

Regionale Versnellers-aanpakken wachttijden in de ggz in kaart gebracht

Tussenrapport van het ZonMw-evaluatietraject
'Versnellers binnen de ggz'



Regionale Versnellers-aanpakken wachttijden in de ggz in kaart gebracht

Tussenrapport van het ZonMw-evaluatietraject
'Versnellers binnen de ggz'

Colofon

Auteurs

Jasper Nuijen, Trimbos-instituut
Jenny Boumans, Trimbos-instituut
Tessa Magnée, onderzoeksinstituut Nivel
Isabelle Janson, Trimbos-instituut
Chantal Leemrijse, onderzoeksinstituut Nivel

Met medewerking van (alfabetische volgorde)

Jan Dijkgraaf, MIND
Bart Knottnerus, onderzoeksinstituut Nivel
Hans Kroon, Trimbos-instituut
Marcel Niezen, InBegrepen
Désanne Noordam, onderzoeksinstituut Nivel
Anne Willems, onderzoeksinstituut Nivel

Projectleiding

Jasper Nuijen, Trimbos-instituut

Met dank aan

De versnellers en andere betrokkenen uit de regio's die een subsidie hebben ontvangen vanuit het ZonMw-programma Versnellers in de geestelijke gezondheidszorg, en anderen die hebben deelgenomen aan gesprekken of bijeenkomsten in het kader van het evaluatie-traject. Zonder hen had dit tussenrapport niet tot stand kunnen komen.

De begeleidingscommissie, bestaande uit leden van de landelijke Stuurgroep Toegankelijkheid en Wachttijden ggz en afgevaardigden van de IGJ en NZa

Financier

ZonMw, programma Versnellers in de geestelijke gezondheidszorg, projectnummer: 10740132310003

Vormgeving en productie

Canon Nederland N.V.

Beeld

Gettyimages

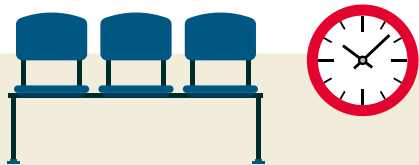
Bestelinformatie

Deze publicatie is gratis te downloaden via www.trimbos.nl
Artikelnummer: TRI-75-012

©2024, Trimbos-instituut, Utrecht.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut

Samenvatting tussenrapport evaluatie- en begeleidingstraject Versnellers binnen de ggz



Wachttijden ggz

De wachttijden in de ggz zijn al jaren te lang voor een grote groep hulpvragers.

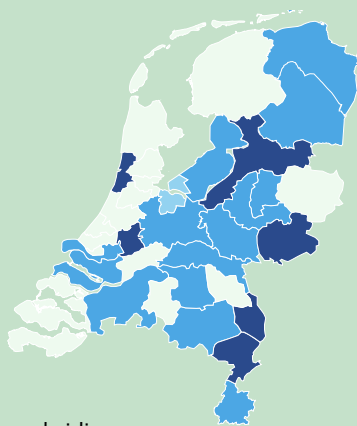
Risico's van wachten o.a.:

- Verergering van klachten
- Demotivering om nog in behandeling te gaan
- Behandeluitlet
- Langere en intensievere behandeling
- Kleinere kans op (behouden van) betaald werk
- Psychische problematiek bij naasten
- Verhoogde werkdruk bij huisartsen, POH'ers en ggz-professionals



ZonMw-programma 'Versnellers binnen de ggz'

- VWS vroeg de Stuurgroep toegankelijkheid en wachttijden GGZ om advies over oplossingen voor de wachttijden ggz. Zij stelden meerdere acties vast, waaronder inzet van versnellers.
- 21 regio's zijn aan de slag met een versneller.
- Evaluatie- en begeleidingstraject loopt parallel aan projecten. Doel is kijken wat werkt in de aanpak van wachttijden en bijdragen aan de verdere verspreiding daarvan. Onlangs verscheen het tussenrapport, waarmee de aanpakken in de regio in kaart zijn gebracht.



- Geen subsidie
- Startsubsidie
- Uitvoeringssubsidie
- Startsubsidie + Uitvoeringssubsidie



Versneller

Een versneller is iemand die helpt met het opzetten of versterken van de samenwerking in de regio. Dit doen zij door middel van de volgende activiteiten:

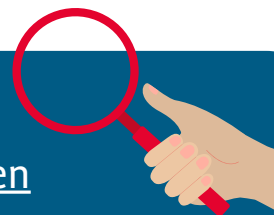
Activiteiten

1. Inventariseren probleemgebieden en oplossingsrichtingen.
2. Verbinden van partijen.
3. Inspireren en activeren.
4. Procesbegeleiding en -bewaking.

Inzicht in versnellers-aanpakken

- Focus ligt op betere samenwerking tussen partijen bij instroom in ggz. O.a. om hulpvragers tijdig naar juiste zorg of ondersteuning te leiden.
- Weinig aandacht voor door- en uitstroom in de ggz
- Centrale aanname is dat veel mensen beter geholpen kunnen worden buiten de ggz (bijvoorbeeld via sociaal domein, zelfregie- of herstelorganisatie of zelfhulp-aanbod).
- Verwacht wordt dat met behulp van o.a. verkennende gesprekken en overlegtafels hulpvragers sneller op de juiste plek terechtkomen.
- Er is meer onderzoek nodig voor een (goede) onderbouwing van de aanpak.

Tussentijdse conclusie en toekomst evaluatie- en begeleidingstraject



De Versnellers-aanpakken hebben meer onderbouwing nodig. **In het vervolg van het onderzoek proberen we meer zicht te krijgen op (mogelijk) werkzame elementen van de aanpak voor wachttijden in de ggz.**

De Versnellers-aanpakken hebben een bredere opzet en scope nodig om de ambitieuze doelen waar te maken. **In het vervolg van het onderzoek wordt ook gekeken of andere projecten in de regio bijdragen aan deze bredere aanpak.**

De toegankelijkheid van de ggz staat onverminderd onder druk. Een eenduidige oplossing is nog niet gevonden. Onderzoek naar innovatieve oplossingen én het verspreiden van best practices blijft daarom noodzakelijk om de toegankelijkheid van de ggz een stap verder te brengen.

Inhoud

Samenvatting	6
1 Inleiding	11
1.1 Aanleiding evaluatietraject	11
1.2 Doel evaluatietraject	13
1.3 Algemene aanpak evaluatietraject	13
1.4 Doel en aanpak tussenrapport	15
1.5 Leeswijzer tussenrapport	16
2 Wachttijden in de ggz: impact, oorzaken, oplossingsrichtingen en beleid	17
2.1 Impact van de wachttijden in de ggz	17
2.2 Oorzaken van de wachttijden in de ggz	20
2.3 Aanpak van de wachttijden in de ggz: oplossingsrichtingen en gevoerd beleid	23
2.4 Samenvatting	28
3 De Versnellers-aanpakken van wachttijden in de ggz: wat gebeurt er in de 20 betrokken regio's?	29
3.1 Inleiding	29
3.2 De overkoepelende verandertheorie van de Versnellers-aanpakken	29
3.3 Wat zijn de overeenkomsten en verschillen tussen de Versnellers-aanpakken in de 20 regio's?	37
3.4 Samenvatting	42
4 Reflectie door betrokkenen op de Versnellers-aanpakken van wachttijden in de ggz	44
4.1 Inleiding	44
4.2 Wat zijn potentieel werkzame elementen van de Versnellers-aanpakken?	46
4.3 Reflecties op de overkoepelende verandertheorie van de Versnellers-aanpakken van wachttijden in de ggz	52
4.4 Samenvatting	56
5 Tot slot	58
Referenties	60
Bijlage 1 Verloop van het evaluatietraject tot nu toe	64
Bijlage 2 Een stapsgewijze reconstructie van de overkoepelende verandertheorie	67
Bijlage 3 Overkoepelende verandertheorie	72
Bijlage 4 Geformuleerde tegeltjeswijsheden tijdens de reflectiebijeenkomsten	75

Samenvatting

Aanleiding, doel en aanpak

De toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg (ggz) staat al langere tijd onder druk. Om bij te dragen aan de aanpak van de wachttijdenproblematiek is in 2022 het driejarige ZonMw-programma 'Versnellers binnen de ggz' gestart. Een versneller is iemand die onafhankelijk zorg draagt voor een structurele samenhang en duurzame samenwerking tussen partijen binnen een regio, zodat de betreffende samenwerkingspartijen actief hun verantwoordelijkheid dragen in de aanpak van de wachttijden. Ten tijde van dit tussenrapport hadden in totaal 20 regio's in Nederland subsidie ontvangen vanuit het ZonMw-programma. Parallel aan de gesubsidieerde Versnellers-aanpakken in de regio's, loopt sinds augustus 2023 een tweejarig evaluatietraject, dat wordt uitgevoerd door het Trimbos-instituut, het Nivel, InBegrepen en MIND. Het uiteindelijke doel van dit evaluatietraject is het identificeren van (mogelijk) werkzame elementen van de aanpak van wachttijden in de ggz. Ook wordt beoogd bij te dragen aan het verspreiden en duurzaam verankeren van deze werkzame elementen in (andere) regio's.

Dit tussenrapport bespreekt tussentijdse resultaten van het evaluatietraject. Middels een literatuurinventarisatie wordt eerst een beeld geschetst van de bredere context van de wachttijdenproblematiek. Daarnaast is de basis gelegd voor de evaluatie. Hiervoor is een overkoepelende verandertheorie van alle 20 aanpakken ontwikkeld¹, en zijn gesprekken en bijeenkomsten georganiseerd met versnellers en andere betrokkenen uit de regio's. Met deze activiteiten is zicht verkregen op:

- de doelen die de 20 regio's met hun Versnellers-aanpakken willen bereiken;
- wat de regio's doen om deze doelen te bereiken;
- de onderliggende aannames over de werking van de aanpak; en
- perspectieven van betrokkenen.

Dit tussenrapport is vooral beschrijvend van aard. Het is nog te vroeg om uitspraken te kunnen doen over (mogelijk) werkzame elementen van de gehanteerde Versnellers-aanpakken, en onder welke voorwaarden en in welke context hun werkzaamheid wordt bevorderd. Dit wordt onderzocht in de tweede helft van het evaluatietraject, waarover in het eindrapport wordt gerapporteerd.

Hoe zien de Versnellers-aanpakken eruit?

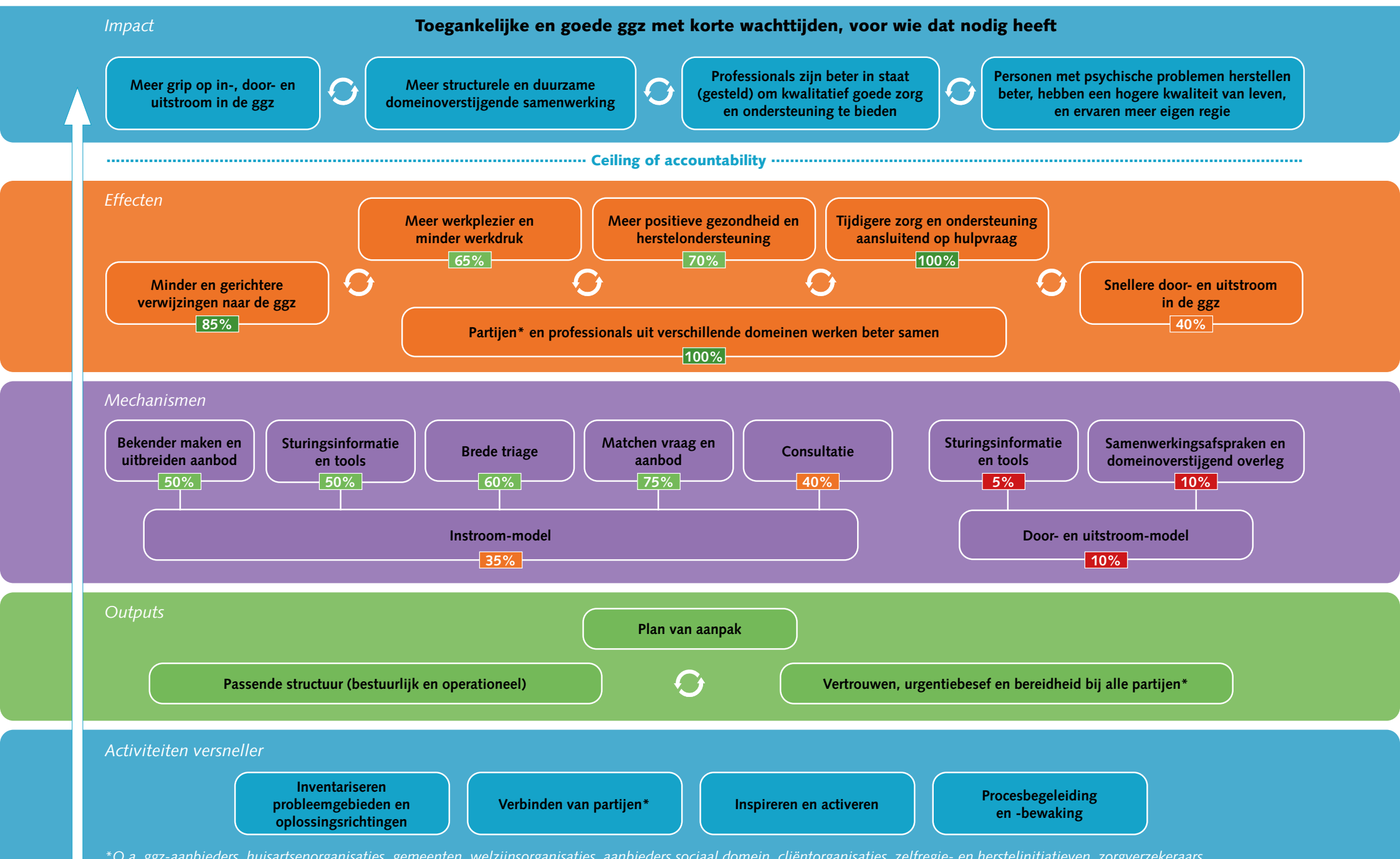
Zoals weergegeven in figuur 1 blijkt dat de meeste regio's een grotendeels vergelijkbare veranderstrategie volgen. Meer specifiek vallen de volgende zaken op:

- ➔ De regio's delen grotendeels dezelfde 'droom' waaraan zij met hun aanpakken willen bijdragen: een toegankelijke en goede ggz met korte wachttijden, *voor wie dat nodig heeft*². Deze droom wordt geoperationaliseerd in vier impactdoelen:

1 Met de verandertheorie wordt expliciet gemaakt welke activiteiten de versnellers uitvoeren, wat de beoogde directe resultaten van deze activiteiten zijn (outputs), en welke concrete mechanismen daaruit moeten voortkomen om de beoogde effecten te bewerkstelligen. Op het hoogste niveau van de verandertheorie staan de impactdoelen en de 'droom' waaraan de activiteiten, de outputs en de effecten moeten bijdragen.

2 In het verlengde daarvan is het streven in de regio's dat mensen die op andere plekken (buiten de ggz) geholpen kunnen worden, deze zorg of ondersteuning ook tijdig ontvangen.

Figuur 1 De overkoepelende verandertheorie van de Versnellers-aanpakken van wachttijden in de ggz in de 20 betrokken regio's. Door te klikken op de 'i-tjes', verschijnt informatie over specifieke mechanismen of beoogde effecten. (Om de interactiviteit te gebruiken, download dit rapport en bekijk het in de Acrobat Reader).



