



Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Meer samenhang en continuïteit in zorg nodig voor mensen met chronisch psychische aandoeningen

Inhoud

1	Samenvatting	4
	Voorbeeld netwerkzorg bij mensen met een chronisch psychische aandoening	5
2	Inleiding	6
2.1	Aanleiding en belang	6
2.2	Inspectierapport 2018 over ambulante ggz	6
2.3	Toezicht op 6 regio's in 2019	7
3	Tien thema's in bevindingen toezicht	9
4	Conclusie	19
5	Beschouwing	20
	Praktijkvoorbeeld: persoon met chronisch psychische aandoening - hoe het anders kan	21
6	Aanbevelingen per doelgroep en vervolg toezicht inspectie	22
6.1	Waar spreekt inspectie partijen op aan?	22
6.2	Vervolg toezicht inspectie	27
6.3	Afstemming met andere toezichthouders	27
6.4	Afstemming met landelijke partijen	28

1 Samenvatting

Het aantal mensen met een psychische aandoening of kwetsbaarheid is hoog. De vraag naar ggz groeit de komende jaren. Door deze groei neemt de druk op het ggz-aanbod voor kwetsbare mensen met chronisch psychische aandoeningen toe. De inspectie waardeert de inspanning en betrokkenheid van de zorgverleners, ondanks de (vaak) hoge werkdruk.

Het resultaat is voor de doelgroep echter nog onvoldoende. De capaciteit van de ambulante zorg blijkt vaak niet toereikend en de samenhang in de zorg ontbreekt. De vaak gebrekkige afstemming tussen de huisartsenzorg en de ggz is een van de oorzaken van onvoldoende continuïteit. Hierdoor ontstaan risico's voor cliënten, bijvoorbeeld bij somatische screening, medicatieveiligheid en de opvang van crises.

De inspectie maakte in 2018 een alarmerend rapport over gebrek aan samenhang en continuïteit in de (ambulante) ggz. Vervolgens heeft de inspectie bij 6 regio's in Nederland toezicht gehouden op de zorgnetwerken in de ggz. De manier waarop de ambulante ggz en de samenwerking rondom cliënten met chronisch psychische aandoeningen is ingericht, verschilt per regio. Met dit rapport deelt de inspectie haar bevindingen op 10 thema's die van invloed zijn op de ontwikkeling van goede zorg in de ambulante ggz.

Met beter afgestemde zorg in de vrijwillige fase van cliënten, kan acute zorg en (gedwongen) opname vaker worden voorkomen. Door ook het sociaal domein hierbij te betrekken, kan de opvang in de thuissituatie voor en ná opname in een ggz-instelling makkelijker plaatsvinden. De doorstroming in de zorg wordt daardoor bevorderd. Hierdoor kunnen wachttijden aan de voorkant worden teruggebracht.

De inspectie ziet dat een gedeelde regionale visie en ambitie ontbreekt op het zorgaanbod voor de meest kwetsbare doelgroep in de ggz. Dit geldt zowel op landelijk als op regionaal en/of lokaal niveau. De partijen binnen de zorgnetwerken hebben nog te weinig afspraken gemaakt over het benodigde zorgaanbod. De samenwerking en de verdeling van verantwoordelijkheden binnen de zorgnetwerken komt nog onvoldoende op gang.

De inspectie vindt dat meer inspanningen in de zorgnetwerken nodig zijn. Zij spreekt zorgaanbieders en hulpverleners aan op hetgeen binnen hun invloed ligt. Tegelijkertijd is zij van mening dat aan een aantal randvoorwaarden moet worden voldaan. Zij doet hiervoor aanbevelingen aan zorgverzekeraars, gemeenten en het Ministerie van VWS. Alleen met een gemeenschappelijke inzet op meerdere fronten ontstaat een verbetering van de ggz voor een kwetsbare groep cliënten.

In 2020 zal de inspectie haar toezicht op regionale ambulante ggz voortzetten. Doel is de samenwerking in de regio's te bevorderen en de wachttijden in de ggz terugdringen. Zij werkt hiervoor samen met de NZa en het Toezicht op het Sociaal Domein (TSD).

Voorbeeld netwerkzorg bij mensen met chronisch psychische aandoeningen



Praktijkvoorbeeld: hoe het vaak gaat

Ik ben Erik, 54 jaar. Ik heb een intensieve specialistische behandeling binnen een ggz-instelling gehad. Inmiddels ben ik weer thuis en deels hersteld. Maar ik heb nog wel lange tijd behandeling en begeleiding nodig in mijn thuissituatie. Ik krijg nu hulp van het FACT team van de ggz-instelling.

Een paar maanden geleden kreeg ik last van benauwdheid. Het werd steeds erger. Ik ben toen naar de huisarts gegaan. Mijn huisarts wilde mij medicijnen voorschrijven. Ze wist alleen niet welke medicijnen ik al kreeg via de ggz-instelling. Zij vertelde mij dat een verkeerde combinatie van medicijnen risicovol kan zijn. Mijn huisarts probeerde daarom mijn psychiater te bellen, maar kreeg hem niet te pakken. We spraken af dat de huisarts mij zou bellen zodra ze wat meer wist over de medicijnen. Het duurde lang voordat de huisarts mij terugbelde. Ik werd daar erg onrustig van. En ik wilde graag iets tegen de benauwdheid.

Het gaat inmiddels psychisch niet meer zo goed met mij. Ik weet niet zo goed wat ik er zelf aan kan doen. Ik heb geen signaleringsplan. Mijn vriendin Soraya merkt ook aan mij dat ik achteruit ga, maar zij weet niet hoe zij mij kan helpen. Ze is thuis gebleven van haar werk omdat ze bang is dat het mis gaat. Ik maak me zorgen dat ze daardoor ontslagen wordt. Ze zegt ook alle afspraken met vrienden af, dus we zien bijna niemand meer.

De ggz-instelling had ons geen informatie gegeven over wat we moeten doen in een crisissituatie. Ik heb nogmaals mijn huisarts gebeld, maar die weet ook niet wat ik moet doen. Ze zegt dat ik het FACT team moet bellen.

De mensen van het FACT-team zijn aardig. Maar ze zijn ook altijd erg druk en hebben weinig tijd. Soms komen ze niet langs en vragen alleen telefonisch na hoe het met mij gaat.

2 Inleiding

2.1 **Aanleiding en belang**

Het aantal mensen met een psychische aandoening of kwetsbaarheid is hoog. In 2017 hebben 1,1 miljoen volwassen Nederlanders gebruik gemaakt van een behandeling in de geestelijke gezondheidszorg (ggz). Het overgrote deel krijgt ambulante zorg bij de praktijkondersteuner huisarts (poh-ggz), via de generalistische basis ggz (b-ggz) of de gespecialiseerde ggz (s-ggz zonder verblijf).

De vraag naar ggz groeit. Samen met hart- en vaatziekten zorgen psychische stoornissen de komende decennia voor de meeste ziektelast¹. Door deze groei neemt de druk op het ggz-aanbod voor mensen met chronisch psychische aandoeningen toe.

Mensen met chronisch psychische aandoeningen zitten in een kwetsbare situatie. Dit zijn vaak mensen met een meervoudige en complexe zorgbehoefte. Bij deze doelgroep is aandacht nodig voor herstel en eigen regie. De veranderende zorgvraag en wisselende zorgbehoeften van mensen met chronische problemen vraagt om een andere manier van zorg verlenen.

Persoonsgerichte zorg op maat vanuit één instelling volstaat voor deze doelgroep vaak niet meer. Steeds vaker is het nodig om de zorg aan deze kwetsbare doelgroep door meerdere partijen binnen een netwerk te leveren. Binnen deze specifieke vorm van zorg zijn mogelijkheden nodig voor op- en afschaling, afhankelijk van de zorgbehoefte. Door tijdig aan te sluiten bij wat nodig is, samen te werken en snelle inzet van interventies kunnen (gedwongen) opnames worden voorkomen. Uitgangspunt is dat cliënten de juiste zorg op de juiste plek krijgen. Daarbij herstellen cliënten zoveel mogelijk thuis, tenzij dit (tijdelijk) niet mogelijk is.

