut GGZ 2016, pagina 8
Wkkgz Artikel 2 en 3

Toetsingscriteria

De inspectie toetst of is vastgelegd wie verantwoordelijk is voor de patiënt/cliënt en wie als aanspreekpunt fungeert in de periode tussen de intake en aanvang van de behandeling.

De inspectie toetst of de patiënt/cliënt over deze afspraken wordt geïnformeerd.