*O.a. ggz-aanbieders, huisartsenorganisaties, gemeenten, welzijnsorganisaties, aanbieders sociaal domein, cliëntorganisaties, zelfregie- en herstelinitiatieven, zorgverzekeraars

- meer grip op in-, door- en uitstroom in de ggz;
 - meer structurele en duurzame domeinoverstijgende samenwerking;
 - professionals zijn beter in staat (gesteld) om goede zorg en ondersteuning te bieden; en
 - personen met psychische problemen herstellen beter, hebben een hogere kwaliteit van leven en ervaren meer eigen regie.
- Om bij te dragen aan het realiseren van deze droom en impactdoelen³, voeren de versnellers in alle regio's vergelijkbare inventariserende, verbindende, activerende en procesbegeleidende activiteiten uit. Deze activiteiten moeten allereerst resulteren in een goed functionerende regionale governance-structuur, in vertrouwen, urgentiebesef en bereidheid bij de betrokken partijen, en in haalbare en uitvoerbare plannen om de wachttijden in de ggz aan te pakken.
- Al deelt men grotendeels dezelfde droom, de scope van de plannen varieert aanzienlijk, van één à twee door ons geïdentificeerde mechanismen (zes regio's) tot vrijwel alle mechanismen (één regio). De meeste regio's richten zich op het (door)ontwikkelen en implementeren van drie à vier mechanismen (negen regio's). De rest op vijf à zes mechanismen.
- Alle mechanismen zijn gericht op het verbeteren van de domeinoverstijgende samenwerking in de regio. Wat de mechanismen daarnaast als gemeenschappelijk doel hebben, is dat allen beogen om hulpvragers sneller toe te leiden naar ggz of ander aanbod, dat aansluit bij hun hulpvraag. Oftewel: alle 20 Versnellers-aanpakken, willekeurig hun scope, verwachten deze twee effecten te bereiken.
- De analyse van de plannen maakt verder duidelijk dat vrijwel alle Versnellers-aanpakken (18 regio's) zich hoofdzakelijk richten op de instroomkant van de ggz. Daarbij wordt vooral ingezet op de volgende mechanismen:
- Het **matchen van vraag en aanbod** (75%; 15 regio's), hoofdzakelijk door het ontwikkelen of verder optimaliseren van een domeinoverstijgende overlegtafel.
 - **Brede triage** (60%; 12 regio's) door middel van het implementeren en uittesten van het verkennend gesprek.
 - Het **bekender maken en/of uitbreiden van beschikbaar aanbod** (50%; 10 regio's), waarbij het vooral gaat om het inzichtelijker maken van voorzieningen in het sociaal domein en om het bekender maken, het uitbreiden en/of breder uitrollen van digitaal aanbod en zelfregie- en herstelinitiatieven.
 - De inzet van **sturingsinformatie en tools** (50%; 10 regio's), waarbij het vooral gaat om het realiseren van een actueel inzicht in de regionale wachttijden en -lijsten in de ggz.
- In sommige van deze regio's worden meerdere van deze mechanismen samengebracht in een overkoepelend instroom-model⁴. Andere regio's focussen zich op één of meer losse mechanismen, en gaan dus niet uit van een overkoepelend model. In de meeste regio's, dus ook de regio's met een smalle insteek, is de verwachting dat hun aanpak leidt tot minder en gerichtere verwijzingen naar de ggz. De verwachting is dat meer hulpvragers tijdig en aansluitend op hun hulpvraag worden toegeleid naar het sociaal domein, zelfregie- en herstelinitiatieven, of preventief/zelfhulp aanbod.

3 Er wordt bewust gesproken van 'bijdragen', omdat het onrealistisch is te verwachten dat met de relatief bescheiden Versnellers-subsidies deze ambitieuze impactdoelen worden verwezenlijkt. Deze doelen staan in figuur 1 daarom ook boven een zogeheten 'accountability ceiling' (gerepresenteerd door de stippellijn).

4 Zo wordt in Noord-, Midden- en Zuid-Limburg een grotendeels vergelijkbaar instroom-model uitgetest en doorontwikkeld, met als belangrijke mechanismen o.a.: het uitvoeren van brede triage via verkennende gesprekken, het matchen van vraag en aanbod via domeinoverstijgende overlegtafels en het bieden van consultatiemogelijkheden vanuit de ggz aan de huisarts.

- Slechts twee regio's zetten met hun Versnellers-aanpak mechanismen in die gericht zijn op het verbeteren van de door- en uitstroom in de ggz.

Bedacht moet worden dat de beschreven veranderstrategie *uitsluitend* gaat over wat er gebeurt en wordt beoogd in het kader van de Versnellers-subsidies. Activiteiten in verband met regionale wachttijdenaanpakken die op andere manieren worden gefinancierd en waarbij de versneller niet is betrokken, zijn dus niet meegenomen.

Wat vinden betrokkenen van de Versnellers-aanpakken?

In drie reflectiebijeenkomsten met respectievelijk versnellers, ervaringsdeskundigen en cliënten-vertegenwoordigers en praktijkprofessionals uit ggz, huisartsenzorg en sociaal domein is gereflecteerd op de Versnellers-aanpakken van de wachttijden in de ggz in hun regio. Hiermee is een eerste indruk verkregen, en geen compleet en uitputtend inzicht. Samengevat zijn de belangrijkste bevindingen:

- Er is veel draagvlak voor het idee dat betere domeinoverstijgende samenwerking nodig is om te komen tot kortere wachttijden. Deelnemers zien daarbij de meerwaarde van brede triage (via het verkennend gesprek), het matchen van vraag en aanbod (via transfer- en overlegtafels) en het bekender maken en/of uitbreiden van het aanbod binnen en buiten de ggz.
- Men is echter terughoudend in het doen van stellige uitspraken over de daadwerkelijke werkzaamheid van bovengenoemde elementen. Hier speelt mee dat het in de regio's dikwijls gaat om bescheiden pilots, waarin een aanpak wordt geïmplementeerd, uitgetest en doorontwikkeld. Uitgebreid monitoren en evalueren van effecten is in veel regio's (nog) niet aan de orde.
- Verder wijzen deelnemers op diverse (rand)voorwaardelijke factoren die van belang zijn voor het verminderen van de wachttijden, maar die dikwijls nog niet gerealiseerd of geborgd zijn. De versnellersrol wordt van meerwaarde gevonden, en zou een duurzaam karakter moeten krijgen. Ook wordt aangegeven dat de 'zachte' kanten van interdisciplinaire samenwerking⁵ essentieel zijn, maar dat de realisatie hiervan tijd en inspanningen vergen. Voorts wordt benoemd dat cliëntenvertegenwoordigers en ervaringsdeskundigen nog te weinig structureel en gelijkwaardig zijn betrokken.
- De deelnemers wijzen ook op externe factoren (contextfactoren) waarop de Versnellers-aanpakken weinig invloed hebben, maar die de werkzaamheid van de aanpakken wel kunnen beïnvloeden. Het gaat dan om diverse knelpunten op het gebied van de financiering. Ook wordt benoemd dat een verandering binnen de zorg nodig is met een minder medicaliserende en meer normaliserende kijk op psychische problemen.
- Ten slotte valt het deelnemers op dat de Versnellers-aanpakken zich vooral focussen op de instroom in de ggz, en dat er relatief weinig aandacht is voor verbeteringen rondom de door- en uitstroom in de ggz. Daarbij geven deelnemers aan dat de Versnellers-aanpakken soms vooral gericht lijken te zijn op het verplaatsen of afbuigen van de instroom van hulpvragers in de ggz naar ander aanbod. Dit roept bij hen de vraag op of er binnen de Versnellers-aanpakken wel voldoende en blijvende aandacht is voor de kwaliteit van zorg en ondersteuning die binnen en buiten de ggz wordt geboden.

5 Zoals gedeelde verantwoordelijkheid en urgentiebesef, gelijkwaardigheid, goed luisteren en transparantie over belangen.

Belangrijkste tussentijdse conclusies en betekenis voor het vervolg

De Versnellers-aanpakken hebben ambitieuze doelen in verhouding tot hun bescheiden scope en opzet

Geconcludeerd kan worden dat het zwaartepunt van de Versnellers-aanpakken ligt op het verbeteren van regionale domeinoverstijgende samenwerking aan de 'voorkant' van de ggz, om daarmee hulpvragers tijdig en passend te kunnen toeleiden naar aanbod binnen of buiten de ggz. Daarmee volgen de regio's het beleid dat de laatste jaren is ingezet om de wachttijden in de ggz te verminderen. Dit beleid kent een smallere scope dan het brede palet aan combinaties van oplossingsrichtingen wat recente analyses nodig achten om de knelling in de ggz te doorbreken. Dit roept de vraag op in hoeverre de beoogde ambitieuze doelen van de Versnellers-aanpakken daadwerkelijk kunnen worden bereikt. Hier speelt ook mee dat veel aanpakken relatief bescheiden worden opgezet en uitgevoerd. Het gaat in de meeste regio's om kleinschalige en kortdurende pilots. De nadruk ligt vooralsnog op het implementeren, uittesten en doorontwikkelen van een aanpak, en niet op het uitgebreid en langdurig monitoren en evalueren van effecten op het niveau van wachttijden en uitkomsten van hulpvragers. Overigens dient opgemerkt te worden dat het onduidelijk is in hoeverre in de Versnellers-regio's via andere projecten en initiatieven wel degelijk aandacht is voor elementen die belangrijk worden gevonden in de wachttijdenaanpak, maar die ontbreken of weinig aandacht krijgen in de Versnellers-aanpakken. Het is belangrijk om hier beter zicht op te krijgen in het vervolg van het evaluatietraject.

De Versnellers-aanpakken gaan uit van aannames die nog niet (goed) zijn onderbouwd

Domeinoverstijgende samenwerking is als ambitie prominent aanwezig in de Versnellers-aanpakken. Dit is ook niet verrassend gegeven de focus van het ZonMw-programma op het verbeteren van de regionale samenwerking. Wel valt op dat de focus daarbij betrekkelijk smal is, namelijk op het beter triageren of verplaatsen van hulpvragers, en niet zozeer op daadwerkelijk betere interdisciplinaire samenwerking in behandeling, begeleiding of ondersteuning van hulpvragers. Dit hangt samen met de centrale aanname dat een belangrijke oorzaak van de wachttijdenproblematiek is dat een aanzienlijk deel van de wachtenden eigenlijk niet thuishoort in de ggz en beter geholpen of ondersteund kan worden via voorzieningen in het sociaal domein, via zelfregie- of herstelinitiatieven, via zelfhulp aanbod, et cetera⁶. Daarbij heerst een groot vertrouwen dat via bijvoorbeeld verkennende gesprekken deze 'onnodige' verwijzingen naar de ggz kunnen worden voorkómen. De gedachte is dat door deze gesprekken de hulpvragen van personen breder en beter in kaart worden gebracht, waardoor de personen voor wie zorg of ondersteuning buiten de ggz passend is hier tijdig naar worden toegeleid. De verwachting is dat de naar deze zorg of ondersteuning toegeleide hulpvragers hier daadwerkelijk baat van hebben in hun herstelproces. Een andere breed gedeelde verwachting is dat personen met meer complexe hulpvragen via een domeinoverstijgende overlegtafel sneller kunnen worden toegeleid naar (aanvullende) zorg of ondersteuning binnen of buiten de ggz die goed aansluit op hun hulpvraag, en dus helpend is in hun herstelproces. Echter, al deze achterliggende aannames in de Versnellers-aanpakken zijn vooralsnog niet (goed) onderbouwd door onderzoek. In het vervolg van het evaluatietraject proberen we meer licht te werpen op de vraag in hoeverre deze aannames kloppen, om zodoende zicht te krijgen op (mogelijk) werkzame elementen van de aanpak voor wachttijden in de ggz.

6 Deze aanname impliceert tegelijkertijd dat er een duidelijk idee is over de hulpvragers voor wie de ggz écht nodig is.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding evaluatietraject

De toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg (ggz) staat al langere tijd onder druk, en daarmee ook volop in het nieuws⁷. De meest recente cijfers laten zien dat in december 2023 de wachttijden in de ggz onverminderd (te) lang zijn voor een omvangrijke groep wachtenden (NZa, 2024). Hoewel de wachttijdenproblematiek in de ggz sinds 2017 nadrukkelijk op de beleidsagenda staat, blijkt het daadwerkelijk terugdringen van de wachttijden lastig te realiseren.

Om een bijdrage te leveren aan de aanpak van de wachttijdenproblematiek is in 2022 het driejarige ZonMw-programma 'Versnellers binnen de geestelijke gezondheidszorg' gestart. Met het programma wordt voortgebouwd op de positieve ervaringen die in 2021 zijn opgedaan met de inzet van zogeheten versnellers in acht regio's met toentertijd gemiddeld de langste wachttijden⁸. Een versneller is iemand die onafhankelijk zorg draagt voor een structurele samenhang en duurzame samenwerking tussen partijen binnen een regio, zodat de betreffende samenwerkingspartijen actief hun verantwoordelijkheid dragen in de aanpak van de wachttijden (ZonMw, 2022). De aanstelling van de regionale versnellers vindt zijn oorsprong in het Actieplan Wachttijden 2.0 (juli 2019 - december 2020) van de Stuurgroep Toegankelijkheid en Wachttijden ggz⁹. In haar gezamenlijke toezichtronde in de acht regio's concludeerden de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) dat de aangestelde versnellers een duidelijke en positieve rol speelden bij de samenwerking tussen partijen in de regio's bij de aanpak van de wachttijden, alsook bij de opzet en de uitvoering van de plannen van aanpak in de regio's (IGJ en NZa, 2021). Ook de landelijke Stuurgroep en de regio's zelf ervoeren de inzet van de versnellers als succesvol. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft vervolgens ZonMw gevraagd om deze ondersteuning van regio's in de aanpak van de wachttijden te continueren en mogelijk te maken voor andere regio's. Dit heeft geresulteerd in het ZonMw-programma 'Versnellers binnen de geestelijke ggz', lopend van 2022 tot 2025.

Binnen het ZonMw-programma zijn twee subsidierondes afgesloten, waarbij door een regio een start- of uitvoeringssubsidie kon worden aangevraagd. Bij een startsubsidie (maximale looptijd van negen maanden) ligt de focus op het opzetten van een samenwerkingsverband tussen regionale partijen¹⁰ die een bijdrage kunnen leveren aan het terugdringen van de wachttijden in de

7 Zo bereidt Stichting Recht op ggz een rechtszaak voor tegen de Staat en tegen zorgverzekeraars vanwege de lange wachttijden in de ggz.

8 Amsterdam, Apeldoorn/Zutphen, Drenthe, Flevoland, Groningen, Nijmegen, Rotterdam en Zuid-Limburg.

9 In de Stuurgroep werken 10 branchepartijen samen om de toegankelijkheid van de ggz te verbeteren, en de wachttijden in de ggz te verkorten: de Nederlandse ggz (voorzitter), InEen, Platform MEERGGZ, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG), MIND, Sociaal Werk Nederland (SWN), de landelijke vereniging van vrijgevestigde psychologen en psychotherapeuten (LVVP), Valente en de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV).

10 O.a. ggz-aanbieders, huisartsenorganisaties, gemeenten, welzijnsorganisaties, aanbieders in het sociaal domein, cliëntorganisaties, zelfregie- en herstelinitiatieven en zorgverzekeraars.

ggz. Een uitvoeringssubsidie (maximale looptijd van 15 maanden) is gericht op het voortzetten en/of uitbreiden van een bestaand samenwerkingsverband. Het is de bedoeling dat de onafhankelijke versneller die is aangesteld met de subsidie een duidelijke stimulerende en faciliterende rol speelt bij het opzetten, continueren en/of uitbouwen van de regionale domeinoverstijgende samenwerking in de aanpak van wachttijden. In de eerste subsidieronde¹¹ hebben vijf regio's een startsubsidie gehonoreerd gekregen, en 12 regio's een uitvoeringssubsidie. In de tweede subsidieronde¹² hebben twee andere regio's een startsubsidie toegekend gekregen, en zes regio's een uitvoeringssubsidie, waarbij het voor vijf regio's om een vervolg ging op de startsubsidie uit de eerste subsidieronde. Dit betekent dat in totaal 20 regio's subsidie (hebben) ontvangen vanuit het ZonMw-programma. Eind april is de derde en laatste subsidieronde gesloten, waarbij door een regio enkel een uitvoeringssubsidie kon worden aangevraagd (en geen startsubsidie)¹³.

Tabel 1.1 De 20 regio's met een gehonoreerde subsidie uit de eerste en/of tweede subsidieronde van het ZonMw-programma 'Versnellers binnen de ggz'

Regio *	Subsidie **
Groningen	Uitvoeringssubsidie (1 ^e ronde)
Drenthe	Uitvoeringssubsidie (1 ^e ronde)
Zwolle	Uitvoeringssubsidie (vervolg op startsubsidie, 1 ^e ronde)
Flevoland	Uitvoeringssubsidie (1 ^e ronde)
Kennemerland	Uitvoeringssubsidie (vervolg op startsubsidie, 1 ^e ronde)
't Gooi	Startsubsidie (2 ^e ronde)
Apeldoorn/Zuthpen	Uitvoeringssubsidie (1 ^e ronde)
Midden-IJssel	Uitvoeringssubsidie (1 ^e ronde)
Utrecht	Uitvoeringssubsidie (1 ^e ronde)
Arnhem	Uitvoeringssubsidie (1 ^e ronde)
Arnhem-Achterhoek	Uitvoeringssubsidie (vervolg op startsubsidie, 1 ^e ronde)
Rotterdam-Rijnmond	Uitvoeringssubsidie (1 ^e ronde)
Midden-Holland	Startsubsidie (2 ^e ronde)
Nijmegen	Uitvoeringssubsidie (1 ^e ronde)
Zuid-Hollandse eilanden	Uitvoeringssubsidie (2 ^e ronde)
Noordoost-Brabant	Uitvoeringssubsidie (1 ^e ronde)
Zuidoost-Brabant	Uitvoeringssubsidie (1 ^e ronde)
Noord-Limburg	Uitvoeringssubsidie (vervolg op startsubsidie, 1 ^e ronde)
Midden-Limburg	Uitvoeringssubsidie (vervolg op startsubsidie, 1 ^e ronde)
Zuid-Limburg	Uitvoeringssubsidie (1 ^e ronde)

* Het betreft meestal een zorgkantoorregio, soms gaat het om een sub-regio daarbinnen.