De inspectie ziet het als haar rol om goede samenwerking in zorgnetwerken rondom kwetsbare groepen te agenderen en stimuleren. Dit past bij de bijzondere aandacht die de inspectie in haar toezicht heeft voor persoonsgerichte zorg voor kwetsbare groepen². Daarbij kijkt de inspectie naar samenhang in de zorg rondom een persoon of gezin in de eigen omgeving. Per gebied houdt zij toezicht en rapporteert zij over haar bevindingen. De inspectie spreekt de regionaal actieve zorgaanbieders aan om de uitkomsten van het rapport op te volgen. Openbaarmaking van inspectierapporten is onderdeel van het proces. De inspectie bespreekt ook met landelijke veldpartijen haar bevindingen.

2.2 **Inspectierapport 2018 over ambulante ggz**

Als gevolg van de veranderingen in de ggz vanaf 2015 zag de inspectie risico's voor thuiswonende mensen met chronisch psychische aandoeningen. Zij heeft daarom samen met de zorgaanbieders in kaart gebracht welke gevolgen de ambulantisering had voor de zorg voor deze groep. Ook onderzocht de inspectie welke knelpunten en uitdagingen het leveren van deze zorg met zich mee brengt. Op basis hiervan ontwikkelde de inspectie een toetsingskader. Daarmee toetste zij de ambulante zorg

1 Een gezond vooruitzicht: Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV), 2018

2 Meerjarenbeleidsplan IGJ 2020-2023

voor thuiswonende mensen met chronisch psychische aandoeningen³.

In juni 2018 bracht de inspectie een overkoepelend rapport uit over haar toezichtrondes⁴. Zij signaleerde grote risico's. De meest kwetsbare mensen die afhankelijk zijn van ggz bleken een grote kans te hebben om tussen wal en schip te vallen. Er was betere zorg voor hen nodig. De inspectie constateerde dat de beoogde afbouw van bedden gelukt leek, maar dat de opbouw van ambulante (netwerk)zorg achter bleef. De druk op FACT-teams was (te) groot. De samenwerking tussen ggz en huisartsenzorg kon beter.

Verder bleek dat er problemen waren met de op- en afschaling binnen de ggz, waardoor wachtlijsten ontstonden. Lange wachttijden bleken vaak een symptoom van gebrekkige lokale of regionale samenwerking en -doorstroombmogelijkheden. Het verbeteren en mogelijk maken van deze samenwerking was daarmee een onmisbaar onderdeel van de aanpak van de wachttijden. In 2018 bleek ook een grote regionale en lokale diversiteit in de organisatie van de ggz. In sommige gebieden hadden huisartsen en de ggz afspraken gemaakt over de samenwerking. Gemeenten en zorgverzekeraars waren hier (in wisselende mate) bij betrokken. In andere gebieden spraken relevante partijen nauwelijks met elkaar.

De inspectie concludeerde tenslotte in het rapport van 2018 dat de risico's voor thuiswonende mensen met chronisch psychische aandoeningen vaak met elkaar samenhangen. Zij vond het dan ook noodzakelijk dat partijen met elkaar naar oplossingen zochten en kondigde aan de samenwerking binnen zorgnetwerken te toetsen. Welke inspanningen verrichten de zorgaanbieders binnen de mogelijkheden die ze hebben? Welke resultaten behalen zij?

2.3

Toezicht op 6 regio's in 2019

In 2019 heeft de inspectie in zes gebieden toezichtonderzoeken uitgevoerd naar de situatie rondom de (ambulante) ggz. Het gaat om Friesland, Westelijk Noord-Brabant, Arnhem, Den Haag, Lelystad en Midden-Limburg. In veel van deze gebieden was (en is soms nog steeds) sprake van lange wachttijden. Daarbij vond het toezicht vaak plaats in gebieden of wijken met mensen met een lagere sociaal-economische status. Bij deze groep mensen zijn de gezondheidsproblemen vaak groot. Vaak is daarbij ook de levensverwachting lager^{5,6}.

Bij haar toezicht heeft de inspectie zich vooral gericht op de samenwerking tussen de ggz (vooral de FACT-teams) en de huisartsenzorg. Daarvoor heeft ze verschillende zorgaanbieders gesproken. Verder organiseerde de inspectie regionale bijeenkomsten, met individuele zorgaanbieders, bestuurders en regionale koepelorganisaties. De inspectie hield interviews met cliënten en hun naasten en betrok hen ook bij de regionale bijeenkomsten. Bij deze regionale bijeenkomsten waren soms ook vertegenwoordigers van het sociale domein of gemeenten aanwezig.

Bij het onderzoek heeft de inspectie gekeken naar de situatie in het betrokken gebied en ook welke samenwerkingsafspraken partijen hadden gemaakt. Op basis van de verschillende gesprekken kon de inspectie vaststellen welke bewegingen er

3 [Toetsingskader 'Toezicht op de ambulante ggz voor cliënten met chronisch psychische aandoeningen', IGJ 2018](#)

4 [Toezicht op de ambulante ggz. Betere zorg nodig voor thuiswonende mensen met chronisch psychische aandoeningen. IGJ, 2018.](#)

5 Generieke Module Ernstige Psychische Aandoeningen, p.35

6 <https://www.nivel.nl/nl/publicatie/hoe-gezondheidsvaardig-nederland-factsheet-gezondheidsvaardigheden-cijfers-2019>

waren in de samenwerking tussen de zorgaanbieders. Daarbij kwam regelmatig ook de rol van de betrokken zorgverzekeraar(s) aan de orde.

De afzonderlijke rapporten van de zes verschillende onderzoeken zijn gepubliceerd op de IGJ- website.⁷ In deze rapporten gaat de inspectie in op de specifieke zorgnetwerken per toezichttraject en de gebruikte methodiek. Hieronder volgt een samenvatting van de belangrijkste inspectiebevindingen uit het toezicht in 2019 op de ambulante ggz.

De inspectie heeft in zes gebieden in Nederland toezichtonderzoeken uitgevoerd. Hieruit kan geen alomvattend beeld worden gegeven van de stand van zaken in heel Nederland. Toch ziet de inspectie een aantal thema's vanuit dit toezicht die waarschijnlijk ook binnen andere regio's spelen. Andere regio's kunnen daarvan leren. Op basis van de bevindingen trekt de inspectie daarom lessen en doet zij opnieuw aanbevelingen aan de verschillende betrokken partijen.

⁷ www.igj.nl/zorgsectoren/geestelijke-gezondheidszorg/toezicht-op-ambulante-ggz

3 Tien thema's in bevindingen toezicht

1. Zorgvraag stijgt, maar aanbod wordt onvoldoende hierop afgestemd door gebrek aan informatie.

Huisartsen, praktijkondersteuners ggz en zorgverleners in de ggz merken in bijna alle zes gebieden dat de zorgvraag van mensen met chronisch psychische aandoeningen toeneemt. Zij geven aan dat de zorgzwaarte van deze doelgroep stijgt, zowel in aantallen cliënten als in complexiteit.

Tegelijkertijd hebben de zorgaanbieders (maar ook zorgverzekeraars en gemeenten) onvoldoende zicht op de omvang van deze doelgroep in hun eigen werkgebied. Epidemiologische gegevens over de vraag naar zorg op regioniveau ontbreken. Er is geen gezamenlijke analyse van populatiekenmerken in de regio, in combinatie met gegevens over de arbeidsmarkt. Door gebrek aan informatie kan het zorgaanbod niet optimaal worden afgestemd op de (toekomstige) behoefte. Hierdoor ontbreekt een belangrijke basis voor gemeenschappelijke plannen voor de zorg aan mensen met chronisch psychische aandoeningen.

2. Samenwerking rondom individuele cliënten neemt toe, maar regionale ambitie en visie op samenhangende zorg nauwelijks aanwezig

De inspectie ziet de samenwerking binnen de ggz-netwerken groeien. De ggz en de huisartsenzorg doen meer moeite om toenadering te zoeken. Hier en daar zijn samenwerkingsafspraken gemaakt, maar meestal alleen rondom de behandeling van individuele cliënten.