** Bij een startsubsidie (maximale looptijd van negen maanden) ligt de focus op het opzetten van een samenwerkingsverband tussen regionale partijen die een bijdrage kunnen leveren aan het terugdringen van de wachttijden in de ggz. Een uitvoeringssubsidie (maximale looptijd van 15 maanden) is gericht op het voortzetten en/of uitbreiden van een bestaand samenwerkingsverband.

11 Deadline indienen: 20 september 2022.

12 Deadline indienen: 30 mei 2023.

13 Er is een subsidie toegekend aan regio Midden-Holland (vervolg op een startsubsidie uit de 2e ronde) en regio West-Brabant (geen voorgaande startsubsidie). Deze uitvoeringssubsidies zijn niet meegenomen in deze tussenrapportage omdat de subsidie in Midden-Holland in oktober 2024 is gestart, terwijl de subsidie in West-Brabant nog moest starten.

Een ander onderdeel van het ZonMw-programma is een evaluatietraject, dat parallel loopt aan de gesubsidieerde projecten in de regio's. Het evaluatietraject is erop gericht om op basis van de resultaten van de gesubsidieerde projecten toe te werken naar een goed werkende aanpak voor wachttijden in alle regio's. De uitvoering van het tweejarige evaluatietraject is juni 2023 toegekend aan het Trimbos-instituut, het Nivel, InBegrepen en MIND. In augustus 2023 is gestart met de uitvoering.

1.2 Doel evaluatietraject

Het doel van het evaluatietraject is tweeledig:

- a) Het identificeren van algemene of regio-specifieke werkzame elementen van de aanpak voor wachttijden in de ggz.
- b) Het bijdragen aan het verspreiden en duurzaam verankeren van deze werkzame elementen in regio's in Nederland.

Hierbij wordt bijzondere aandacht besteed aan regionale domeinoverstijgende samenwerking en de inzet van de regionale versnellers, aangezien dit focuspunten vormen van de subsidies van het ZonMw-programma.

1.3 Algemene aanpak evaluatietraject

1.3.1 'Theory of change'-benadering

Om de doelstellingen te bereiken hanteert het evaluatietraject een 'Theory of Change (ToC)'-benadering, een benadering die is gebaseerd op de ideeën van Carol Weiss (1972; 1995) en nader is uitgewerkt door anderen (Connell e.a., 1995; Connell & Kubisch, 1998; Connell, Kubisch & Fulbright-Anderson, 2001). Snel (2013) vat helder samen wat de ToC-benadering van evaluatieonderzoek behelst:

"De kern van de ToC-benadering is dat wordt nagegaan wat de inhoudelijke veronderstellingen achter een interventie zijn en dat vervolgens kritisch wordt onderzocht of deze achterliggende veronderstellingen (of 'veranderingstheorieën') plausibel en realistisch zijn. Weiss' uitgangspunt is dat iedere interventie – en ieder beleid – gebaseerd is op bepaalde assumpties over wat de interventie teweeg zal brengen. Iedere interventie beoogt een bepaalde verandering te bewerkstelligen. De ToC-benadering van evaluatieonderzoek expliciteert en toetst deze expliciete, of soms ook impliciete, assumptie."

De ToC-benadering is een alternatief voor meer klassieke benaderingen van evaluatieonderzoek met als voordelen dat er beter zicht komt op de mechanismen waardoor een bepaalde aanpak een bepaald effect sorteert (het opent de 'black box' van interventies) en dat het gericht is op collectief leren door alle betrokkenen (participatief karakter). Als een ToC-aanpak goed wordt uitgevoerd is het mogelijk om niet alleen uitspraken te doen over of een mechanisme werkt, maar vooral: waarom en onder welke voorwaarden een mechanisme werkt. En ook waarom bepaalde mechanismen niet werken (dus welke aannames onjuist waren). Dit alles maakt het eenvoudiger

om de praktijk sneller en concreter te voeden met inzichten om een bepaalde aanpak of assumpties daarbinnen bij te stellen en te optimaliseren.

1.3.2 Reconstructie overkoepelende verandertheorie

Voor dit evaluatietraject houdt de ToC-benadering in dat allereerst een overkoepelende verandertheorie van de regionale Versnellers-aanpakken wordt gereconstrueerd. Dit gebeurt op basis van onder andere de subsidieaanvragen van de regio's en andere relevante documentatie, en input van de versnellers en andere betrokkenen uit de regio's. Met de verandertheorie wordt expliciet gemaakt welke **activiteiten de versnellers** uitvoeren, wat de beoogde directe resultaten van deze activiteiten zijn (outputs), en welke concrete **mechanismen** daaruit moeten voortkomen om de beoogde **effecten** te bewerkstelligen. Op het hoogste niveau van de verandertheorie staat als stip op de horizon het ideaal geformuleerd: de **impactdoelen** (de 'droom') waaraan de activiteiten, de outputs, en de effecten uiteindelijk aan moeten bijdragen.

De gereconstrueerde overkoepelende verandertheorie vormt de basis van het evaluatietraject. Het is een levend document dat lopende het evaluatietraject wordt getoetst en waar nodig bijgesteld of aangevuld. Dit betekent dat wordt nagegaan of de veronderstelde relaties tussen de verschillende niveaus van de verandertheorie daadwerkelijk bestaan, en onder welke voorwaarden. Ook worden contextfactoren in kaart gebracht, oftewel externe factoren waarop de Versnellers-aanpakken weinig invloed hebben, maar die het behalen van de doelen van de aanpakken wel (kunnen) faciliteren of belemmeren. Zodoende wordt een zo goed mogelijk onderbouwde verandertheorie verkregen op basis waarvan zicht wordt verkregen op (mogelijk) werkzame elementen van de aanpak voor de wachttijden in de ggz.

1.3.3 Toetsing van de verandertheorie via begeleide zelfevaluatie en reflectiebijeenkomsten

De toetsing en aanvulling van de ontwikkelde verandertheorie verloopt via twee routes die afwisselend, en elkaar wederzijds versterkend worden uitgevoerd lopende het evaluatietraject:

- a) Begeleide zelfevaluatie met iedere gesubsidieerde regio.
- b) Reflectiebijeenkomsten met alle gesubsidieerde regio's.

In de begeleide zelfevaluatie wordt samen met elke gesubsidieerde regio nagegaan in hoeverre het lukt om de beoogde doelen van hun Versnellers-aanpak te bereiken, wat hierbij wel en niet werkt, en wat hierbij beïnvloedende factoren zijn. In een startgesprek wordt eerst samen vastgesteld welke doelen er worden nagestreefd¹⁴. De doelen zijn gekoppeld aan de niveaus van de verandertheorie, zodat duidelijk wordt welke verandervaden worden beoogd. Vervolgens wordt in één of meer vervolggelprekken nagegaan in hoeverre het is gelukt deze doelen te behalen, en wordt besproken wat hierbij succesfactoren, knelpunten en geleerde lessen zijn.

Tussentijds worden de bevindingen uit de start- en vervolggelprekken geanalyseerd op geaggregeerd niveau (over alle regio's heen). Deze tussentijdse bevindingen worden tijdens opeenvolgende rondes van reflectiebijeenkomsten teruggekoppeld aan de regio's ter bespreking

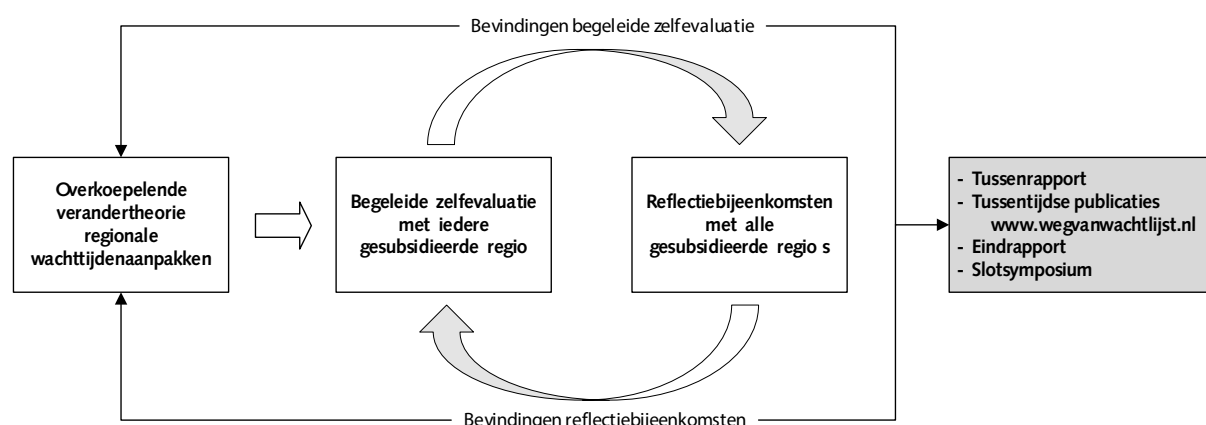
14 Opbrengsten uit de startgesprekken zijn ook gebruikt om de verandertheorie verder door te ontwikkelen om te komen tot de overkoepelende verandertheorie die als basis dient voor het vervolg van het evaluatietraject (zie bijlage 2).

en duiding. Deze bijeenkomsten worden ook gebruikt om ervaringen en meningen uit de regio's op te halen en uit te wisselen over wat wel en niet werkt in de wachttijdenaanpak, en wat hierbij beïnvloedende factoren zijn. Met de opgehaalde kennis wordt de verandertheorie getoetst en waar nodig bijgesteld en aangescherpt.

Naast de reflectiebijeenkomsten, wordt in het evaluatietraject de uitwisseling en verspreiding van opgedane kennis en ervaring ook gestimuleerd door publicaties op www.wegvandewachtlijst.nl. Regio's die (nog) geen subsidie hebben ontvangen van het ZonMw-programma kunnen op deze manier ook de opgedane inzichten benutten.

Onderstaande figuur visualiseert de aanpak van het evaluatietraject.

Figuur 1.1 Algemene aanpak evaluatietraject



Zoals rechts in de figuur weergegeven, wordt halverwege de looptijd van het evaluatietraject een tussenrapport opgesteld, de onderhavige publicatie. Aan het einde van het traject wordt een eindrapportage opgeleverd, gevolgd door een afsluitend symposium.

1.4 Doel en aanpak tussenrapport

Op basis van de uitgevoerde activiteiten in de eerste helft van het evaluatietraject¹⁵, richt het tussenrapport zich op twee tussentijdse doelen:

- Het schetsen van de bredere context waarin het ZonMw-programma 'Versnellers binnen de ggz' wordt uitgevoerd door de wachttijdenproblematiek te belichten in termen van impact, oorzaken, oplossingsrichtingen en gevoerd beleid.
- Het verkrijgen van zicht op de doelen die de 20 regio's met hun Versnellers-subsidies willen bereiken in de aanpak van wachttijden in de ggz, wat de regio's in hun aanpak doen om deze doelen te bereiken, en welke onderliggende aannames de regio's hebben dat hun aanpak werkt.

¹⁵ In bijlage 1 wordt beschreven het evaluatietraject tot nu toe is verlopen.

Voor doel a is een literatuurinventarisatie uitgevoerd. Om doel b te bereiken zijn drie activiteiten uitgevoerd: het ontwikkelen van de overkoepelende verandertheorie van alle Versnellers-aanpakken; het voeren van startgesprekken met vertegenwoordigers¹⁶ van alle 20 regio's, waarin samen met elke regio de beoogde doelen van hun regionale wachttijdetaanpak gestructureerd en eenduidig in kaart zijn gebracht¹⁷; en het uitvoeren van een eerste ronde van drie reflectiebijeenkomsten, waarbij door respectievelijk versnellers, cliëntvertegenwoordigers en ervaringsdeskundigen, en praktijkprofessionals¹⁸ uit ggz, huisartsenzorg en sociaal domein, is gereflecteerd op de Versnellers-aanpak in hun regio's.

In dit tussenrapport is de basis gelegd voor de evaluatie. Er kunnen nog geen uitspraken worden gedaan over (mogelijk) werkzame elementen van de Versnellers-aanpakken, en onder welke voorwaarden en in welke context hun werkzaamheid wordt bevorderd. Dit wordt in de tweede helft van het evaluatietraject onderzocht aan de hand van vervolggelgesprekken en volgende rondes van reflectiebijeenkomsten met vertegenwoordigers uit de regio's. Bevindingen worden in het eindrapport gepresenteerd.

1.5 Leeswijzer tussenrapport

Na dit inleidende hoofdstuk, schetst hoofdstuk 2 eerst de bredere context waarin het ZonMw-programma 'Versnellers binnen de ggz' wordt uitgevoerd door stil te staan bij de wachttijdenproblematiek in termen van impact, oorzaken, oplossingsrichtingen en gevoerd beleid. Vervolgens wordt in hoofdstukken 3 en 4 een beeld geschetst van de regionale Versnellers-aanpakken van de wachttijden in de ggz. Hoofdstuk 3 beschrijft de gereconstrueerde, overkoepelende verandertheorie en de inzichten die op basis hiervan worden verkregen in de Versnellers-aanpakken in de 20 regio's (inclusief overeenkomsten en verschillen tussen de aanpakken). Hoofdstuk 4 beschrijft hoe betrokkenen uit de regio's reflecteren op de aanpakken, uitgaande van de bevindingen uit de eerste ronde van drie reflectiebijeenkomsten. Het tussenrapport eindigt met hoofdstuk 5 waarin de belangrijkste tussentijdse conclusies worden getrokken, en die ook richtinggevend zijn voor het vervolg van het evaluatietraject.

16 Voor sommige regio's ging het alleen om de Versneller(s), in andere regio's waren ook andere betrokkenen aanwezig bij het startgesprek.

17 Voorafgaand aan de startgesprekken zijn kennismakingsgesprekken gevoerd met alle versnellers.

18 Niet-zijnde ervaringsdeskundigen.

2 Wachttijden in de ggz: impact, oorzaken, oplossingsrichtingen en beleid

2.1 Impact van de wachttijden in de ggz

2.1.1 Landelijke cijfers: wachttijden blijven onverminderd lang

De wachttijden in de ggz zijn al jaren te lang voor een grote groep hulpvragers (o.a. NZa, 2017a; NZa, 2017b; NZa, 2019; NZa, 2023). De meest recente landelijke cijfers van december 2023 bevestigen dit beeld (NZa, 2024). Om een beeld te krijgen van de omvang van de wachttijdenproblematiek gaan we hier in op deze cijfers, waarbij aangetekend dat de kwaliteit van de aangeleverde data volgens de NZa verbetering behoeft. December 2023 waren er 97.450 wachtplekken, waarbij het in ruim de helft van de gevallen (56,8%) ging om een totale wachttijd (d.w.z. van aanmelding bij een ggz-aanbieder tot de start van de behandeling) die langer was dan de vastgestelde maximaal aanvaardbare Treeknorm van 14 weken. De NZa spreekt van aantal wachtplekken en niet van aantal wachtenden, omdat iemand bij meerdere zorgaanbieders tegelijk op een wachtlijst kan staan en daardoor dubbel kan worden meegeteld¹⁹. Ten opzichte van december 2022 was in december 2023 zowel het aantal wachtplekken (+10.336)²⁰ als het aandeel wachtenden (+6,1%) dat langer moest wachten dan de Treeknorm gestegen.

Voor 65.635 (67,4%) van de wachtplekken in december 2023 ging het om wachtplekken voor het intakegesprek (het eerste consult) bij een ggz-aanbieder. Bij ruim twee derde (67,5%) van deze wachtplekken werd langer dan de maximaal aanvaardbare aanmeldwachttijd (van aanmelding bij een ggz-aanbieder tot aan het intakegesprek) van vier weken gewacht. De resterende 31.815 (32,6%) wachtplekken in december 2023 (32,6%) waren wachtplekken voor behandeling in de ggz. In ruim een derde (34,8%) van deze gevallen was de wachttijd langer dan de maximaal aanvaardbare behandelwachttijd (van het intakegesprek tot de start van de behandeling) van 10 weken. Deze cijfers wijzen erop dat het zwaartepunt van de wachttijdenproblematiek ligt bij de aanmeldwachttijd, het wachten op het intakegesprek. Vergeleken met een jaar eerder is in december 2023 het aandeel zorgvragers dat langer moest wachten dan de Treeknorm voor de aanmeldwachttijd met 6,2% gestegen, terwijl het aandeel hulpvragers dat langer moest wachten dan de Treeknorm voor de behandelwachttijd met 4,2% toenam.

Opgemerkt dient te worden dat in 2023 meer ggz-aanbieders wachttijdinformatie hebben aangeleverd dan in 2022, wat kan hebben bijgedragen aan de stijging van het actueel aantal wachtplekken. Om een mogelijke invloed van veranderingen in de compleetheid van gegevensaanlevering zoveel mogelijk uit te sluiten heeft de NZa een aanvullende analyse uitgevoerd waarbij alleen is uitgegaan van de ggz-aanbieders die over de gehele periode van juli 2021 tot en met december 2023 wachttijdinformatie hebben aangeleverd. Hieruit kwam naar voren dat

19 Uit een panelonderzoek uitgevoerd in 2022 kwam naar voren dat circa 1 op de 5 wachtenden met dezelfde zorgvraag op meerdere wachtlijsten stond (BDO Advisory & Miles Research, 2022).

20 Wat neerkomt op een procentuele stijging van 11,9%.

het actueel aantal wachtplekken tussen deze twee peilmomenten met circa 25% is toegenomen, waarbij de stijging lijkt af te vlakken tussen januari 2023 en december 2023 (6%) (NZa, 2024).

Cijfers geven beperkt zicht op voor welke groepen hulpvragers de wachttijden te lang zijn

Ggz-aanbieders²¹ leveren naast hun actuele aantallen wachtplekken ook retrospectieve gegevens aan over aantallen wachtenden en hun wachttijden. Deze cijfers hebben betrekking op hulpvragers die in de afgelopen twee maanden daadwerkelijk voor intake of behandeling zijn gezien door de ggz-aanbieder. Deze retrospectieve gegevens worden aangeleverd op vestigingsniveau en naar hoofddiagnose en kunnen daarom, in tegenstelling tot het actueel aantal wachtplekken, worden uitgesplitst naar hoofddiagnose (NZa, 2024). De meest recente gegevens wijzen erop dat in december 2023 de landelijk gemiddelde totale wachttijd (aanmeld- plus behandelwachttijd) voor bijna alle 16 onderscheiden hoofddiagnosegroepen buiten de maximaal aanvaardbare Treeknorm van 14 weken viel²². Uitgaande van de drie meest recente peilmomenten (december 2022, mei 2023 en december 2023) is voor zes hoofddiagnosegroepen consistent sprake van een gemiddelde totale wachttijd van 20 weken of langer (dus nog veel langer dan de Treeknorm): eetstoornissen, neurobiologische ontwikkelingsstoornissen, obsessief-compulsieve stoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, trauma en een restgroep²³.

Bedacht moet worden dat met deze uitsplitsing van de gemiddelde totale wachttijd naar 16 hoofddiagnosegroepen nog onvoldoende gedetailleerd zicht wordt verkregen op de hulpvragers voor wie de wachtlijstproblematiek het grootst is. Zo wordt er met de gemiddelden geen inzicht verkregen in hoeverre er binnen de hoofddiagnosegroepen sprake is van variatie in de wachttijd, en dus ook geen inzicht in het aantal personen binnen de groepen dat (veel) te lang moet wachten. Daarnaast zullen veel wachtenden te maken hebben met meervoudige problematiek, maar worden ze desondanks onder een 'hoofddiagnose' geregistreerd, waarbij enige willekeur niet kan worden uitgesloten (Algemene Rekenkamer, 2020). Hoewel niet gestaafd door kwantitatieve gegevens, zijn er aanwijzingen op basis van interviews met deskundigen dat binnen de hoofddiagnosegroepen vooral de mensen met complexe (al dan niet meervoudige) problematiek te lang moeten wachten (Algemene Rekenkamer, 2020; Bureau Lenz, 2023). Deze mensen hebben naast hun psychische aandoening(en) dikwijls te maken met andere problemen, zoals schulden of eenzaamheid, en behoeven relatief vaak intensieve, multidisciplinaire zorg.

Deze aanwijzingen benadrukken het belang van landelijke en regionale kwantitatieve gegevens die zicht geven op hoe de wachttijden en wachtlijsten variëren naargelang de complexiteit van psychische problematiek van cliënten (ongeacht de geregistreeerde diagnose(n)). Omdat deze informatie vooralsnog ontbreekt kan niet goed worden geëvalueerd in hoeverre ingezette maatregelen effectief zijn in het reduceren van de wachttijden in de ggz, in het bijzonder voor mensen met (zeer) complexe problematiek. Naast uitsplitsing naar complexiteit, is het nodig om beter zicht te krijgen op de betrouwbaarheid en volledigheid van de door ggz-aanbieders aangeleverde

21 Met meer dan 10 zorgverleners.

22 Alleen voor de diagnosegroepen schizofrenie en 'andere problemen' bleef in december 2023 de landelijke gemiddelde totale wachttijd binnen de Treeknorm, met gemiddelden van resp. 11 en 14 weken. De gemiddelde wachttijd voor de basis-ggz, ook één van de onderscheiden hoofddiagnosegroepen, was met 15 weken langer dan de Treeknorm.

23 In de diagnosegroep 'restgroep' vallen onder andere de wachttijden van transgenderzorg. Van deze zorg is bekend dat de wachttijden vaak veel langer zijn dan bij andere diagnoses (NZa, 2024).

gegevens over wachttijden en wachtlijsten, en deze waar nodig te verbeteren²⁴. De NZa (2024) geeft in haar meest recente informatiekaart aan hier met prioriteit op te blijven inzetten.

2.1.2 Risico's van wachten

Een recente literatuurinventarisatie, waarbij geput is uit in totaal 40 publicaties in de wetenschappelijke en 'grijze' literatuur uit de afgelopen 10 jaar, belicht verschillende mogelijke gevolgen van de wachttijden voor hulpvragers (Schutjens e.a., 2024). Zo blijken de meeste wachtenden een verergering van hun klachten te ervaren tijdens het wachten; bij een klein deel is er sprake van een verbetering. De gevonden literatuur wijst op verschillende groepen hulpvragers die bovengemiddeld veel risico lopen op klachtenverergering gedurende de wachttijd, waaronder jongeren, mensen die zich identificeren als LHBTQI+, mensen met een verhoogd risico op het ontstaan van een eerste psychose, vrouwen met perinatale angst of depressie, mensen met verslavingsproblematiek, en mensen met acute en/of complexe psychische problematiek. Een ander mogelijk negatief gevolg van op een wachtlijst staan is dat hulpvragers gedemotiveerd raken tijdens het wachten, waardoor zij afzien van de behandeling in de ggz. De wachttijd blijkt ook na de start van de ggz-behandeling nog impact te kunnen hebben. Zo verhoogt wachten de kans op behandeluitval en de kans op langere en intensievere behandeling, terwijl het de kans verlaagt op (het behouden van) betaald werk.

Behalve de impact op de persoon met een zorgvraag zelf, kunnen naasten van de hulpvrager ook onder de nadelige gevolgen van de wachttijden lijden (Schutjens e.a., 2024). De verhoogde druk op de naaste kan ontaarden in psychische problematiek bij de naaste zelf, omdat deze zich verantwoordelijk voelt en het gevoel heeft er alleen voor te staan. Wanneer de draagkracht van de naaste afneemt, kunnen toegenomen spanningen leiden tot klachtenverergering bij de patiënt. Hierdoor komt men in een vicieuze cirkel terecht.

De literatuurinventarisatie richtte zich ook op de impact voor de huisartsenpraktijk. Dit omdat de huisarts, ondersteund door de praktijkondersteuner huisartsenzorg ggz (POH-ggz), als poortwachter van de ggz fungeert, waardoor zij beiden te maken hebben met verwezen patiënten die moeten wachten op behandeling in de ggz. De gevonden literatuur geeft aan dat de wachttijden in de ggz bijdragen aan verhoogde werkdruk bij huisartsen en POH's-ggz, doordat zij noodgedwongen zorg of ondersteuning bieden aan wachtende patiënten met complexe(re) of ernstige(re) psychische problemen, terwijl deze zogeheten 'overbruggingszorg' eigenlijk niet binnen hun takenpakket en expertisegebied valt. Het uit noodzaak moeten aanbieden van overbruggingszorg draagt ook bij aan oplopende wachttijden voor de POH-ggz, waardoor het laagdrempelige en toegankelijke karakter van de functie in het gedrang komt. Daarnaast zijn er aanwijzingen dat de wachttijden in de ggz leiden tot aanpassingen in het verwijsgedrag van POH's-ggz²⁵, die er mogelijk voor zorgen dat het aanbod waarnaar patiënten wordt verwezen minder vaak goed aansluit op hun hulpvraag.

Opgemerkt dient te worden dat de literatuurinventarisatie niet heeft gekeken naar de mogelijke gevolgen van de wachttijden voor ggz-zorgverleners en andere professionals. Recent is er een

24 De Algemene Rekenkamer (2024) heeft recentelijk diverse factoren in kaart gebracht die kunnen bijdragen aan een over- of onderschatting van de daadwerkelijke wachttijden en aantallen wachtenden.

25 Waarbij verwijzingen worden afgestemd met, en formeel verlopen via de huisarts.

peiling uitgevoerd onder het online panel van Akwa GGZ²⁶. Hieruit blijkt dat hogere werkdruk het vaakst (63%) door respondenten (n=828)²⁷ wordt benoemd als negatieve impact van het bieden van overbruggingszorg. Andere vaak ervaren negatieve gevolgen zijn het zich te lang verantwoordelijk voelen voor patiënten (56%) en dat het spreekuur minder toegankelijk is voor andere patiënten (43%). Verder ervaart 20% van de respondenten minder werkplezier vanwege het geven van overbruggingszorg, voelt 17% zich hierdoor onzeker over de kwaliteit van zijn of haar werk, en heeft 15% hierdoor last van stress, piekeren of overspanningsklachten. Acht procent overweegt zelfs te stoppen met hun werk.

2.2 Oorzaken van de wachttijden in de ggz

Over de oorzaken van de wachttijdenproblematiek ontbreekt evidentie. Een factor die meespeelt is de personele krapte in de ggz wat zorgt voor een structureel capaciteitstekort. Het is bekend dat waar de zorg als geheel afstevent op een financieel probleem, het bij de ggz vooral gaat om personele schaarste dat de houdbaarheid van de zorgverlening onder druk zet (WRR, 2021). Volgens het CBS stonden er in het eerste kwartaal van 2018 3.650 vacatures open in de ggz en is dat aantal in het eerste kwartaal van 2024 ruim verdubbeld naar 8.450. Aan het begin van 2018 waren er op elke 1.000 banen in de ggz 38 vacatures; op het einde van 2023 was dat aantal gestegen naar 72²⁸. Volgens arbeidsmarktprognoses zullen er anno 2031 ongeveer evenveel mensen in de ggz werken, maar bij een ruim dubbel zo groot personeelstekort.

Deze personeelskrapte is echter slechts één van de factoren in een veel breder palet aan mogelijke oorzaken die aan de aanhoudend hoge wachttijden ten grondslag kan liggen. In het recente rapport 'Ggz uit de knel' wordt op basis van 44 interviews met stakeholders en experts en documentenstudie (Boumans, Kroon & van der Hoek, 2023), een mismatch van vraag en aanbod geschetst, tegen een achtergrond van diverse maatschappelijke ontwikkelingen en mechanismen in de toeleiding naar, en organisatie en financiering van de ggz die deze mismatch versterken en in stand houden. Hier passeren de belangrijkste beïnvloedende factoren de revue.

Maatschappelijke ontwikkelingen

Uit de landelijk representatieve NEMESIS-studies blijkt dat de jaarprevalentie van enige psychische aandoening²⁹ bij 18-64-jarigen is toegenomen van 17,4% in 2007-2009 (NEMESIS-2) naar 26,1% in 2019-2022 (NEMESIS-3) (ten Have et al., 2023). Een soortgelijke stijging is ook te zien in het psychische onwelbevinden in de algemene bevolking, zoals dat in de Gezondheidsenquête van het CBS wordt bevraagd met een korte vragenlijst, de Mental Health Inventory 5³⁰. Hoewel niet iedereen die psychische problemen ervaart hiervoor zorg ontvangt, lijkt de stijgende prevalentie gepaard te gaan met meer zorggebruik. Zo blijkt uit de NEMESIS-studies dat het percentage volwassenen dat in het afgelopen jaar gebruik maakte van de ggz is toegenomen van 6,2%

26 AkwaGGZ_Rapport_Overbruggingszorg.pdf

27 Respondenten zijn werkzaam in verschillende sectoren in de ggz, veelal in de generalistische basis ggz of de gespecialiseerde ggz. Een deel van de respondenten zijn werkzaam in de huisartsenzorg (veelal POH-ggz).

28 Bron: CBS Statline.

29 Zoals vastgesteld via een uitgebreid klinisch interview (CIDI 3.0) en conform standaard classificatiecriteria (DSM-IV).

30 <https://www.staatvz.nl/kerncijfers/angst-of-depressiegevoelens>

in 2007-2009 naar 10,0% in 2019-2022³¹. Ook het gebruik van algemene gezondheidszorg³² vanwege psychische problemen nam in dezelfde periode toe: van 9,0% naar 15,0% (ten Have et al., 2023). Cijfers uit de Nivel-registratie van huisartsen(praktijken) bevestigen dat in de afgelopen 12 jaar steeds meer mensen de huisartsenpraktijk bezoeken vanwege psychische problemen, waarbij de stijging vooral plaatsvond in de jaren 2011 tot en met 2018³³ (de Beurs et al., 2018; Nuijen et al., 2021; Bes et al., 2024). Daarnaast wijzen de Nivel-gegevens op een toename van het aantal verwijzingen van huisartsen naar de ggz (Bes et al., 2024), van 19,7 verwijzingen per 1.000 ingeschreven patiënten in 2019 naar 27,2 verwijzingen per 1.000 ingeschreven patiënten in 2023. Het stijgend aantal verwijzingen speelt waarschijnlijk een rol in de toename van het aantal actuele wachtplekken in de ggz (NZa, 2024).

Door onderzoekers, praktijkprofessionals en andere deskundigen wordt een verscheidenheid aan mogelijke verklaringen gegeven voor de stijging in psychisch onwelbevinden (en in het verlengde daarvan de stijgende zorgvraag). Het voert te ver om een uitputtende opsomming te geven van al deze mogelijke verklaringen. Volgens deskundigen die voor het rapport 'Ggz uit de knel' (Boumans, Kroon & van der Hoek, 2023) kan de stijging van psychische problemen en zorgvraag in de samenleving niet losgezien worden van maatschappelijke veranderingen zoals de toegenomen keuzemogelijkheden, afnemende bestaanszekerheid³⁴ en afnemende sociale cohesie. Dit soort veranderingen gaan gepaard met een toename van eenzaamheid en zingevingsvraagstukken en een verminderde mogelijkheid om met zorgen, tegenslagen of praktische problemen direct terecht te kunnen in de sociale omgeving. Het zijn, zo vermoedt men, vooral dit soort in oorsprong sociaal-maatschappelijke factoren, die, bij gebrek aan structurele oplossingen, uitmonden in individuele psychische problematiek.

Tegelijkertijd vermoeden geïnterviewden dat de stijging van de zorgvraag niet uitsluitend komt door een stijgende prevalentie an sich, maar ook verband houdt met de manier waarop we psychisch lijden binnen onze samenleving duiden en tegemoet treden. Het denken over psychisch lijden is grotendeels vernauwd tot een individueel medisch-psychologisch 'defect' waar een individueel medisch-psychologische 'interventie' tegenover kan worden gezet. Dit technisch-instrumenteel discours zorgt er volgens hen niet alleen voor dat structurele sociaal-maatschappelijke oorzaken van psychisch lijden onderbelicht blijven, maar ook dat het alleen gelegitimeerd wordt wanneer er een individueel, medisch label aan gekoppeld is. Volgens geïnterviewden zorgt deze reductie

31 Vermeldenswaard is dat de declaratiegegevens van Vektis erop wijzen dat het jaarlijks gebruik van de ggz door volwassenen betrekkelijk stabiel blijft in een kortere meetperiode (2015-2021). Ook de gegevens uit het DBC-Informatiesysteem (DIS) en die specifiek betrekking hebben op de specialistische ggz (sggz), wijzen op een redelijk stabiele trend in het jaarlijks gebruik van sggz in de periode 2015-2021 (CBS Statline). De betrekkelijk stabiele trends in recentere jaren op basis van declaratie- en DIS-gegevens hoeven niet in tegenspraak te zijn met de stijgende trend in het gebruik van de ggz op basis van NEMESIS-gegevens tussen 2007-2009 en 2019-2022. Het zou bijvoorbeeld kunnen dat een toename in het gebruik van de ggz met name ergens vóór 2015 heeft plaatsgevonden.

32 Huisartsenzorg (inclusief POH-ggz of ggz-verpleegkundige in de huisartsenpraktijk) en overige zorg, namelijk bedrijfsarts of ARBO-arts, maatschappelijk werker, instelling voor thuiszorg of wijkverpleging, fysiotherapeut of haptonoom, medisch specialist of andere hulpverlener werkzaam in de algemene gezondheidszorg.

33 De landelijke uitrol van de functie POH-ggz zal een grote rol hebben gespeeld bij de stijging in de periode 2011-2018.

34 O.a. door kansongelijkheid in het onderwijs, flexibilisering op de arbeidsmarkt, het tekort aan betaalbare woningen

en medicalisering van psychisch lijden onherroepelijk voor een steeds grotere vraag naar ggz. Niet omdat 'men het lijden verleerd is' maar omdat de daadwerkelijke oorzaken van het lijden buiten het gezichtsveld blijven.