Het maken van afspraken in een regio tussen diverse organisaties blijkt moeilijk te zijn. Soms liggen er samenwerkingsafspraken tussen de huisartsenzorg en de ggz. Bijvoorbeeld over consultatie en doorverwijzing. Maar die afspraken zijn niet overal voldoende doorgevoerd in het zorgnetwerk. De organisatiegraad van huisartsen is in sommige gebieden laag, waardoor een duidelijk aanspreekpunt voor de ggz ontbreekt.

Ook de afstemming tussen de ggz-instellingen onderling over de behandeling van de complexere doelgroep laat te wensen over. In sommige gebieden zijn veel zorgaanbieders aanwezig. Slechts enkelen van die zorgaanbieders nemen de zorg op zich voor complexe cliënten waarbij sprake is van meerdere aandoeningen.

De inspectie heeft nog weinig zorgnetwerken gezien met gemeenschappelijke plannen en doelen voor de (vaak toenemende) zorgvraag van deze kwetsbare doelgroep. Gezamenlijke ambities en visie op zorg en herstel, met verdeling van verantwoordelijkheden, ontbreken meestal.

In een enkel geval zijn er pilots op basis van een visie (zoals 'de Nieuwe ggz' in Roermond). Dit zijn initiatieven op een kleinere schaal; op wijk- of subregionaal niveau. Een aantal goede voorbeelden van samenwerking is landelijk bekend gemaakt via www.wegvandewachtlijst.nl.

Verder ziet de inspectie weinig samenhang in de zorg voor mensen met chronisch psychische aandoeningen. De afspraken tussen partijen concentreren zich meestal op één stadium van de zorgbehoefte van een cliënt. De kwetsbare doelgroep kan in verschillende stadia van zijn leven verschillende soorten zorg nodig hebben.

Veel mensen uit de doelgroep vermijden soms zorg en melden zich niet. Andere mensen krijgen (beperkt) vrijwillige zorg in hun thuissituatie, maar worden nauwelijks gevolgd. Ook kan er sprake zijn van zorg voor personen met verward gedrag, acute psychiatrie of gedwongen zorg. De partijen stemmen de afspraken over de verschillende stadia in de zorg niet op elkaar af.

**3. Er is aandacht voor herstel en eigen regie binnen de ggz.
Betrokkenheid naasten kan beter.**

De meeste ambulante cliënten die de inspectie heeft gesproken werden of waren behandeld binnen FACT-teams van ggz-instellingen. Deze cliënten zijn tevreden over de zorg die zij hebben ontvangen. Zij ervaren dat hun hulpvraag binnen de behandeling centraal wordt gesteld. Ze worden betrokken bij hun behandelplan. Ook zijn de cliënten goed op de hoogte van het doel van de behandeling en de resultaten die zij hiermee willen bereiken. Verder voelen zij zich voldoende in staat gesteld om regie te voeren over hun zorg. Daarbij staat hun herstel (op alle levensgebieden) centraal. De manier waarop de ggz aan herstel werkt verschilt echter per individuele zorgverlener en per instelling.

Cliënten gaan er vanuit dat de informatieoverdracht over de zorg goed geregeld is en dat de medicatievoorschriften door hun voorschrijvend hulpverleners (bijv. huisartsen en psychiaters) worden gecontroleerd. Of dit daadwerkelijk het geval is, weten ze niet. Voor cliënten is meestal duidelijk wie voor welk deel van de zorg verantwoordelijk is. Cliënten spreken hun begrip uit voor de werkdruk van de hulpverleners die zij ervaren in de contacten met hen.

De inspectie ziet goede voorbeelden van de inzet van ervaringsdeskundigen bij de ondersteuning van cliënten.

De betrokkenheid van naasten speelt een belangrijke rol in de ondersteuning, vroegsignalering en motivatie voor behandeling. Deze betrokkenheid van naasten bij het zorgproces neemt toe, maar kan nog beter. Er is meer aandacht nodig voor ondersteuning en mogelijke overbelasting van naasten. Verder worden naasten niet altijd betrokken bij het zorgproces. Soms is dit op expliciet verzoek van de cliënt. Naasten ervaren dat de informatie over zorgmogelijkheden voor hen niet altijd duidelijk of toereikend is.

4. Zorg voor doelgroep knelt, mede door hoge werkdruk bij huisartsenzorg en de (ambulante) ggz

De zorgvraag neemt toe. Ondertussen hoort de inspectie van huisartsen dat de benodigde aandacht voor- en kennis over de specifieke en kwetsbare doelgroep vaak ontbreekt. Dat is niet alleen een kwestie van tijd en werkdruk.

Veel huisartsen voelen zich niet toegerust voor de behandeling van deze doelgroep. Dit geldt bijvoorbeeld zowel bij de triage van mensen met complexe problematiek bij doorverwijzing als bij de (medicamenteuze) behandeling in de stabiele fase na afronding van een zorgaanbod door de ggz.

De inspectie heeft goede voorbeelden gezien van toegewijde huisartsen en ervaren praktijkondersteuners-ggz, die in staat zijn om veel op te vangen. Maar de werkdruk wordt ook bij de laatste groep als erg (en soms te) hoog ervaren.

Ook zorgverleners in de ambulante ggz geven aan dat de werkdruk (te) hoog is. De oorzaak ligt vaak in de combinatie van krappe personele bezetting, afbouw van bedden en een stijgende zorgvraag. FACT-teams zijn van groot belang bij de invulling van de ambulante ggz, maar zij zijn vaak overbelast. De caseload en het takenpakket per zorgverlener zijn dan te hoog.

De inspectie sprak met hulpverleners die zeggen dat zij zich dagelijks tekort voelen schieten in de zorg die zij aan deze cliënten kunnen verlenen. De aandacht gaat met name uit naar de ondersteuning van de cliënt in het voeren van de eigen regie en crises. Hierdoor zijn er minder mogelijkheden voor preventie en het betrekken van het netwerk buiten de ggz.

De inspectie heeft bij een ggz-instelling lange wachttijden van enkele maanden bij de FACT-teams aangetroffen. Soms proberen de FACT-teams de wachttijden te verkorten door de beschikbare zorg te verdelen over de cliënten. Hierdoor verschaalt de zorg tot soms maar één uur in de maand of wordt zorg vervroegd overgedragen naar een lichtere zorgvorm. Deze situatie vindt de inspectie niet wenselijk.

5. Risico's door gebrekkige informatie-overdracht binnen het zorgnetwerk

Ondanks de inzet van zorgverleners en goede intenties bestaan er risico's voor mensen met chronisch psychische aandoeningen, die afhankelijk zijn van de ambulante ggz.

Onduidelijke afspraken leiden tot over- of onderbehandeling

Binnen de zorgnetwerken van ggz en huisartsen is vaak niet duidelijk wie waarvoor verantwoordelijk is. Cliënten kunnen er onvoldoende op rekenen dat de zorgverleners voorzien in (tussentijdse) controlemomenten in de zorg, waarbij belangrijke informatie moet worden uitgewisseld.

Deze controlemomenten zijn er meestal wel *binnen* een ggz-instelling (bijvoorbeeld bij afschaling van s-ggz naar basis-ggz). Maar in de zorgnetwerken overleggen de zorgverleners te weinig met elkaar over de zorg voor deze doelgroep. Daarbij heeft men vaak te weinig kennis van elkaars (on)mogelijkheden en weet men niet wat men van elkaar mag verwachten. Dit kan niet alleen leiden tot inefficiëntie, maar ook tot risico's in de cliëntveiligheid.

Op sommige plaatsen vinden zorggebonden controles dubbel plaats. Resultaten worden dan niet onderling met elkaar gedeeld. Op andere plaatsen voeren zorgverleners somatische controles juist niet structureel uit. Ze hebben dan niet afgesproken wie dit moet doen. Dit kan leiden tot over- of onderbehandeling.

Risico's rondom medicatie-overdracht

De inspectie ziet ook risico's rondom medicatie-overdracht. De zorgaanbieders geven aan dat dit deels komt door gebrek aan ('warme') overdracht. Maar het komt ook door problemen in de digitale informatievoorziening tussen de ggz en de huisartsenzorg. De ICT-systemen van huisartsen en ggz zijn vaak niet op elkaar aangesloten. Hierdoor zijn geen actuele medicatie-overzichten op het systeem zichtbaar en moeten zorgaanbieders zich hiertoe extra inspannen. De ggz is niet altijd aangesloten op het systeem van apotheken.

Overigens vragen sommige zorgaanbieders wel structureel en met regelmaat actuele medicatie-overzichten op bij de apotheek met toestemming van de cliënt. Er bestaan op kleine schaal positieve ervaringen met een Persoonlijke Gezondheidsomgeving (PGO) zoals Psynet, waarbij de informatie rondom de cliënt wordt weergegeven (waaronder medicatie-overzichten).

6. Wachttijden door onvoldoende doorstroming en continuïteit: vaak geen juiste zorg op juiste plek

De inspectie ziet dat de continuïteit van zorg voor mensen met chronisch psychische aandoeningen per regio wisselt. In verschillende regio's zijn de wachttijden hoog en is het voor cliënten onduidelijk waar ze terecht kunnen. Verder geven partijen aan dat er onvoldoende mogelijkheden zijn voor op- en afschaling van de zorg tussen de ggz en de huisartsenzorg. Hierdoor stopt de doorstroming in de zorgketen.

Wachttijden bij doorverwijzing

Cliënten moeten soms lang wachten op een plek, en komen niet op goede plek terecht. Dat dit goed gaat, is met name van belang bij mensen met complexe problematiek. Het zorgaanbod van de ggz is complexer geworden en soms versnipperd in een groot aantal verschillende zorgpaden. Huisartsen blijken niet altijd voldoende kennis te hebben om cliënten rechtstreeks naar de juiste specialistische behandeling te verwijzen. Verwijzing naar het verkeerde zorgpad betekent dat de cliënt terugverwezen wordt en weer opnieuw moet worden aangemeld. Daarna komt deze vaak weer op een wachtlijst terecht. Huisartsen geven aan dat er nauwelijks meer mogelijkheid bestaat voor consultatie bij de ggz vooraf, om de cliënt in één keer op de juiste plek te krijgen.

Huisartsen vinden het moeilijk inzichtelijk waar een plek voor behandeling beschikbaar is. Wachtlijsten die zichtbaar zijn via Zorgdomein zijn behulpzaam, maar komen volgens hen niet altijd overeen met de praktijk. Het is voor huisartsen meestal niet mogelijk met urgentie te verwijzen. Het gaat om óf reguliere verwijzing óf cliënten die in crisis zijn. Zij ervaren dat er niets tussen in bestaat. Een enkele keer is spoedintake bij ggz wel mogelijk. Een voorbeeld daarvan zag de inspectie in Lelystad. Huisartsen kunnen cliënten aanmelden voor een spoedintake bij de ggz, waarbij sprake is van 'geen crisis, wel spoed'.

Partijen geven aan dat het gebrek aan beschikbaarheid van laagdrempelige behandeling in de ggz leidt tot gedwongen opnames. Dit zou voorkomen kunnen worden bij vroegtijdige inzet van de ggz. Soms lukt het realiseren van een opname alleen als dwang noodzakelijk is.

Onvoldoende overleg bij afschaling

Bij de afschaling van zorg vanuit de ggz-instellingen is regelmatig onvoldoende overdracht naar de huisartsen (en Wmo-voorzieningen, zie thema 8). Vaak worden cliënten terugverwezen naar huisartsen zonder overleg. Binnen het zorgnetwerk is niet altijd bekend wat van elkaar te verwachten. Men heeft behoefte aan regionale 'transferpunten' waar informatie over beschikbare behandelcapaciteit bij elkaar komt.

Gemis aan 'tussenvoorzieningen'

Partijen geven aan dat er onvoldoende respijtvorzieningen (of 'preventieve bedden') beschikbaar zijn die de overgang van de thuissituatie naar klinische opnames soepeler kunnen maken. Zij kunnen voorzien in een tijdelijke behoefte aan opname en daarmee mogelijk een opname in een ggz-instelling voorkomen. Er is een aantal FACT teams die de beschikking heeft over een beperkt aantal bedden. Die kunnen zij inzetten voor de cliënten in zorg.

Ook initiatieven zoals 'Intensive Home Treatment' (IHT) komt aan de behoefte van een tussenvoorziening tegemoet. Hierbij kan een cliënt intensieve psychiatrische crisisbehandeling in de thuissituatie krijgen.

7. Hanteren van crisis bij cliënten in het netwerk kan beter.

Over het algemeen beschikken cliënten in ggz-instellingen over een signaleringsplan of crisiskaart. Soms stellen cliënten die zelf op. In de praktijk wordt niet altijd gebruik gemaakt van dit plan tijdens de behandeling. Evaluatie en aanpassing vinden niet altijd plaats. Hierdoor ontstaat het risico dat een cliënt onvoldoende in staat wordt gesteld om een persoonlijke crisis te hanteren. Zo'n crisis kan bijvoorbeeld gaan om toename van depressieve klachten, oplopen van achterdocht of meer moeite hebben met het hanteren van agressieve gevoelens. Het beleid over handelen bij crisis is niet volledig in het zorgnetwerk vastgelegd.

Verder kan er bij het hanteren van een crisis informatie verloren zijn tussen de ggz en de huisartsenzorg. Huisartsen beschikken meestal niet over een signaleringsplan of crisiskaart van de cliënt. Er ontbreekt vaak een instructie hierover vanuit de ggz. Daarbij komt dat sommige huisartsen een contactpersoon missen of de ggz moeilijk bereikbaar vinden.

Ook naasten zijn niet altijd op de hoogte van een signaleringsplan of contactgegevens van behandelaren om signalen van dreigende crisis te delen. Zij krijgen onvoldoende handvatten om crises te voorkomen.

De inspectie zag ook een cliënt die bij twee instellingen onder behandeling was. Daarbij had de cliënt twee signaleringsplannen. De inhoud hiervan was niet op elkaar afgestemd. Hierdoor ontstond voor de cliënt en zijn naasten onduidelijkheid over hoe te handelen.

De inspectie heeft in Friesland een goed voorbeeld gezien van groepsbijeenkomsten voor cliënten en naasten over het gebruik van signaleringsplannen.

De inspectie hoorde verder vaak terug dat er problemen zijn bij het realiseren van een opname in de ggz. Ervaren problemen zijn dat crisisdiensten soms moeilijk bereikbaar zijn. Huisartsen en crisisdiensten spreken een andere 'taal'. Waar een huisarts te maken heeft met een ernstige crisis en ondersteuning vraagt, kan de crisisdienst hierin anders oordelen en optreden. Beiden kijken vanuit het eigen perspectief en referentiekader naar de cliënt en wat er nodig is. Een gezamenlijke blik ontbreekt. Daardoor komen huisarts en crisisdienst niet tot gezamenlijke afspraken over wat de cliënt en het netwerk nodig heeft.

8. Gebrekkige samenwerking met sociaal domein

De geboden zorg aan de doelgroep vanuit de ggz hangt sterk samen met de contacten en voorzieningen binnen het sociaal domein. De zorg en ondersteuning moet zijn afgestemd op de vraag van cliënten. Bij veel zorgaanbieders, zowel in de huisartsenzorg als in de ggz, ontbreekt het zicht op het aanbod vanuit de gemeente.

Gebrek aan overzicht van mogelijkheden herstel in behandelplannen

De inspectie ziet dat in de behandelplannen binnen de ggz niet altijd het volledige aanbod aan zorg wordt opgenomen. Bijvoorbeeld van organisaties buiten de ggz. Een enkele keer wordt in het behandelplan per doel omschreven welke organisatie dat doel op zich neemt.