Mechanismen in de financiering en organisatie van de ggz

Het is waarschijnlijk dat de wachttijdenproblematiek naast de stijgende zorgvraag ook te maken heeft met de manier waarop de ggz is gefinancierd en georganiseerd. Zo wordt in de analyse van 'Ggz uit de knel' (Boumans, Kroon & van der Hoek, 2023) aandacht besteed aan het gegeven dat de Zorgverzekeringswet (Zvw) gebaseerd is op het principe van gereguleerde marktwerking, wat inhoudt dat middels concurrentie tussen aanbieders wordt gestreefd naar kwalitatief goede zorg tegen zo laag mogelijke kosten. Inherent aan dit model is dat het burgers in de rol van zorgconsument plaatst, en zorgverzekeraars en aanbieders onderling in een concurrentiepositie. Aanbieders worden daardoor gestimuleerd om (steeds meer) zorgproducten te ontwikkelen die een breed publiek van zorgconsumenten in de zoektocht naar optimalisatie van de eigen gezondheid graag wil afnemen. In analogie met het fileprobleem, zorgt het toenemend aanbod voor toenemende vraag. Daarbij kent het systeem ongewenste prikkels³⁵ die lichtere, kortdurender vormen van zorg financieel aantrekkelijker voor aanbieders en zorgverzekeraars maken dan complexere, langduriger zorg (zie ook Algemene Rekenkamer, 2024). Het is dan ook niet verrassend dat geïnterviewde deskundigen aangeven dat in de praktijk juist de mensen met (zeer) complexe problematiek het langst op hulp van de ggz moeten wachten (zie ook Algemene Rekenkamer, 2020; Bureau Lenz, 2023). Bijkomend nadeel van de gereguleerde marktwerking is dat het stimuleren van concurrentie tussen aanbieders op gespannen voet staat met (regionale) samenwerking en het nemen van gezamenlijke verantwoordelijkheid voor zorg(toewijzing) in de regio, wat op zichzelf mogelijk ook weer kan bijdragen aan langere wachttijden.

Een ander aspect van de Zvw dat volgens deskundigen, geïnterviewd voor Ggz uit de knel, bijdraagt aan het wachttijdenprobleem, heeft te maken met de focus op individuele curatie. Deze focus vertaalt zich in een ggz-praktijk die gekenmerkt wordt door het classificeren van psychische aandoeningen, op basis waarvan een toegesneden, specialistische behandeling wordt geboden. Deze werkwijze, die inhoudelijk gemotiveerd is vanuit de wens om beter aan te sluiten op de vraag van de patiënt met de best beschikbare kennis, heeft ook keerzijden. Zo heeft het langzaam het meer integraal, outreachend en relationeel werken onder druk gezet. Dit werd versterkt door de 'knip' tussen curatie en preventie, tussen 'medisch' (Zvw) en 'sociaal' (Wet maatschappelijke ondersteuning, Wmo), die in 2015 met de herziene Wmo verder werd versterkt en leidde tot een splitsing van verantwoordelijkheden tussen zorgverzekeraars en gemeenten. Hoewel er brede erkenning is voor de wenselijkheid van een ggz waarin persoonlijk en maatschappelijk herstel leidend zijn, en niet curatie en klinisch herstel, is de structuur en de financiering van de ggz nog wel gebaseerd op een curatief discours. Dit heeft vermoedelijk ook gevolgen voor de wachttijden. Zo zorgen de welbekende 'hokjes en schotten' ervoor dat de verwevenheid van verschillende (soorten) problematieken onderbelicht raakt. Deskundigen, geïnterviewd voor Ggz uit de knel, signaleren dat mensen met complexe, meervoudige problematiek hierdoor regelmatig op meerdere wachtlijsten staan en afgewezen worden voor behandeltrajecten waarvoor nauw

35 Het gaat o.a. om ongewenste prikkels in de risicoverevening in de ggz, in de bekostigingssystematiek en in de contractering tussen ggz-aanbieders en verzekeraars (het omzetplafond). In paragraaf 2.4.2 wordt de werking van deze prikkels toegelicht, en stilgestaan bij recente maatregelen om de prikkels tegen te gaan.

omschreven inclusiecriteria gelden. Dit leidt tot het doorschuiven van mensen tussen onderdelen van de ggz en langere wachttijden (zie ook van Spronsen & van Os, 2021).

Tot slot wordt genoemd dat de herstelvisie en principes als waakvlamzorg (Muusse, 2023) nog niet overal optimaal is geïmplementeerd is, wat hypothetisch zou kunnen leiden tot minder uitstroom uit de ggz en onnodige chronificering. Omdat mensen niet ondersteund worden in het daadwerkelijk verder brengen van hun herstelproces en het leren omgaan met hun uitdagingen binnen de levensgebieden, en in plaats daarvan steeds tijdelijke, symptomatische oplossingen aangeboden krijgen, die onvoldoende duurzaam zijn als het gaat om het weer oppakken, of vergroten van participatie in het ('normale') leven.

Al met al kan geconcludeerd worden dat het wachttijdenprobleem een veelkoppig monster is, dat voortkomt uit een stijgende zorgvraag en beperkte (personele) capaciteit, tegen de achtergrond van een complex samenspel van maatschappelijke- en systeemfactoren. Dit heeft gevolgen voor de manier waarop we moeten kijken naar oplossingen.

2.3 Aanpak van de wachttijden in de ggz: oplossingsrichtingen en gevoerd beleid

2.3.1 Welke oplossingsrichtingen worden aangedragen?

De wachttijdenproblematiek is hardnekkig en complex en zal niet worden opgelost door alleen te focussen op de wachttijden zelf. Aangezien het wordt beschouwd als een resultante van bredere, meervoudige oorzaken, zijn volgens recente analyses dus ook meervoudige acties nodig (o.a. Bouman et al., 2018; Algemene Rekenkamer, 2020; Boumans, Kroon & van der Hoek, 2023; Zorginstituut Nederland, 2023). Zo worden in de analyse van 'Ggz uit de knel' zes oplossingsrichtingen van *binnen* en *buiten* de ggz naar voren gebracht, lopend van meer aandacht voor promotie en preventie, laagdrempelige hulp en zelfhulpinitiatieven, via brede triage en domeinoverstijgende samenwerking tot aan betere, meer integrale zorg en ondersteuning voor mensen met ernstige psychische aandoeningen (Boumans, Kroon & van der Hoek, 2023). Al deze oplossingsrichtingen dienen, met oog voor de onderlinge wisselwerking, aandacht te krijgen om de knelling in ggz daadwerkelijk duurzaam te weg te nemen. Wanneer deze combinatie van verschillende oplossingsrichtingen als referentiepunt wordt genomen voor het beleid dat de afgelopen twee decennia is gevoerd om de wachttijden in de ggz terug te dringen, valt op dat dit beleid een beduidend smallere insteek kende en nog steeds kent, en waarbij in recente jaren een steeds sterkere focus is te komen liggen op domeinoverstijgende samenwerking aan de voorkant van de ggz op regionaal niveau.

2.3.2 Welk beleid is ingezet en wat is bekend over de resultaten ervan?

De signalen van toenemende knellingen in de zorg in het algemeen, en de ggz in het bijzonder, zijn niet nieuw. De oplopende wachttijden zijn in 2002 al aanleiding voor een actieplan om de overschrijding van de Treeknorm tegen te gaan (Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid, 2002). Wat recenter, in 2017, zet toenmalig minister Schippers een nieuw actieprogramma op om de wachtlijsten in de ggz te beteugelen³⁶. Belangrijkste oplossingsrichtingen worden gezocht

³⁶ Zie: [kamerbrief-over-afspraken-wachttijden-ggz13juli2017.pdf](#)

in het effectiever inzetten van de capaciteit voor de meest urgente doelgroepen, de inzet van e-health, het verkorten van de behandeltrajecten bij 'lichtere' patiënten en betere samenwerking tussen zorgaanbieders en financiers. De NZa krijgt de taak de verbeteracties te monitoren.

In de jaren daarna verschuift de focus naar (domeinoverstijgende) samenwerking als belangrijkste manier om de toegankelijkheid van de ggz te verbeteren. De Stuurgroep Toegankelijkheid en Wachttijden ggz³⁷ wordt in het leven geroepen om de regionale samenwerking als basis voor het terugdringen van wachttijden te stimuleren. De landelijke Stuurgroep ontwikkelt daartoe drie (beleids)instrumenten: de regionale taskforce (RT)³⁸, het transfermechanisme (TF)³⁹ en de regionale doorzettingsmacht (RDM)⁴⁰ (Stuurgroep Toegankelijkheid en Wachttijden ggz, 2019). De implementatie daarvan wordt door de landelijke Stuurgroep gemonitord⁴¹. Doel van deze instrumenten is om de vrije productie- en contractruimte in de regio beter te benutten en te zorgen dat cliënten niet tussen wal en schip vallen^{42,43,44,45}. De focus ligt met name op beter verwijzen, consultatie, wachtlijstbemiddeling, regionale samenwerking tussen ggz-instellingen en zorgverzekeraars en betere verbindingen met sociaal domein (zie ook Lubbes, Pansier-Mast, Schutte, 2019). Hierbij worden goede ervaringen opgedaan met een onafhankelijke versneller die het proces van samenwerken stimuleert en faciliteert. Ook komt er aandacht voor de mogelijkheden om ondersteuning aan wachtenden te bieden tijdens de ggz-wachttijd (Boonzaaijer, Cozijnsen & van der Erf, 2019), bijvoorbeeld door de inzet van ervaringsdeskundigen.

De landelijke Stuurgroep is anno 2024 nog steeds werkzaam. Er komt echter een nieuwe impuls voor de aanpak van de wachttijden, zij het met een wat bredere scope, met de publicatie van het Integraal Zorgakkoord (IZA, 2022). Hierin wordt een nieuwe, nog ambitieuzere doelstelling verwoord, namelijk de Treeknorm terugbrengen van 14 naar 5 weken. Hoewel ook in deze plannen veel verwacht wordt van domeinoverstijgende samenwerking als oplossing voor de ontstane problemen, is de focus van deze samenwerking verschoven. Deze is primair gericht op het organiseren van een bredere triage bij de voordeur van de ggz ('verkennend gesprek'

37 In de Stuurgroep werken 10 branchepartijen samen om de toegankelijkheid van de ggz te verbeteren, en de wachttijden in de ggz te verkorten: de Nederlandse ggz (voorzitter), InEen, Platform MEERGGZ, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG), MIND, Sociaal Werk Nederland (SWN), de landelijke vereniging van vrijgevestigde psychologen en psychotherapeuten (LVVP), Valente en de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV).

38 De RT is een regionale bestuurlijke samenwerking door zorgaanbieders, patiëntvertegenwoordigers en financiers (gemeenten en zorgverzekeraars).

39 Het TF is een overleg tussen verwijzers, aanbieders en financiers, die zich gezamenlijk inzetten om cliënten tijdige en passende zorg te bieden, door de vrije productie- en contractruimte in de regio optimaal te benutten.

40 De RDM is een escalatiemodel voor situaties waarbij via de reguliere kanalen van verwijzing geen passende zorg voor cliënten gevonden wordt. 'De kern van de regionale doorzettingsmacht is, dat als een persoon met een specialistische zorgvraag aan de ggz tussen wal en dreigt te vallen omdat er geen passend aanbod is, dat professionals de hulp kunnen inroepen van verschillende regionale en bovenregionale structuren, om samen tot oplossingen te komen.

41 Monitor Toegankelijkheid en wachttijden ggz (kortweg: Regiomonitor), zie: <https://wegvandewachtlijst.nl/regios>

42 Zie ook de oprichting casuïstiektafels hoogcomplexen ggz (Boonzaaijer et al., 2022)

43 Zie ook [Gespreksleidraad-t.b.v.-afspraken-in-de-contractering-2020-over-terugdringen-wachttijden-DEFINITIEF-3.pdf](#) (wegvandewachtlijst.nl)

44 Lemmens & Vernooij (2019).

45 [Werkkaart samenwerken aan een toegankelijke ggz: een uitwerking van rollen, taken en verantwoordelijkheden](#)

als onderdeel van het mentaal gezondheidscentrum), waarmee de automatische route naar de ggz moet plaatsmaken voor een breder palet aan oplossingen. Daarnaast wordt nadruk gelegd op preventie en het zelf (en samen) aan de slag met klachten in laagdrempelige voorzieningen en/of via digitale middelen. Het discours over de oplossing voor wachttijden lijkt langzaam te verschuiven van het herverdelen van wachtenden over beschikbare capaciteit, naar herverdelen én afbuigen van instroom, primair door de (al dan niet ervaringsdeskundige) mogelijkheden in het sociaal domein beter te benutten^{46,47}. In de periode na het uitbrengen van het IZA wordt het concept mentaal gezondheidscentrum verbreed naar mentaal gezondheidsnetwerk, waarbinnen verschillende functies worden geïntegreerd. Zo is het transfermechanisme van de landelijke Stuurgroep als functie geïntegreerd in het mentaal gezondheidsnetwerk, naast het verkennend gesprek, informatie over wachttijden, en domeinoverstijgend casusoverleg (programma Mentale gezondheidsnetwerken, 2024).

Vanuit het veld bestaat breed draagvlak voor het idee dat domeinoverstijgende samenwerking een sleutelrol speelt in het verbeteren van de toegankelijkheid van zorg, zowel bij partijen in het sociaal domein als partijen in de zorg. Eerste ervaringen met betrekking tot de transfer-/overlegtafels en RDM zijn positief⁴⁸: betrokkenen ervaren dat er niet alleen sneller de juiste zorg of hulp voor de cliënt wordt geboden, maar ook dat de zorg- en hulpverleners beter weten waarvoor ze bij elkaar terecht kunnen. Ook de brede triage aan de voordeur van de ggz wordt positief ontvangen. Zo laten eerste resultaten bij GGz Breburg zien dat na het voeren van bijna zesduizend verkennende gesprekken een kwart van de burgers 'passend' geholpen kunnen worden buiten de ggz. Ook zijn er eerste positieve signalen in de aanmeldwachttijd zichtbaar (van den Broek et al., 2022)^{49,50}. Vanaf 2025 is het verkennend gesprek opgenomen in het basispakket⁵¹.

Tegelijkertijd is enige relativering op zijn plaats. Feitelijk is er nog niks bekend over de haalbaarheid en effectiviteit van de huidige aanpak(ken) op de langere termijn. De beschikbare resultaten zijn kwalitatief of anekdotisch en geven voorsnog geen zicht op in hoeverre wachttijden korter worden, en nog belangrijker, in hoeverre uitkomsten van cliënten verbeteren. Bij het nagaan van effecten op wachttijden speelt bovendien de vraag of de cijfers over de wachttijden wel kwalitatief voldoende zijn om dit goed te kunnen evalueren (zie ook paragraaf 2.2.1)

46 Deze verschuiving in discours werd overigens al vóór de publicatie van het IZA ingezet. Zie bijvoorbeeld de Ontwikkelagenda Toegankelijkheid en Wachttijden ggz 2022 (Stuurgroep Toegankelijkheid en Wachttijden ggz, 2022), waarin voor de oplossing voor de problemen met toegankelijkheid steeds meer nadruk komt op samenwerking met partijen in de regio zoals sociaal domein en huisartsen, en er ook wordt opgeroepen tot een andere manier van kijken naar psychische ongezondheid.

47 Ook het zorgen voor kortere behandelduur, en verwachttingsmanagement daaromtrent, wordt gezien als oplossing.

48 In de praktijk - Weg van de wachtlijst

49 Infographic-actieonderzoek

50 Wel wordt soms gewezen op het belang van het realiseren van noodzakelijke randvoorwaarden zoals een betere steunstructuur in de wijk, waarbij bijvoorbeeld huisartsen en begeleiders beter worden geëquipeerd om mensen te ondersteunen.

51 Verkenkend-gesprek-in-basispakket Overigens staat volgens het Zorginstituut voorsnog niet vast dat verkennende gesprekken tot 'betere' zorg en kortere wachttijden leiden. Daarom is monitoring volgens het instituut belangrijk.

Financiële maatregelen

Naast de bovenbeschreven meer zorginhoudelijke en -organisatorische maatregelen, zijn er in de afgelopen jaren ook financiële maatregelen ingezet om de wachttijden in de ggz aan te pakken, in het bijzonder wachttijden voor mensen met complexe problemen. Een algemene maatregel betrof de verhoging van het budget voor de ggz met €30 miljoen in 2023, iets wat is herhaald in 2024. Met twee andere maatregelen – de Hogekosten compensatie ggz (HKC; ingezet sinds 2020) en een nieuw bekostigingssysteem, het Zorgprestatiemodel (ZPM; in werking getreden per 2022) – wordt specifiek beoogd om de ongewenste financiële prikkels tegen te gaan die maken dat het voor zowel verzekeraars als ggz-aanbieders aantrekkelijker is om zich te richten op mensen met meer ‘eenvoudige’ problematiek in plaats van op mensen met (zeer) complexe problematiek. Met de HKC is het streven om de ongewenste prikkels in de risicovereeniging⁵² te verminderen, zodat het voor verzekeraars minder verliesgevend wordt gemaakt om mensen met complexe problematiek te verzekeren. Een oogmerk van het ZPM is om ongewenste prikkels in de bekostiging weg te nemen, waardoor het voor ggz-aanbieders financieel aantrekkelijker wordt om mensen met complexe problemen zorg te bieden⁵³.