Gebrek aan overzicht van mogelijkheden buiten de ggz

Zorgverleners in de ggz hebben vaak onvoldoende overzicht over de (on)mogelijkheden van zorg en ondersteuning buiten de ggz. Hierdoor kunnen zij cliënten niet goed informeren. Daarnaast is het niet vanzelfsprekend dat een aanvraag voor beschikking vanuit de ggz voor Wmo- of andere typen zorg wordt toegekend. De Wmo-zorgaanbieder of gemeente stelt een eigen indicatie die kan afwijken van de verwijzing van de ggz. Hierover vindt niet altijd overleg plaats. Dit kan leiden tot herhaling van gesprekken en een periode van onduidelijkheid over de situatie buiten de ggz-instelling.

Verschillen in aanbod vanuit de gemeente

Per gemeente verschilt het aanbod van Wmo-ondersteuning zoals beschermd wonen. De inspectie constateert dat de samenhang tussen de ggz en het sociaal domein van groot belang is voor de zorg voor, tijdens, maar vooral ook na de behandeling in de ggz. Door de gebrekkige samenwerking tussen de zorg en het sociaal domein over de doelgroep, stukt zowel de op- als afschaling in de ggz. Cliënten verblijven bijvoorbeeld soms langer dan nodig in de ggz-instellingen, omdat ze niet kunnen doorstromen naar (beschermd) woonvoorzieningen.

Door onvoldoende afstemming rondom de verschillende leefgebieden (wonen, werk, dagbesteding) van mensen met chronisch psychische problematiek, worden risico's niet altijd op tijd gesignaleerd. Hierdoor escaleren situaties en moeten cliënten soms acuut (al dan niet gedwongen) opgenomen worden.

Hoopvolle initiatieven tussen ggz en sociaal domein

De inspectie heeft, in verhouding tot 2018, enkele hoopvolle initiatieven gezien waar het gaat om samenwerking tussen de ggz en het sociaal domein. In alle zes onderzochte regio's zijn inmiddels contacten gelegd met sociale wijkteams en de gemeenten. Er liggen daarbij ook samenwerkingsafspraken. Een goed voorbeeld is in Lelystad, waarbij GGZ Centraal gebruik maakt van gebiedsteams. Er vindt maandelijks uitwisseling plaats tussen de gebiedsteams en de wijkteams van de stad.

De voorkeur van partijen in de regio's gaat uit naar een instellingsoverstijgend en structureel overleg, met vaste makkelijk bereikbare personen. Maar deze overlegvormen bestaan lang niet overal. De inspectie ziet wel dat de komst van de Wet verplichte ggz (Wvvggz) per 2020 de samenwerking tussen de ggz, gemeenten en politie stimuleert.

9. Afhankelijkheid van financiering en zorgverzekeraars

De gesprekspartners geven aan dat de samenwerkingsinitiatieven op het gebied van de ambulante ggz mede afhankelijk is van de beschikbare financiering en de zorgverzekeraars.

In verschillende gebieden wordt geld beschikbaar gesteld voor proeftuinen en pilots gericht op samenwerking. Tegelijkertijd ontbreekt geld voor structurele innovatie. Partijen ervaren dat de afhankelijkheid van incidentele subsidies bij pilots met zich meebrengt dat zinvolle ontwikkelingen stoppen zodra het geld op is. Daarbij gaat de opgedane kennis en ervaring om samen te werken verloren.

Huisartsen geven aan dat de ambulante zorg voor de thuiswonende doelgroep met chronisch psychische aandoeningen in een stabiele fase onvoldoende gefinancierd wordt. Het gaat daarbij om het moment dat s-ggz niet of nauwelijks meer nodig is. In vergelijking met de financiering van kwetsbare ouderen of andere chronische aandoeningen lijkt dit voor deze doelgroep minder goed geregeld. Dit werkt de bovenstaande problematiek mede in de hand.

10. Belemmeringen van het zorgstelsel

Bij meerdere partijen dringt het besef door dat samenwerking voor de opvang en behandeling van kwetsbare mensen met een chronisch psychische aandoening in de regio gewenst is.

De partijen geven aan dat binnen het huidige zorgstelsel de behandeling niet altijd wordt ingezet waar de behoeften het grootst zijn. Zo is er vaak een ruim aanbod voor weinig complexe cliënten en staan cliënten met complexere zorgvragen en een zware ziektelast langdurig op de wachtlijst.

Het stelsel met marktprikkels wordt daarbij niet als helpend ervaren. Het financieringssysteem bevat geen stimulans voor de behandeling van meer complexe cliënten. De behandeling van minder complexe cliënten is meer renderend. Daarnaast geven partijen aan dat de wetgeving op het gebied van informatie-uitwisseling de afstemming tussen de geestelijke gezondheidszorg en het sociale domein belemmert.

De inspectie ziet dat er binnen het huidige stelsel toch innovatief wordt samengewerkt binnen het zorgnetwerk van huisartsen, ggz en het sociaal domein. Partijen ervaren dat deze samenwerking soms ondanks de belemmeringen in het systeem gaat, en niet dankzij het systeem.

4 Conclusie

Ondanks inspanningen nog steeds risico's voor cliënt met chronisch psychische aandoeningen door gebrek aan samenhang en continuïteit in de (ambulante) ggz

De manier waarop de ambulante ggz en de samenwerking rondom cliënten met chronisch psychische aandoeningen is ingericht, verschilt per regio. Cliënten die zorg krijgen van FACT-teams zijn vaak tevreden over de geleverde zorg. Vergeleken met de situatie in 2018 ziet de inspectie steeds meer afstemming binnen de zorgnetwerken. De betrokken partijen binnen de huisartsenzorg en de ggz zijn welwillend en gesprekken komen op gang. De inspectie waardeert de inspanning en betrokkenheid van de zorgverleners, ondanks de (vaak) hoge werkdruk.

Het resultaat is voor de doelgroep echter nog onvoldoende. De capaciteit van de ambulante zorg blijkt vaak niet toereikend en de samenhang in de zorg ontbreekt. De vaak gebrekkige samenwerking tussen de huisartsenzorg en de ggz is een van de oorzaken van onvoldoende continuïteit. En daarmee ook van de wachttijden in de ggz. Verder bestaan hierdoor ook risico's voor cliënten. Bijvoorbeeld bij somatische screening, medicatieveiligheid en de opvang van crises.

Partijen hebben te weinig integraal zicht op de doelgroep. Hierdoor sluit het zorgaanbod niet goed aan op de zorgvraag die de kwetsbare cliënt nodig heeft in verschillende stadia. Met beter afgestemde zorg in de vrijwillige fase, kan acute zorg en (gedwongen) opname vaker worden voorkomen. Door ook het sociaal domein hierbij te betrekken, kan de opvang in de thuissituatie voor en ná opname in een ggz-instelling makkelijker plaatsvinden. De doorstroming in de zorg wordt daardoor bevorderd, waardoor wachttijden aan de voorkant verder kan worden teruggebracht.

De inspectie ziet dat een gezamenlijke visie en ambitie ontbreekt op het zorgaanbod voor de meest kwetsbare doelgroep in de ggz met een zware ziektelast. Dit geldt zowel op landelijk als op regionaal en/of lokaal niveau. De partijen binnen de zorgnetwerken hebben nog onvoldoende duidelijke afspraken gemaakt. Ook is de samenwerking en de verdeling van verantwoordelijkheden binnen de zorgnetwerken nog onvoldoende op gang gekomen. Soms zijn binnen een gebied wel afspraken gemaakt, maar nog niet geïmplementeerd, of in ieder geval niet geborgd.

5 Beschouwing

Er is meer en betere samenhangende (ambulante) ggz nodig voor meest kwetsbare groep. Ook het Trimbos Instituut signaleert amper progressie in de laatste vijf jaar in het proces van ambulantisering (2019)⁸.