52 In de ggz werkt de risicovereeniging onvoldoende omdat: a) de kosten in de ggz erg scheef verdeeld zijn (d.w.z. een groot aandeel in de totale ggz-kosten heeft betrekking op slechts een kleine groep verzekerden) en b) de kosten niet goed te voorspellen zijn aan de hand van kenmerken zoals leeftijd, geslacht, sociaaleconomische positie en zorggebruik in voorgaande jaren. Dit heeft er in ieder geval tot 2020 toe geleid dat de vereveningsbijdrage die verzekeraars ontvingen voor met name verzekerden met hoge ggz-kosten (mensen met complexe problematiek) minder was dan de feitelijke kosten van de zorg voor deze verzekerden. De verzekeraars leden door deze ‘ondercompensatie’ verlies op deze verzekerden, waardoor zij minder geneigd zijn om zorg in te kopen voor mensen met complexe problematiek. Zie Algemene Rekenkamer (2024) voor een uitgebreide toelichting.

53 In de oude bekostigingssystematiek, de DBC-bekostiging, waren de tarieven gebaseerd op de kosten van ‘gemiddelde pakketten’ van zorg (de diagnose-behandelcombinaties, dbc’s), gekoppeld aan psychische aandoeningen en tijdranges qua behandelduur. Ggz-aanbieders kregen alle inzet van zorg boven de gemiddelden niet vergoed, wat het voor hen financieel minder aantrekkelijk maakte om zwaardere zorg in te zetten, benodigd voor mensen met complexe problematiek. In het nieuwe ZPM wordt uitgegaan van individuele zorgprestaties en krijgen ggz-aanbieders betaald voor de zorg die zij feitelijk inzetten voor een cliënt. Daarbij is het tarief voor een zorgprestatie afhankelijk van de zorgverlener die de zorg biedt en de setting waarin het plaatsvindt. Aldus onderscheidt het ZPM hogere tarieven voor zwaardere zorg en lagere tarieven voor lichtere zorg (iets wat niet het geval was in de DBC-bekostiging). Zie Algemene Rekenkamer (2024) voor een uitgebreide toelichting.

Bovendien is het idee dat het ZPM ggz-aanbieders kan helpen om beter richting verzekeraars te onderbouwen dat zij een hoger omzetplafond nodig hebben om zwaardere zorg te kunnen bieden⁵⁴.

De Algemene Rekenkamer (2024) is recentelijk in een verantwoordingsonderzoek nagegaan in hoeverre het aannemelijk is dat de drie genoemde financiële maatregelen werken. Wat betreft het extra budget voor de ggz in 2023 en 2024 concludeert zij dat het extra geld voor 2023 helemaal is uitgegeven, en dat het aannemelijk is dat deze extra verleende zorg in 2023 heeft geleid tot wachttijden die korter zijn dan wanneer geen extra budget beschikbaar zou zijn geweest. Verder is het volgens de Algemene Rekenkamer waarschijnlijk dat de inzet van de HKC slechts in beperkte mate de financiële risico's wegneemt die verzekeraars lopen bij de allerdurste cliënten in de ggz. Aldus verwacht zij dat ook met de inzet van dit instrument het voor verzekeraars nog steeds minder aantrekkelijk blijft om zorg in te kopen voor mensen met zeer complexe problematiek. Wat betreft het ZPM concludeert de Algemene Rekenkamer dat het de prikkels in de bekostiging om als ggz-aanbieders beperkt zware zorg aan te bieden heeft weggenomen. Aanbieders krijgen volgens de Algemene Rekenkamer via de nieuwe bekostigingssystematiek namelijk beter betaald voor het leveren van meer zorg aan mensen met complexe problematiek, alsook voor de duurdere zorg die deze groep cliënten vaak nodig heeft. Tegelijkertijd geeft de Algemene Rekenkamer aan dat het ZPM vooralsnog niet behulpzaam is voor aanbieders om verzekeraars te overtuigen van de noodzaak van een hoger omzetplafond om zorg te kunnen bieden aan mensen met (zeer) complexe problematiek. Het beoogde instrument hiervoor (d.w.z. zorgvraagtypering waarmee beter te voorspellen zou zijn hoe zwaar de zorg is die een cliënt nodig heeft en wat die zorg kost) is namelijk nog in ontwikkeling en wordt op dit moment dan ook niet gebruikt bij de contractering tussen aanbieders en verzekeraars⁵². Al met al is de conclusie van het verantwoordingsonderzoek dat er nog steeds een financiële drempel bestaat om de wachttijden aan te pakken voor de mensen met de grootste problemen.

De meest recente financiële maatregelen, ingevoerd in navolging van het IZA en het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA, 2023), zijn de invoering van de betaaltitel Bekostiging domein- en sectoroverstijgende samenwerking en de vergoeding van het Verkennend gesprek vanuit

54 Zoals afgesproken met verzekeraars mogen ggz-aanbieders niet meer geld voor zorg declareren dan een bepaald totaalbedrag, voor al hun cliënten bij elkaar (het omzetplafond). Aanbieders krijgen overschrijdingen van het afgesproken omzetplafond niet altijd vergoed. Wanneer een omzetplafond (te) krap is, zorgt het ervoor dat het financieel onaantrekkelijk is voor ggz-aanbieders om zorg te bieden aan mensen met complexe problematiek. Enerzijds doordat aanbieders door het bieden van (dure) zorg bij complexe problematiek eerder hun omzetplafond bereiken. Anderzijds doordat aanbieders niet het risico willen nemen dat ze een deel van hun zorguitgaven niet terugkrijgen als zij zich aan het afgesproken aantal cliënten houden en die cliënten veelal (dure) complexe zorg nodig hebben. Ten opzichte van de DBC-systematiek biedt het ZPM in potentie meer inzicht in de zwaarte van de zorg die ggz-aanbieders leveren. Hierdoor kunnen aanbieders de noodzaak van een ruimer omzetplafond beter onderbouwen richting verzekeraars. Een belangrijk knelpunt blijft echter het inzichtelijk maken van de zwaarte c.q. complexiteit van de problematiek van cliënten. Het beoogde instrument hiervoor binnen het ZPM, de zorgvraagtypering, is nog in ontwikkeling en wordt momenteel nog niet gebruikt bij de contractering. De Algemene Rekenkamer vraagt zich af of het überhaupt gaat lukken om met de zorgvraagtypering goed te voorspellen hoe zwaar de zorg is die de cliënt nodig heeft en wat die zorg kost. Volgens de Algemene Rekenkamer zijn met name de behandelkosten voor mensen met complexe problematiek lastig te voorspellen, omdat zij periodes van intensieve en minder intensieve zorg afwisselen, en ook omdat hun complexe problematiek vraagt om maatwerk in de zorgverlening. Zie Algemene Rekenkamer (2024) voor een uitgebreide toelichting.

de basisverzekering vanaf 2025. Deze maatregelen moeten de samenwerking rond personen met een complexere hulpvraag vergemakkelijken. Of de maatregelen effect hebben, zal op zijn vroegst in de loop van 2025-2026 bekend worden.

2.4 Samenvatting

In dit hoofdstuk is de bredere context beschreven waarin het ZonMw-programma 'Versnellers binnen de ggz' wordt uitgevoerd. We zien dat de wachttijden voor een grote groep hulpvragers al jarenlang te hoog is, wat diverse risico's met zich meebrengt. Het verkorten van de wachttijden is echter een ingewikkelde opgave, wat ermee te maken heeft dat de hoge wachttijden worden veroorzaakt door een complex samenspel van verschillende factoren. Het blijkt verder dat het lastig is om duidelijke uitspraken te doen over de effectiviteit van het huidige beleid om de wachttijden aan te pakken, en waarin betere regionale samenwerking tussen ggz, huisartsenzorg en sociaal domein centraal staat. Dit heeft allereerst te maken met het vooralsnog ontbreken van gedegen, langer lopend onderzoek naar welke bijdragen de verschillende instrumenten voor regionaal domeinoverstijgende samenwerking (zoals het verkennend gesprek, het transfermechanisme en domeinoverstijgend casusoverleg) feitelijk leveren aan het verkorten van de wachttijden en het verbeteren van de kwaliteit van zorg en ondersteuning voor mensen met psychische problemen. Ook de werkzaamheid van ingezette financiële maatregelen voor het aanpakken van de wachttijden zijn vooralsnog alleen in termen van 'aannemelijkheid' geëvalueerd. Een andere reden dat de effectiviteit van ingezet beleid moeilijk is te beoordelen, is dat er vraagtekens zijn rondom de betrouwbaarheid en volledigheid van de cijfers over wachttijden. Hierdoor is niet goed te monitoren hoe wachttijden zich ontwikkelen in de loop der tijd. Bovendien ontbreken specifieke wachttijdcijfers voor mensen met (zeer) complexe problemen, terwijl er aanwijzingen zijn dat juist deze meest kwetsbare groep te maken heeft met lange wachttijden.

Wel kan worden geconstateerd dat het gevoerde beleid om de wachttijden te verminderen een smallere scope heeft dan het brede palet aan combinaties van oplossingsrichtingen wat recente analyses nodig achten om de knelling in de ggz daadwerkelijk te doorbreken. Zo bezien lijkt de complexiteit van de wachttijdenproblematiek niet in haar volledigheid te worden geadresseerd in het huidige beleid. Dit roept de vraag op of de huidige focus op het verbeteren van regionale domeinoverstijgende samenwerking aan vooral de 'voorkant' van de ggz, voldoende zal zijn om positieve effecten te sorteren op het niveau van wachttijden, kwaliteit van zorg en ondersteuning, en uitkomsten voor mensen met psychische problemen. In dit evaluatietraject proberen we meer licht te werpen op deze vraag.

3 De Versnellers-aanpakken van wachttijden in de ggz: wat gebeurt er in de 20 betrokken regio's?

3.1 Inleiding

De eerste periode van het evaluatietraject was vooral gericht op het ontwikkelen van een overkoepelende verandertheorie waarmee wordt geconcretiseerd wat de 20 regio's met hun Versnellers-subsidies⁵⁵ willen bereiken in de wachttijdenaanpak, wat de regio's in hun aanpak doen om deze doelen te bereiken, en welke onderliggende aannames de regio's hebben dat hun aanpak werkt. In bijlage 2 wordt de stapsgewijze ontwikkeling van de overkoepelende verandertheorie beschreven. Een belangrijk onderdeel van dit proces was dat samen met elke regio de beoogde doelen van de Versnellers-aanpak op een systematische en eenduidige wijze in kaart zijn gebracht, alsook de activiteiten en mechanismen waarmee een regio deze doelen wil bereiken.

In dit hoofdstuk wordt allereerst de ontwikkelde overkoepelende verandertheorie van de Versnellers-aanpakken gepresenteerd en toegelicht (paragraaf 3.2). Vervolgens worden op basis van de verandertheorie eerste inzichten beschreven (paragraaf 3.3): Wat zijn de overeenkomsten tussen de aanpakken van de regio's, oftewel waar liggen de zwaartepunten? En welke verschillen bestaan er tussen de regio's in hun aanpak?

Opgemerkt dient te worden dat deze eerste inzichten meer beschrijvend van aard zijn: ze laten zien welke overeenkomsten en verschillen er tussen de regio's bestaan in hun Versnellers-aanpak. In het vervolg van het evaluatietraject wordt aan de hand van vervolggesprekken en reflectiebijeenkomsten met betrokkenen uit de regio's, de verandertheorie getoetst en waar nodig bijgesteld en uitgebreid, om zicht te verkrijgen op wat (mogelijk) werkzame elementen zijn van de Versnellers-aanpakken, en onder welke voorwaarden en in welke context hun effectiviteit wordt gestimuleerd.

3.2 De overkoepelende verandertheorie van de Versnellers-aanpakken

In figuur 3.1 wordt de overkoepelende verandertheorie van de Versnellers-aanpakken in de 20 regio's gepresenteerd. Op het onderste niveau van de verandertheorie staat aangegeven welke **activiteiten** door de versneller(s) worden uitgevoerd. Helemaal bovenaan, op het hoogste niveau, staan **de droom en impactdoelen** waar iedere regio met de wachttijdenaanpak uiteindelijk aan wil

55 Het gaat om twee regio's met een startsubsidie en 18 regio's met een uitvoeringssubsidie, waarbij het voor vijf regio's gaat om een uitvoeringssubsidie die een vervolg vormt op een startsubsidie. Bij een startsubsidie (maximale looptijd van negen maanden) ligt de focus op het opzetten van een samenwerkingsverband tussen regionale partijen die een bijdrage kunnen leveren aan het terugdringen van de wachttijden in de ggz. Een uitvoeringssubsidie (maximale looptijd van 15 maanden) is gericht op het voortzetten en/of uitbreiden van een bestaand samenwerkingsverband.

bijdragen. Er wordt bewust gesproken van ‘bijdragen’, omdat het onrealistisch is te verwachten dat met de Versnellers-subsidie deze impactdoelen worden verwezenlijkt. Het staat daarom ook boven een zogeheten ‘accountability ceiling’ (gerepresenteerd door de stippellijn). Beginnend bij de activiteiten van de versneller wordt met de drie daaropvolgende, steeds hogere niveaus (**outputs, mechanismen en effecten**) weergegeven hoe – via welke verandervaden – in de regio’s wordt geprobeerd een bijdrage te leveren aan de impactdoelen.

Opgemerkt dient te worden dat in de overkoepelende verandertheorie alle verandervaden van de regio’s worden samengevat. Dat betekent uiteraard niet dat regio’s altijd alle beoogde verandervaden bewandelen. Zoals nader zal worden toegelicht, zijn er verschillen tussen de regio’s in de breedte en smalte van hun Versnellers-aanpak. Zo komt het voor dat sommige regio’s zich richten op één of twee mechanismen, terwijl andere regio’s bijna alle genoemde mechanismen adresseren, en dus meer of bredere verandervaden bewandelen.

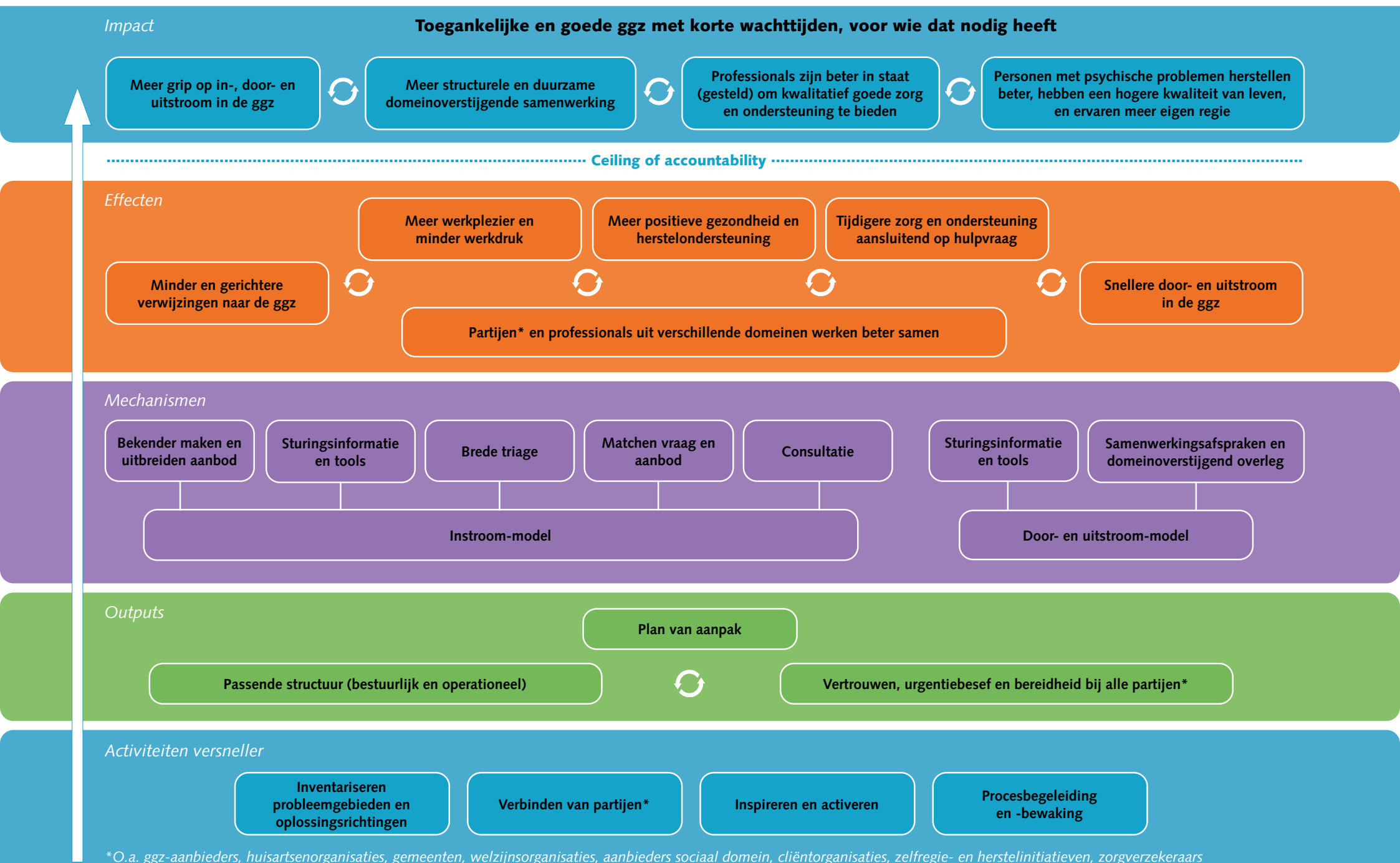
Het is verder belangrijk om te benadrukken dat de overkoepelende verandertheorie *uitsluitend* gaat over wat er gebeurt en wordt beoogd in het kader van de Versnellers-subsidies. Activiteiten in het kader van de regionale wachttijdnaanpak, die op andere manieren worden gefinancierd en waarbij de versneller niet is betrokken, zijn niet opgenomen in de verandertheorie. Hetzelfde geldt ook voor activiteiten en mechanismen die *in theorie* kunnen bijdragen aan wachttijdreductie, maar niet in de praktijk worden ingezet. Dit betekent dat de gereconstrueerde verandertheorie geen volledige routekaart is voor het terugdringen van de wachttijden, waarin alle potentieel werkzame mechanismen en verandervaden zijn opgenomen. Het is een overzicht van de beoogde verandervaden van de 20 Versnellers-aanpakken. Daarbij is bij de benaming van de elementen van de verandertheorie zoveel mogelijk vastgehouden aan het taalgebruik en de formuleringen zoals gehanteerd in de regio’s.

In de volgende paragrafen (3.2.1 t/m 3.2.6) worden de niveaus van de verandertheorie en de diverse elementen daarbinnen toegelicht.

3.2.1 De droom en impactdoelen van de Versnellers-aanpakken

Zoals hierboven aangegeven, ligt het realiseren van de droom en impactdoelen (het bovenste niveau van een verandertheorie) buiten het bereik van de Versnellers-aanpakken in de regio’s. Dit komt doordat het succes (of falen) van de aanpakken, mede afhankelijk is van allerlei andere factoren en ontwikkelingen, die buiten de scope en controle van de gesubsidieerde projecten liggen. Daarbij is de looptijd van de projecten relatief kort en zijn de subsidies relatief bescheiden. Desondanks is het relevant om de droom en impactdoelen die worden nagestreefd met de Versnellers-aanpakken zo goed mogelijk te formuleren, omdat het richting en een kader geeft om de aanpakken lopende de uitvoering te toetsen. Nuanceverschillen daargelaten, blijkt er een grote gemeenschappelijkheid tussen regio’s in de droom die wordt nagejaagd, wat ook te begrijpen is vanuit de centrale doelstelling van de Versnellers-subsidie. Deze is samen te vatten als een streven naar een **toegankelijke en goede ggz met korte wachttijden, voor wie dat nodig heeft**. Anders gezegd: mensen die ggz zorg behoeven, kunnen tijdig terecht bij de ggz om daar kwalitatief goede zorg ontvangen die aansluit bij hun hulpvraag. De droom is toegespitst op de ggz, gegeven de focus van de Versnellers-subsidie. In het verlengde daarvan ligt het streven in de regio’s er echter ook op om hulpvragers die andere (niet-ggz) zorg- of ondersteuningsbehoeften hebben, tijdig en goed op andere manieren te helpen.

Figuur 3.1 De overkoepelende verandertheorie van de Versnellers-aanpakken van wachttijden in de ggz in de 20 betrokken regio's. Door te klikken op de 'i-tjes', verschijnt informatie over specifieke mechanismen of beoogde effecten. (Om de interactiviteit te gebruiken, download dit rapport en bekijk het in de Acrobat Reader).



*O.a. ggz-aanbieders, huisartsenorganisaties, gemeenten, welzijnsorganisaties, aanbieders sociaal domein, cliëntorganisaties, zelfregie- en herstelinitiatieven, zorgverzekeraars

De droom van toegankelijke en goede ggz met korte wachttijden, voor wie dat nodig heeft, kan worden geoperationaliseerd in een viertal impactdoelen die als richtinggevend kader dienen voor de opgave. Deze komen in de alle regio's grotendeels overeen en kunnen als volgt worden samengevat⁵⁶:

1. **Er is meer grip op in-, door- en uitstroom in de ggz.**
2. **Er is meer structurele en duurzame domeinoverstijgende samenwerking tussen partijen⁵⁷ en professionals in de regio.**
3. **Professionals zijn beter in staat (gesteld) om goede zorg en ondersteuning te bieden.**
4. **Personen met psychische problemen herstellen beter, hebben een hogere kwaliteit van leven en ervaren meer eigen regie.**

De Versnellers-aanpakken hebben dus zowel procesdoelen (doelen 1 en 2) als inhoudelijke doelen (doelen 3 en 4). Daarnaast kunnen de impactdoelen ook worden beschouwd als doelen op macroniveau (betrekking hebbend het regionale zorg- en ondersteuningssysteem; doel 1), mesoniveau (betrekking hebbend op partijen of groepen; doel 2) en microniveau (betrekking hebbend op individuele personen en het primaire proces; doelen 3 en 4).

3.2.2 De activiteiten van de versnellers

Op het onderste niveau (de 'beginlaag') van de verandertheorie staan de activiteiten weergegeven die door de versnellers in de regio's worden uitgevoerd. Uit de inventarisatie van alle activiteiten van de versnellers, komt naar voren dat er vier categorieën van activiteiten kunnen worden onderscheiden:

1. **Inventariseren van probleemgebieden en oplossingsrichtingen:** o.a. het in kaart brengen van factoren die bijdragen aan de wachttijdenproblematiek in de regio, en oplossingsrichtingen hiervoor.
2. **Verbinden van partijen:** o.a. het actief samenbrengen van partijen, het formaliseren van samenwerking, het verhelderen van taken en rollen, het creëren van commitment, en het afstemmen met aanpalende regio's en/of (vervolg)initiatieven (bijv. in het kader van het Integraal Zorgakkoord (IZA, 2022) en/of Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA, 2023).
3. **Inspireren en activeren:** o.a. kennisuitwisseling, aanmoedigen, aanzwengelen.
4. **Procesbegeleiding en -bewaking:** o.a. het creëren van een heldere projectstructuur, het (mede) vormgeven van het plan van aanpak, en het monitoren en bewaken van de voortgang van het project.

In sommige regio's zijn twee versnellers werkzaam in plaats van één. Soms werkt de versneller samen met andere (deel-)projectleiders om bovenstaande activiteiten uit te voeren.

3.2.3 De route van activiteiten van de versnellers naar de impactdoelen

De centrale kwestie die een verandertheorie inzichtelijk moet maken is hoe de activiteiten die worden ondernomen, uiteindelijk zouden moeten bijdragen aan het bewerkstelligen van de impactdoelen. Toegespitst op de Versnellers-aanpakken: hoe wordt in de regio's beoogd om met de activiteiten van de versnellers bij te dragen aan de realisatie van de impactdoelen? Welke

56 Deze vier beoogde impactdoelen zijn in de Versnellers-aanpak van iedere regio te herkennen. Wel bestaat er variatie tussen de regio's op welk(e) impactdoel(en) de nadruk ligt.

57 O.a. ggz-aanbieders, huisartsenorganisaties, gemeenten, welzijnsorganisaties, aanbieders sociaal domein, cliënt-organisaties, zelfregie- en herstelinitiatieven, zorgverzekeraars.

stappen of veranderpaden worden verondersteld om daarvoor te moeten worden gezet of bewandeld?

Om dit helder en concreet te maken, wordt in de verandertheorie weergegeven tot welke **outputs** de activiteiten van de versneller (zouden moeten) leiden, welke **mechanismen** daarmee in gang (zouden moeten) worden gezet, en welke **effecten** die mechanismen (zouden moeten) bewerkstelligen. Met de woorden 'zouden moeten' tussen haakjes wordt aangegeven dat het om assumpties/ veronderstelde relaties gaat: in een verandertheorie is het nog niet helder of deze volgtijdelijke stappen daadwerkelijk zo uitpakken. Dat is juist wat in het vervolg van het evaluatietraject (uiteindelijk) in kaart wordt gebracht.

3.2.4 Van Versnellers-activiteiten naar de outputs daarvan

Verondersteld wordt dat met de activiteiten van de versnellers directe resultaten (outputs) worden bereikt op drie verschillende vlakken.

Outputs op governance-niveau

Allereerst worden de activiteiten van de versnellers verondersteld te leiden tot een passende **governance-structuur** voor domeinoverstijgende samenwerking, of, in geval er reeds een structuur bestaat, tot het verstevigen of optimaliseren daarvan. Hierbij gaat het in essentie om het structureel samenbrengen van de regionale partijen die nodig zijn bij de wachttijdnaanpak, op zowel bestuurlijk als operationeel niveau. In de minimale variant zijn dat de grotere ggz-aanbieders in de regio en financiers (zorgverzekeraar, gemeenten), maar in het overgrote deel van de regio's worden ook andere partners in de regio zoals vrijgevestigde ggz-aanbieders, huisartsenorganisaties, cliëntorganisaties, zelfregie- en herstelcentra en welzijnsorganisaties en andere partijen in het sociaal domein benoemd als onderdeel van de beoogde governance-structuur.

Doelen die op dit niveau, als onderdeel van de aanpak, worden geformuleerd zijn bijvoorbeeld het aanhaken van niet- of ondergerepresenteerde partijen (vaak gemeenten, vrijgevestigde ggz-aanbieders en cliëntvertegenwoordiging of ervaringsdeskundigheid), het verder formaliseren van afspraken tussen partijen en/of het oprichten van inhoudelijke werkgroepen op operationeel niveau (gekoppeld aan uitwerken, ontwikkelen, testen, etc. onderdelen uit het Plan van Aanpak, zie hieronder). In de meeste regio's was er bij aanvang van de Versneller-subsidie al een basisstructuur aanwezig⁵⁸.

Outputs op betrekkingniveau

De activiteiten van de versneller worden ook verondersteld te leiden tot directe resultaten op betrekkingniveau. Hierbij gaat het om het bewerkstelligen van **vertrouwen, urgentiebesef en bereidheid** bij alle partijen om gezamenlijk verantwoordelijkheid te dragen voor de regionale wachttijdnaanpak. Dit werd in de uitvraag van doelen tijdens de startgesprekken door gesprekspartners uit de regio's dikwijls als één van de belangrijkste bouwstenen voor de hele aanpak benoemd. Ook werd er doorgaans niet lichtvoetig gedacht over deze beoogde output: de erva-

58 Dit heeft ermee te maken dat het bij slechts twee regio's gaat om een startsubsidie en waarbij de focus ligt op het opzetten van een regionaal domeinoverstijgend samenwerkingsverband. Bij de andere 18 regio's gaat het om een uitvoeringssubsidie gericht op het voortzetten en/of uitbreiden van een bestaand samenwerkingsverband. Voor vijf regio's vormt de uitvoeringssubsidie een vervolg op een startsubsidie.

ring van veel regio's is dat vertrouwen tussen partijen moeilijk te bereiken is, en nog moeilijker beklijft. Dit heeft volgens hen te maken met tegengestelde krachten die werkzaam zijn op de (vaak nog prille) samenwerkingsverbanden⁵⁹.

Outputs op inhoudsniveau

Tot slot zouden de activiteiten van de versneller ook een direct resultaat moeten hebben op inhoudsniveau. Het gaat hier om het opstellen van een **Plan van Aanpak** voor de regionale wachttijdenaanpak, of voor de doorontwikkeling of uitbreiding van een reeds bestaande aanpak. Het plan van aanpak gaat uit van een gedeelde visie van alle betrokken partijen, en zou uitvoerbaar en haalbaar moeten zijn. Het bevat concrete mechanismen, interventies, werkwijzen, etc. die worden (door)ontwikkeld en/of uitgetest (zie volgende paragraaf), en waarmee bepaalde effecten worden beoogd, die op hun beurt weer zouden moeten bijdragen aan het realiseren van de impactdoelen. Analyse van de plannen van aanpak in de regio's laat zien dat er regionale verschillen bestaan in de reikwijdte van de plannen (zie par. 3.2).

3.2.5 Van outputs naar mechanismen

Het idee achter de Versnellers-aanpakken is dat de door de versneller gefaciliteerde outputs op governance-, betrekking- en inhoudsniveau, bepaalde concrete mechanismen in gang weten te zetten, die op hun beurt tot verschillende gewenste effecten leiden. Als alle Versnellers-aanpakken in de 20 regio's in ogenschouw worden genomen, kunnen zeven typen mechanismen worden onderscheiden. Daarbij zijn de eerste vijf mechanismen hoofdzakelijk gericht op de instroom in de ggz, en de laatste twee mechanismen op de door- en uitstroom in de ggz. In verschillende regio's worden deze mechanismen gebundeld en in samenhang met elkaar ingezet, waarbij wordt uitgegaan van een overkoepelend **instroom-model** of **door- en uitstroom-model**. Deze modellen zijn met alle betrokken partijen ontwikkeld, met bijbehorende visie, werkwijzen en (verwijs)afspraken, voor de 'reis' die een hulpvrager aflegt. Bij een instroom-model gaat het om het traject van hulpvraag naar toeleiding naar passende zorg of ondersteuning binnen of buiten de ggz. Een door- en uitstroom-model is gericht op het traject van behandeling in de ggz naar passende uitstroom uit de ggz.

Mechanismen gericht op de instroom in de ggz

1. Bekender maken en uitbreiden zorg- en ondersteuningsaanbod

Hierbij gaat het om initiatieven en interventies om bestaand aanbod binnen en buiten de ggz beter inzichtelijk te maken en de bekendheid ervan vergroten. Dit kan in de vorm van een sociale- of zorgkaart, maar ook door personen die hiervan een goed overzicht hebben te laten fungeren als een 'wegwijzer' of 'ondersteuner'. Doel is dat zowel voor verwijzers als voor mensen die hulp zoeken (en al dan niet op de wachtlijst staan) beter weten wat er allemaal mogelijk is, en waarmee ook de toeleiding naar alternatief (niet-ggz) aanbod kan worden verbeterd. Ook gaat het in sommige regio's over het uitbreiden of breder uitrollen van veelbelovende praktijken, zodat meer mensen daarvan gebruik kunnen maken. Daaronder valt onder andere preventief (groeps)aanbod, digitaal aanbod, zelfregie- en herstelinitiatieven en aanbod tijdens het wachten.

⁵⁹ Dit is een voorschot op de analyse die in het eindrapport zal worden gepresenteerd. In de vervolgesprekken gaan we dit onderwerp meer in de diepte bespreken met de regio's.

2. Sturingsinformatie en tools

Hierbij gaat het om initiatieven die zorgen voor meer actuele en volledige informatie over de wachttijden en -lijsten in een regio, alsook over de vraag naar, en het beschikbare aanbod van ggz in een regio. In sommige regio's worden (ook) digitale tools (zoals matching- en screeningstools) ontwikkeld en geïmplementeerd, en die ondersteunend zijn in het toeleiden van hulpvragers naar passende zorg of ondersteuning.

3. Brede triage

Hieronder vallen werkwijzen zoals het multidisciplinair overleg (MDO) in de huisartsenpraktijk en het verkennend gesprek (soms ook herstelondersteund gesprek genoemd), die worden geïmplementeerd aan de voorkant van de ggz om vroeg inzicht te krijgen in de precieze hulpvraag. Deze werkwijzen moeten het professionals mogelijk maken gerichter en tijdiger te kunnen doorverwijzen naar passende zorg of ondersteuning, ook buiten de ggz.

4. Matchen vraag en aanbod

Hieronder vallen het optimaliseren c.q. doorontwikkelen van bestaande mechanismen zoals de Transfertaal, de Overlegtafel en de Regionale doorzettingsmacht (RDM), die erop gericht zijn om passende zorg voor individuen en groepen (al dan niet op de wachtlijst) te vinden die niet direct passende zorg kunnen krijgen, maar wel nodig hebben.

5. Consultatie

Hieronder valt de mogelijkheid voor huisartsen en POH's-ggz en/of voor professionals uit het sociaal domein om laagdrempelig ggz-professionals te kunnen consulteren over de diagnostiek, behandeling of ondersteuning van een cliënt.