Het anders inrichten van zorgsystemen en de totstandkoming van samenwerkingsafspraken kost tijd, commitment en veel energie van de betrokkenen. Er worden goede initiatieven genomen, zowel door individuele zorgverleners als op regionaal, bestuurlijk niveau. De inspectie vindt echter dat er in de samenwerking tussen huisartsenzorg en de ggz (en binnen de ggz-sector zelf) meer kan dan nu gebeurt. Partijen maken vaak nog onvoldoende duidelijk wat zij van elkaar kunnen verwachten. Daarbij is niet helder bij wie de regie ligt.

Een aantal zaken ligt buiten de invloedssfeer van de zorgpartijen. Ggz-problematiek kan niet alleen door zorgaanbieders worden opgelost. Hier is meer aandacht voor nodig. Het gaat soms om autonome ontwikkelingen, zoals de groei van het aantal inwoners in een gebied en arbeidsmarktproblematiek, maar ook om landelijke inspanningen rondom wetgeving en/of regionale financiering. Randvoorwaarden zoals financiën en digitalisering zijn nodig om de werkdruk te verlichten en regionale initiatieven uit te voeren. Deze randvoorwaarden zijn mede afhankelijk van de inspanningen van de zorgverzekeraars, de gemeentelijke en landelijke overheid.

De inspectie ziet dat meer inspanningen van de partijen in de zorgnetwerken nodig zijn, in combinatie met de invulling van de randvoorwaarden. Zij verwacht dat alleen door een mix van zowel een 'bottom up' als een 'top down' aanpak, de situatie voor deze kwetsbare doelgroep zal verbeteren.

⁸ Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige ggz 2019, Trimbos Instituut

Voorbeeld netwerkzorg bij mensen met chronisch psychische aandoeningen - hoe het anders kan



Mijn naam is Elly, 46 jaar. Ik heb een kortdurende opname binnen een ggz-instelling achter de rug. Inmiddels ben ik weer thuis, maar ik heb nog wel langdurige behandeling thuis nodig. Daarom krijg ik hulp van het FACT-team van de ggz-instelling.

Een paar maanden geleden kreeg ik een infectie aan mijn oog. Ik ben toen naar de huisarts gegaan. Mijn huisarts schreef mij antibiotica voor. Die kon ik ophalen bij mijn apotheek. De apotheker zag in mijn medisch dossier dat ik ook medicatie had die de psychiater had voorgeschreven. Dat ging niet samen met de antibiotica. De huisarts kon diezelfde dag tijdens het telefonisch spreekuur nog overleggen met de ggz instelling. Gelukkig kon ik daarna meteen een recept voor andere medicatie krijgen.

Er zijn de laatste tijd vaak momenten dat ik niet lekker in mijn vel zit. Gelukkig heb ik een signaleringsplan opgesteld met iemand van de ggz-instelling en met mijn man, zodat we ook zelf op tijd actie kunnen ondernemen. Ik heb ook een crisiskaart die ik altijd bij me heb. Dus als het echt niet goed gaat, weet mijn man Tobias wat we moeten doen. En wie hij moet inschakelen als ik erg in war raak. Dat geeft een geruststellend gevoel.

Ook mijn huisarts heeft mijn signaleringsplan en heeft dit opgenomen in mijn dossier. Zo weten ook huisartsen op de huisartsenpost hoe zij moeten handelen als ik in crisis raak.

Voor mijn man was en is het wel een zware periode. Gelukkig komt er regelmatig iemand van het FACT-team van de ggz-instelling. Hij komt kijken hoe het mij gaat en welke ontwikkelingen er zijn. En ook Tobias kan zijn zorgen met hem delen en advies vragen over mijn situatie.

6 Aanbevelingen per doelgroep en vervolg toezicht inspectie

6.1 **Waar spreekt inspectie partijen op aan?**

Uit de onderzoeken in de zes regio's blijkt dat er nog steeds risico's zijn voor de kwetsbare doelgroep met chronisch psychische aandoeningen. De inspectie blijft daarom ook in de komende jaren aandacht houden voor de (ambulante) ggz in haar toezicht.

Het is aan de veldpartijen om te komen tot gezamenlijke oplossingen. De inspectie draagt hieraan bij door partijen in de zorgnetwerken verder in beweging te brengen. Zij signaleert de gaten in de samenwerking en agendeert de belangrijkste verbeterpunten. Zij laat daarbij de verantwoordelijkheid bij de partijen en is zelf géén regisseur.

Het toezicht op de ambulante ggz richt zich in eerste instantie op de invloedssfeer van de regionale partijen in zorgnetwerken. Zij spreekt hen aan op datgene wat zij kunnen beïnvloeden. De inspectie houdt daarbij rekening met (ontbrekende) randvoorwaarden.

In 2018 deed de inspectie in haar rapport een aantal aanbevelingen aan mensen met psychische kwetsbaarheid, hun naasten en de zorgaanbieders. Ook zorgverzekeraars, overheden en partijen op landelijk niveau werden aangesproken. De inspectie houdt weliswaar niet op alle partijen toezicht, maar ziet wel hun belangrijke rol in het geheel om resultaten te kunnen boeken. De aanbevelingen uit 2018 zijn grotendeels nog actueel. Ze worden hieronder (in aangepaste vorm) herhaald.

A. Mensen met psychische kwetsbaarheid

Het gaat over uw leven en de manier waarop u dit vorm wil geven. Met uw inbreng kunnen hulpverleners uw behandeling en ondersteuning laten aansluiten bij uw wensen en behoeften. Het doel daarbij is om u zoveel mogelijk de regie te laten nemen over uw leven.

Vraag uw behandelaar met andere hulpverleners te overleggen. Op die manier kunnen zij uw zorg goed met elkaar afstemmen. Het is belangrijk dat zij dat samen met u doen.

Betrek mensen uit uw persoonlijke omgeving als dat mogelijk is. Vraag en verwacht dat ook van uw hulpverleners. Laat u informeren over de mogelijkheden die er zijn voor uw behandeling en begeleiding door verschillende partijen. Kortom: kom op voor uw belang en maak duidelijk wat u nodig heeft.

Als het voor u mogelijk is, kunt u ook uw stem laten horen in de regio. Denk daarbij aan het maken van plannen op regionaal niveau binnen de zorgnetwerken. Nu is de inbreng van ggz-cliënten en hun naasten in de regio nog te klein. Door ervaringen van direct betrokkenen wordt duidelijk waar behoefte aan is. Zo wordt het voor de zorgnetwerken extra dringend om tot gezamenlijke oplossingen te komen.

Als u zelf liever niet wil of kan aansluiten bij bijeenkomsten, kunt zich ook laten vertegenwoordigen. Dat kan door lokale, regionale of landelijke cliëntenorganisaties. Of u kunt bijvoorbeeld aansluiten bij bestaande initiatieven zoals www.samendenkenggz.nl.

Daarmee zorgt u voor de inbreng van uw cliëntenperspectief in lokale en landelijke ontwikkelingen.

B. Naasten

U kunt als betrokkene een belangrijke rol vervullen voor uw naaste, die psychisch kwetsbaar is. Laat u informeren wat u voor hem of haar kunt betekenen. Dit kan wisselend zijn, afhankelijk hoe het met hem of haar gaat. Vraag uw naaste om u te betrekken bij de behandeling en ondersteuning. Het is belangrijk dat uw naaste zoveel als mogelijk eigen regie voert. Vraag en verwacht dit ook van de behandelaren en andere zorgverleners.

Wees voorbereid voor het geval uw naaste in crisis raakt. Vraag de behandelaar van uw naaste wat u kunt doen als u signalen ziet. Het gaat dan om signalen van terugval, of als uw naaste in crisis is geraakt.

Vraag aandacht bij de zorgverleners voor wat u nodig heeft als naaste of mantelzorger. Het kan zijn dat uw naaste hier geen toestemming voor geeft. Dan kunt u nog wel een beroep doen op andere partijen voor advies. Bijvoorbeeld de familievertrouwenspersoon of patiënten- en familie-organisaties (zoals Mind)⁹.

C. Zorgaanbieders en zorgverleners

1. **Verbeter samenwerking rondom cliënten binnen huisartsenzorg en ggz**

Stimuleer betrokkenheid naasten.

Stimuleer dat naasten betrokken zijn in de behandeling. Vraag niet: 'Wilt u iemand betrekken in uw behandeling' maar: 'Wie neemt u de volgende keer mee?'. Benadruk het belang van het betrekken van naasten in de behandeling voor de cliënt maar ook voor de naasten. Heb aandacht voor de positie en ondersteuning van naasten.

Aan ggz: concretiseer het werken aan herstel en betrek ervaringsdeskundigen.

Hoewel binnen de ggz hulpverleners veelal aan herstel werken, is niet altijd duidelijk wat hier onder wordt verstaan. Het is van belang dat de ggz-instelling een visie op herstel formuleert. En dat zij stuurt op de concrete uitwerking hiervan bij de zorgverleners, ook op teamniveau.

Verder beveelt de inspectie de ggz-instellingen aan om ervaringsdeskundigen in te zetten. Geef ervaringsdeskundigheid een plaats in de behandeling om te komen tot een integraal behandel aanbod.

Voorkom wachttijden.

Huisartsen kunnen door triage, consultatie en goed overleg met de ggz voorkomen dat cliënten op een verkeerde wachtlijst komen. Maak daarbij goede afspraken over de begeleiding van cliënten in het geval er nog geen specialistische ggz beschikbaar is.

Ken elkaar en doe aan verwachtingenmanagement.

Wanneer meerdere zorgverleners betrokken zijn bij een cliënt is het van belang om te weten wie dat zijn en wat zij doen. Stem met elkaar af over de zorg om tot een gezamenlijke behandeling te komen. Versterk elkaar, maak gebruik van elkaars deskundigheid en betrek elkaar bij de evaluatie van zorg. Maak daarbij specifieke afspraken over de verantwoordelijkheid voor de somatische en farmaceutische zorg. Het is noodzakelijk om beschikking te hebben over een actueel medicatieoverzicht. Zeker als medicatie wordt voorgeschreven. Geef verder aandacht aan leefstijl.

⁹ www.wijzijnmind.nl.

Aan het zorgnetwerk: voorkom crises.

Stel cliënten, naasten en het zorgnetwerk in staat om crisis te voorkomen en te hanteren. Dit kan door te zorgen dat relevante informatie bij partijen bekend is. Zorg voor een duidelijk aanspreekpunt voor de cliënt, naasten en zorgpartijen. Deel signaleringsplannen.

Maak meer gebruik van e-health.

E-health biedt niet alleen mogelijkheid tot betere informatievoorziening, maar geeft cliënten ook mogelijkheid tot het voeren van regie. Bijvoorbeeld door middel van een cliëntportaal.

2. Versterk de samenwerking tussen huisartsen en ggz op regionaal niveau

Zorg voor inzicht in doelgroep.

Kennis over de doelgroep op regionaal niveau leidt ertoe dat het aanbod aan zorg beter afgestemd kan worden op de actuele en toekomstige zorgbehoefte. Ook biedt het een basis om gemeenschappelijke plannen en doelen te formuleren. Overleg hierover met de zorgverzekeraars en gemeenten en vraag aan hen de benodigde informatie.

Regel met huisartsen mogelijkheden tot consultatie en verwijzing binnen de ggz.

Huisartsen moeten beter uitgerust worden in hun kennis over de ggz. Dat vergroot de mogelijkheden om cliënten met psychische aandoeningen te begeleiden en de continuïteit in de zorg te verbeteren. Een centraal punt (bijvoorbeeld een regionaal 'transferpunt') waar huisartsen bij vragen terecht kunnen, kan daarbij ondersteunend zijn. Daarnaast is het noodzakelijk dat er afspraken zijn, bijvoorbeeld over begeleiding, nadat een cliënt is terugverwezen vanuit de ggz.

Maak (schriftelijke) afspraken in een regio over samenwerking.

Bied een basis voor zorgverleners ten aanzien van afspraken over verwijzing, behandeling, afsluiten van zorg en verantwoordelijkheidsverdeling tijdens het wachten op het starten van ggz-behandeling. Voorkom op die manier dat er te weinig of geen zorg wordt verleend aan mensen die dit het hardst nodig hebben.

3. Aandacht voor goed bestuur in zorgnetwerken

Draag verantwoordelijkheid voor opgestelde doelen.

Betrek hierin relevante partners zoals gemeenten en zorgverzekeraars. In sommige regio's gaat samenwerking 'vanzelf' en vinden partijen het niet nodig om schriftelijke afspraken te maken. In andere regio's is er wel behoefte aan duidelijke afspraken, onder meer over de voortrekkersrol en verantwoordelijkheden. Onderzoek wat bij de regio past en maak hier gezamenlijk afspraken over. Zorg daarbij dat de beschikbare behandelcapaciteit optimaal wordt benut.

Gebruik documenten die eerder zijn ontwikkeld over samenwerking in de ggz, zoals het Handvat van een regionale samenwerkingsagenda (Trimbos, 2016)¹⁰ en de

¹⁰ <https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/product/af1512-psychische-kwetsbaarheid-sociale-inclusie-en-verbindende-zorg>

'Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis ggz en gespecialiseerde ggz'¹¹.

Maak verder gebruik van de ruimte en duidelijkheid die de Autoriteit Consument en Markt (ACM) over samenwerking heeft gegeven¹².

Algemene handreikingen hierbij zijn:

- Stel het maatschappelijk en cliëntbelang centraal;
- Denk vanuit gezamenlijkheid aan een oplossing;
- Neem als bestuurder niet alleen verantwoordelijkheid voor de eigen organisatie maar ook voor het zorgproces binnen het netwerk.
- Zorg ervoor dat er zorgverleners kunnen handelen als samenhangende zorg tekort schiet, ook al is dat vanuit het oogpunt van de eigen organisatie niet het geval.
- Draag zorg voor continue, methodische verbetering van de kwaliteit van zorg binnen een netwerk.
- Heb aandacht voor de cultuuromslag bij betrokkenen.

Verbind regionale initiatieven op thema's die raken aan dezelfde doelgroep.

Het gaat om initiatieven rondom wachttijden, acute zorg en/of gedwongen zorg. Bundel acties en versterk elkaars initiatief. Sluit daarbij aan bij eerder ingezette initiatieven zoals:

- de Taskforces voor mensen met Ernstig Psychiatrische Aandoeningen;
- de regionale versnellingsprogramma's voor de wachttijden;
- de regioadviseurs die via het Verbindend Landelijk Ondersteunings Team (VLOT) worden ingesteld voor mensen met verward gedrag en
- de samenwerkingsinitiatieven op het gebied van de Wet verplichte ggz (Wvvggz).

D. Zorgverzekeraars:

Neem de regie bij het opstellen van regionale visie en plannen.

Doe dit samen met gemeenten en zorgaanbieders, volgens de afspraken tussen Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) over de zorg in de regio¹³. Stel vast wie daarbij het voortouw neemt. Gebruik voor de ontwikkeling van een visie de regiobeelden op basis van de databronnen van CBS, RIVM, Vektis en gemeenten. Door databronnen te combineren wordt zichtbaar gemaakt hoe de regionale zorgvraag van de meest kwetsbare doelgroep beter kan aansluiten op het zorgaanbod. De knelpunten kunnen daarbij worden geadresseerd.

Houd bij contractering rekening met integrale zorg.

Het waarborgen van zorggarantie betekent niet alleen verantwoordelijkheid voor de levering van afzonderlijke verrichtingen, maar ook dat zorgaanbieders continue en samenhangende zorg (aan kwetsbare groepen) leveren. Stimuleer dit met de juiste prikkels.

Houd bij de contractering specifiek rekening met de activiteiten die nodig zijn om de wachttijden te verminderen. De inspectie verwacht dat de nieuwe "Gespreksleidraad voor afspraken in de contractering 2020 over terugdringen van de wachttijden" (ontwikkeld door Zorgverzekeraars Nederland, GGZ NL en Meer GGZ)¹⁴ kan

¹¹ <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/landelijke-samenwerkingsafspraken-tussen-huisarts-generalistische-basis-ggz-en-gespecialiseerde-ggz-lga>, 2016

¹² <https://www.acm.nl/nl/publicaties/acm-beleidsregel-juiste-zorg-op-de-juiste-plek-jzojp>

¹³ <https://www.zn.nl/338067458/Nieuwsbericht?newsitemid=4202332160>, juli 2019

¹⁴ <https://www.zn.nl/338067458/Nieuwsbericht?newsitemid=4005986304>, juni 2019

bijdragen aan een betere afstemming tussen partijen over de zorgvraag en het benodigde zorgaanbod (en bijpassende financiering) in een gebied.

Faciliteer innovatie en samenwerking bij de zorgaanbieders.

Geef tijd en ruimte aan mensen in de wijk om samen te werken aan een gezamenlijk netwerk rondom de kwetsbare doelgroep. Maak integrale zorg binnen de bestaande kaders financieel mogelijk. Financier daarbij de innovatie. Indien dit tot knelpunten leidt, geef op landelijk niveau aan waar aanpassing in bestaande kaders nodig zijn.

E. Gemeentelijke overheid

Geef inzicht in de omvang van (publieke) gezondheidsproblemen in een stad.

Maak zichtbaar welke zorgvragen er leven en hoe die zich de komende jaren zullen ontwikkelen. Let daarbij vooral op de meest kwetsbare wijken.

Intensiveer de samenwerking met zorgaanbieders en zorgverzekeraars, te beginnen met kwetsbare wijken.

Leer elkaar kennen. Ga vanuit het sociale domein na welke zorgverzekeraars het aanspreekpunt zijn voor lokale problematiek.

Onderzoek de relatie tussen ggz-problematiek en sociale problematiek en faciliteer een ondersteuningsstructuur.

Stimuleer de afstemming tussen bijvoorbeeld woningbouwcorporaties, wijkteams, Wmo-aanbieders, huisartsenzorg en ggz-instellingen. Leg daarbij de relatie met gezondheidsproblemen, te beperkte participatie, schulden en armoede.

Ontwikkel binnen steden en wijken een ondersteuningsstructuur voor mensen met chronisch psychische aandoeningen die thuis wonen. Maak daarbij gebruik van (betaald) advies vanuit de ggz-instellingen. Zorg dat partijen, ervaringsdeskundigen én mensen met verward gedrag deze ondersteuningsstructuur kennen.

F. Ministerie van VWS

Stimuleer op nationaal niveau de doorontwikkeling van de ambulante ggz voor de meest kwetsbare groepen.

Geef daarbij de landelijke ambities en doelstellingen aan. Heb oog voor de samenhang tussen de ggz en de huisartsenzorg en het sociaal domein. Bied hiermee ondersteuning aan gebieden om regionale visies, doelen en samenwerkingsafspraken op maat te maken en te implementeren.

Stuur op gezamenlijk eigenaarschap in regionale zorgnetwerken.

Geef duidelijk aan wat van zorgverzekeraars en gemeenten, in samenwerking met zorgaanbieders, wordt verwacht. Maak duidelijk wie het voortouw moet nemen als binnen een gebied geen voortrekkersrol wordt ingevuld.

Faciliteer samenwerking door extra regelruimte.

Ga in gesprek met veldpartijen over waar (extra) regelruimte moet komen om samenwerking te faciliteren. Regelruimte kan steun bieden aan professionals ten aanzien van het regelen van bepaalde voorzieningen. Maak vervolgens mogelijk dat

schotten tussen verschillende financieringskaders (zoals Zorgverzekeringswet en Wmo) de samenwerking niet belemmeren.

Verwijder oneigenlijke financiële prikkels.

Regel de financiering van de ggz zo dat de zorg voor mensen met complexe psychische aandoeningen bedrijfsmatig minder risicovol wordt om te verlenen. Voorkom daarmee dat de mensen met minder complexe psychische problemen om bedrijfseconomische motieven sneller hulp krijgen dan mensen met meer complexe problemen.

Faciliteer uitwisseling van gegevens binnen zorgnetwerken.

Zorg voor meer mogelijkheden om de uitwisseling van data (ict-technisch) tussen de huisartsenzorg en de ggz-instellingen onderling te verbeteren. De IGJ vindt dat de landelijke uitwisseling van gegevens rondom kwetsbare cliënten moet bij wet worden geregeld.¹⁵

Formuleer een toekomstvisie.

Kom tot een samenhangende toekomstvisie op een aanpak rondom de ambulante ggz, personen met verward gedrag, wachttijden, verbinding ggz voor 18-/18+, acute zorg en/of gedwongen zorg. Door preventie en meer adequate ambulante zorg kan de noodzaak voor acute (en soms gedwongen) zorg worden voorkomen.

6.2 Vervolg toezicht inspectie

Regionaal toezicht in 2020 en verder

In 2019 heeft de inspectie bij zes regio's toezicht gehouden. Zij stimuleert de samenwerking door te vragen naar gemeenschappelijke plannen met meetbare doelen. De inspectie volgt in haar toezicht de implementatie van plannen door de zorgnetwerken. Zij gebruikt haar "Afwegingskader Vertrouwen"¹⁶ bij de beslissing om wel of geen vervolgtoezicht te houden op de ambulante ggz in bepaalde regio's. Afhankelijk van de getoonde inzet binnen de afgesproken termijnen verscherpt de inspectie haar toezicht bij de zorgpartijen. Bij de beslissing om interventies toe te passen, kijkt de inspectie onder andere naar de randvoorwaarden en mogelijkheden die zorgpartijen hebben om goede zorg te leveren.

Op basis van signalen over problemen in de samenwerking bezoekt de inspectie in 2020 andere regio's in haar toezicht op de ambulante ggz. Nadrukkelijk wordt daarbij gekeken naar de problematiek en aanpak met betrekking tot wachttijden in de ggz.

6.3 Afstemming met andere toezichthouders

Samenwerking met Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

De randvoorwaarden voor de zorg voor mensen met chronisch psychische aandoeningen worden vormgegeven door zorgverzekeraars en de (nationale en lokale) overheid. De toezichtrapporten over de regionale situatie bij de ambulante ggz zijn daarom niet alleen van belang voor de zorgnetwerken, maar ook voor andere partijen. Voor de reductie van wachttijden en de regionale samenwerking trekken de NZa en de inspectie steeds meer samen op. De inspectie richt zich op de zorgnetwerken en de NZa richt zich op de manier waarop zorgverzekeraars de zorgverleners contracteren.

¹⁵ <https://www.skivr.nl/nieuws/igj-topvrouw-van-diemen-minister-moet-landelijk-epd-met-wet-regelen/>

¹⁶ <https://www.igj.nl/documenten/publicaties/2018/10/09/afwegingskader-vertrouwen>

De toezichthouders zijn in 2019 over en weer meegegaan met toezichtbezoeken in meerdere regio's. De uitkomsten van de onderzoeken worden op elkaar afgestemd. Doel is een gezamenlijke regionale toezichtstrategie te ontwerpen. Daarbij zullen de uitkomsten uit de rapporten van de inspectie worden gebruikt om met de zorgverzekeraar en de zorgaanbieders te bespreken.

Samenwerking met Toezicht Sociaal Domein

Binnen het Toezicht Sociaal Domein (TSD) loopt een toezichtproject ('Grip op herstel'). Dat project richt zich op de inspanning van gemeenten en betrokken partijen binnen het sociaal domein op het herstelproces van mensen met verward gedrag. Het TSD-traject en het toezicht op de ambulante ggz hebben grotendeels dezelfde doelgroep en sluiten nauw op elkaar aan. De analyse en uitkomsten van de toezichttrajecten worden in twee regio's, namelijk Arnhem en Lelystad, op elkaar afgestemd. Daarbij wordt ook het toezicht door de NZa betrokken. In 2020 werken IGJ en TSD nog binnen een derde gebied samen.

6.4 Afstemming met landelijke partijen

De inspectie organiseert in het voorjaar 2020 een dialoogsessie met landelijke veldpartijen om de bevindingen en conclusies uit dit rapport te bespreken.

Duidelijk. Onafhankelijk. Eerlijk.

www.igj.nl