Mechanismen gericht op door- en uitstroom in de ggz

1. Sturingsinformatie en tools

Hierbij gaat het om het verkrijgen van actuele en volledige informatie over cliënten in de ggz voor wie ggz-behandeling mogelijk kan worden afgesloten. Het inzichtelijk maken van het 'uitstroom-potentieel' gebeurt bijvoorbeeld aan de hand van gegevens over behandelduur en -frequentie die overzichtelijk worden gepresenteerd in een ontwikkelde digitale tool (dashboard). Op basis van deze informatie kan het gesprek over behandelduur in teams worden gevoerd. Hierdoor kan door ggz-instellingen beter worden 'gestuurd' op kort(cyclisch) behandelen en tijdige afsluiting, alsook op warme overdracht naar andere domeinen.

2. Samenwerkingsafspraken en domeinoverstijgend overleg

Het laatste mechanisme omvat domeinoverstijgende afspraken en casusoverleggen rondom door- en uitstroom. In de domeinoverstijgende overleggen worden cliënten besproken die al langdurig in zorg zijn bij de ggz, om te verkennen of behandeling in dezelfde vorm nog nodig en wenselijk is, en waarbij nadrukkelijk ook wordt gekeken of beschikbare zorg en ondersteuning buiten de ggz mogelijk passender is. Daarbij worden ook afspraken gemaakt over terugkeergarantie naar de ggz, waarbij de persoon bij terugval binnen een afgesproken tijd, niet opnieuw op de wachtlijst terecht komt, maar direct (drempelloos) terug kan keren bij het behandelteam in de ggz.

3.2.6 Van mechanismen via effecten naar de impactdoelen

De hierboven beschreven mechanismen hebben een aantal veronderstelde effecten. Op basis van onze analyse kan een zestal typen effecten worden onderscheiden. Het is niet zo dat deze effecten een-op-een corresponderen met de beschreven mechanismen. Integendeel, de aanname is dat de meeste mechanismen zullen leiden tot meerdere van deze effecten. In het tweede deel van het evaluatietraject zal worden nagegaan in hoeverre en op welke wijze de mechanismen daadwerkelijk tot de beoogde effecten zullen leiden, en wat hierbij beïnvloedende factoren zijn.

1. Partijen en professionals uit verschillende domeinen werken beter samen

Dit beoogde effect heeft betrekking op de 'zachte' factoren in de regionale domeinoverstijgende samenwerking tussen betrokken regionale partijen⁶⁰ en professionals, waarbij het gaat over samenwerkingsprocessen en onderlinge verhoudingen. Er kan een onderscheid worden gemaakt tussen: een betere kennis hebben van elkaars aanbod, elkaar beter weten te vinden, het meer onderling delen van kennis en expertise, het meer vertrouwen en waardering hebben in elkaars kennis en expertise, en het meer ervaren van gedeeld eigenaarschap en gezamenlijke verantwoordelijkheid. Aangenomen wordt dat alle eerder beschreven mechanismen op hun manier bijdragen aan het realiseren van deze 'zachte' kanten van interdisciplinaire samenwerking tussen partijen en professionals. Ofwel 'direct' in de zin dat het een mechanisme is waaraan professionals uit verschillende domeinen gezamenlijk uitvoering geven (zoals een overlegtafel of een verkennend gesprek), ofwel 'indirect' in de zin dat het een mechanisme is dat interdisciplinaire samenwerking ondersteunt (zoals een actueel inzicht hebben in wachttijden en beschikbaar aanbod). Zoals ook weergegeven in de verandertheorie (figuur 3.1) staat betere domeinoverstijgende samenwerking daarmee centraal als beoogd effect, en wordt verondersteld dat dit op zijn beurt ook bijdraagt aan het realiseren van de vijf andere beoogde effecten.

2. Minder en gerichtere verwijzingen naar de ggz

Een tweede beoogd effect van de mechanismen is dat er minder 'onnodige' verwijzingen van huisartsenzorg naar de ggz plaatsvinden, oftewel dat minder verwijzingen van de huisarts 'afgewezen' worden door de ggz. In het verlengde hiervan ligt het veronderstelde effect dat meer hulpvragers worden 'afgebogen' naar voorzieningen in het sociaal domein, zelfregie- en herstelinitiatieven, of zelfhulp⁶¹. Onder meer het inzetten van mechanismen voor brede triage en het matchen van vraag en aanbod, al dan niet ingebed binnen een overkoepelend instroom-model, zouden moeten leiden tot minder en gerichtere verwijzingen naar de ggz.

3. Snellere door- en uitstroom in de ggz

Een derde beoogd effect is dat minder cliënten 'onnodig' te lange of te intensieve behandeling in de ggz ontvangen. Met name het ontwikkelen en implementeren van een nieuw model voor de door- en uitstroom van cliënten in de ggz, met onder andere bijbehorende sturingsinformatie en domeinoverstijgende afspraken of overleggen, zou in dit effect moeten resulteren.

60 O.a. ggz-aanbieders, huisartsenorganisaties, gemeenten, welzijnsorganisaties, aanbieders sociaal domein, cliënt-organisaties, zelfregie- en herstelinitiatieven en zorgverzekeraars.

61 De woorden 'onnodig', 'afgewezen' en 'afgebogen' staan tussen aanhalingstekens om nogmaals te benadrukken dat bij het ontwikkelen van de verandertheorie zoveel mogelijk de taal van de regio's is overgenomen.

4. Meer werkplezier en minder werkdruk

Dit vierde effect is een meer generiek beoogd effect. Met name doordat de betrokken partijen en professionals uit verschillende domeinen via de ingezette mechanismen meer en beter met elkaar gaan samenwerken, wordt aangenomen dat dit op termijn ook zal leiden tot meer efficiëntie in het bieden van zorg en ondersteuning en dus tot minder werkdruk en -belasting onder professionals. Tevens wordt verondersteld dat zij meer werkplezier, voldoening en motivatie gaan ervaren.

5. Meer positieve gezondheid en herstelondersteuning

Regio's beogen, bijvoorbeeld via brede triage, ook te bereiken dat professionals meer denken en handelen vanuit inzichten over herstelbevordering en positieve gezondheid, en dat zij meer gezamenlijk met de persoon beslissen vanuit diens hulpvraag. Daarnaast is de aanname dat de betreffende persoon zelf zich ook meer bewust is van zijn of haar eigen hulpvraag en beter in staat is om daar regie op te pakken.

6. Tijdigere zorg en ondersteuning aansluitend op hulpvraag

Een laatste beoogd effect betreft het realiseren van tijdige zorg en ondersteuning (binnen en buiten de ggz) voor hulpvragers en die goed aansluit bij hun hulpvraag. Ook dit is een generiek effect in de zin dat alle mechanismen hier op hun manier aan proberen bij te dragen. Uitgaande van de Versnellers-aanpakken in de 20 regio's kunnen in dit kader verschillende, meer specifieke doelen worden onderscheiden die worden nagestreefd⁶²: meer personen worden tijdig en aansluitend op hun hulpvraag toegeleid naar het sociaal domein, zelfregie- en herstelinitiatieven en preventief/ zelfhulpaanbod (hetzij als alternatief voor ggz-behandeling, hetzij als aanvulling op een lopende ggz-behandeling), minder personen met urgente en/of complexe problemen vallen tussen wal en schip, meer personen overbruggen de wachttijd in de ggz op een zinvolle manier, en meer personen worden snel overgenomen in de ggz bij eventuele terugval.

Deze zes effecten worden verondersteld op hun beurt bij te dragen aan het realiseren van de vier, eerder beschreven impactdoelen:

1. Er is meer grip op in-, door- en uitstroom in de ggz.
2. Er is meer structurele en duurzame domeinoverstijgende samenwerking tussen partijen en professionals in de regio.
3. Professionals zijn beter in staat (gesteld) om goede zorg en ondersteuning te bieden.
4. Personen met psychische problemen herstellen beter, hebben een hogere kwaliteit van leven en ervaren meer eigen regie.

3.3 Wat zijn de overeenkomsten en verschillen tussen de Versnellers-aanpakken in de 20 regio's?

Op basis van de verandertheorie en de gevoerde startgesprekken⁶³ met regio's worden de overeenkomsten en verschillen tussen de Versnellers-aanpakken van de wachttijden in de ggz in de 20 regio's zichtbaar. Zoals eerder beschreven zijn de regio's grotendeels eensgezind over de droom en de impactdoelen, waar zij met hun aanpakken uiteindelijk aan willen bijdragen. Om dit te bereiken

62 Wat niet betekent dat elke regio al deze doelen ook nastreeft; dikwijls ligt de focus op één of enkele van deze doelen.

63 Met elke regio is een startgesprek gevoerd om de beoogde doelen van de Versnellers-aanpak gestructureerd en eenduidig in kaart te brengen.

voeren de versnellers in alle regio's vergelijkbare inventariserende, verbindende, activerende en procesbegeleidende activiteiten uit, die moeten resulteren in een goed functionerende governance-structuur, in vertrouwen, urgentiebesef en bereidheid bij de betrokken partijen, en in haalbare en uitvoerbare plannen om de wachttijden in de ggz aan te pakken. Analyse van deze plannen laten overeenkomsten en verschillen tussen de regio's zien in het type en aantal mechanismen dat wordt ingezet in de wachttijdenaanpak, en de effecten die hiermee worden beoogd. Deze overeenkomsten en verschillen worden hieronder toegelicht.

3.3.1 Wat zijn de overeenkomsten tussen de Versnellers-aanpakken?

Figuur 3.2 laat zien waar de zwaartepunten van de Versnellers-aanpakken liggen. Hiervoor is nagegaan hoeveel procent van de 20 regio's zich in hun aanpak op een mechanisme of beoogd effect richt. Het blijkt dat vier mechanismen onderdeel vormen van de aanpak van minimaal de helft van de regio's. Verder blijkt dat vijf effecten door minimaal de helft van de regio's wordt nagestreefd. Deze vier mechanismen en vijf effecten geven de zwaartepunten aan van de Versnellers-aanpakken. Door te klikken op de 'i-tjes' bij deze zwaartepunten, wordt duidelijk om welke specifieke mechanismen of beoogde effecten het vooral gaat⁶⁴.

Zwaartepunten qua mechanismen liggen aan de voorkant van de ggz

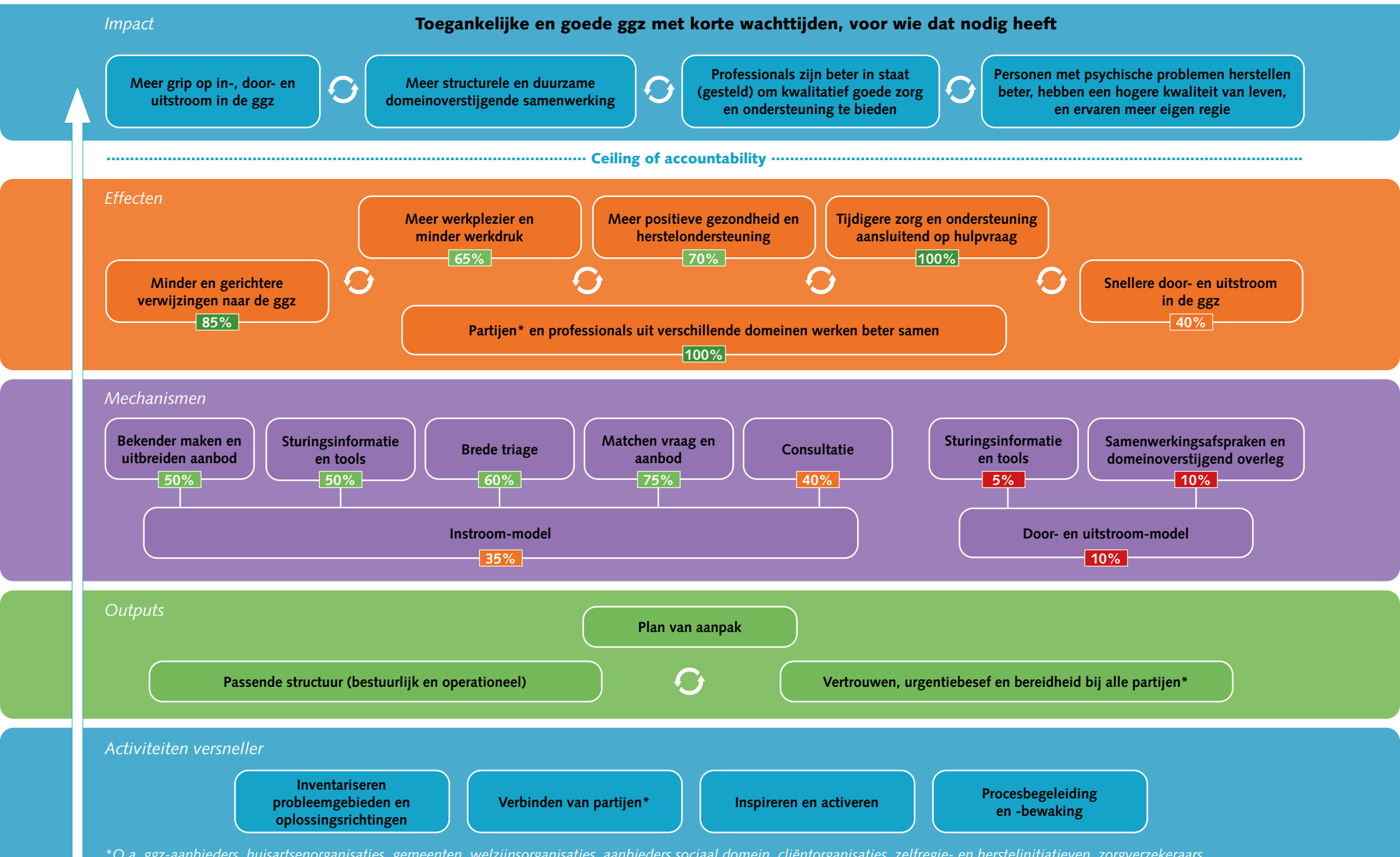
Op het niveau van mechanismen ligt de focus van de Versnellers-aanpakken duidelijk bij de instroomkant van de ggz, en niet bij de door- en uitstroomkant. Met driekwart van de regio's (n=15) ligt het zwaartepunt qua mechanisme het sterkst bij het beter bij elkaar brengen van vraag en aanbod. Bijna al deze regio's (87%) proberen dit te bereiken door het ontwikkelen of verder optimaliseren van een domeinoverstijgend overlegtafel (casusoverleg). Het blijkt verder dat 60% (n=12) van de regio's in hun aanpak inzetten op brede triage via het verkennend gesprek. Verder richt de helft van de regio's (n=10) zich op het bekender maken en/of uitbreiden van beschikbaar aanbod, waarbij het vooral gaat om het inzichtelijker maken van voorzieningen in het sociaal domein en om het bekender maken, het uitbreiden en/of breder uitrollen van digitaal aanbod en zelfregie- en herstelinitiatieven. De inzet van sturingsinformatie en tools voor instroom is een ander mechanisme wat in 10 regio's onderdeel vormt van hun aanpak. Qua sturingsinformatie gaat het vooral om een actueel inzicht in wachttijden en -lijsten, gevolgd door een actueel inzicht in de vraag naar, en het aanbod van ggz. Vijf van de 10 regio's ontwikkelen, of gebruiken reeds ontwikkelde digitale tools die helpen bij het matchen van vastgestelde hulpvragen en het beschikbare aanbod (ggz of anderszins).

Zwaartepunten qua effecten liggen op het bereiken van betere domeinoverstijgende samenwerking en vroegere zorg of ondersteuning aansluitend op de hulpvraag

Op het niveau van effecten blijkt dat alle 20 regio's met hun Versnellers-aanpak een betere regionale domeinoverstijgende samenwerking willen bereiken, dus ongeacht welke mechanismen onderdeel zijn van hun aanpak. Een betere kennis van elkaars aanbod (60%) en elkaar beter weten te vinden (60%) worden het vaakst als beoogde specifieke effecten genoemd op dit gebied. Een ander effect dat door alle 20 Versnellers-aanpakken wordt nagestreefd is dat hulpvragers vroegere zorg of ondersteuning ontvangen, en die óók goed aansluit op de hulpvraag. Meer specifiek wordt hier door veruit de meeste regio's (90%) beoogd om meer hulpvragers vroeg en aansluitend op hun hulpvraag toe te leiden naar aanbod in het sociaal domein, zelfregie- en herstelinitiatieven, of preventief/ zelfhulp aanbod (90%).

64 In bijlage 3 worden deze specifieke mechanismen en beoogde effecten met percentages gepresenteerd in een niet-interactieve figuur.

Figuur 3.2 Het percentage regio's (van in totaal 20 regio's) dat zich in de Versnellers-aanpak richt op een mechanisme of beoogd effect. Door te klikken op de 'i-tjes', verschijnt informatie over specifieke mechanismen of beoogde effecten. (Om de interactiviteit te gebruiken, download dit rapport en bekijk het in de Acrobat Reader).



*O.a. ggz-aanbieders, huisartsenorganisaties, gemeenten, welzijnsorganisaties, aanbieders sociaal domein, cliëntorganisaties, zelfregie- en herstelinitiatieven, zorgverzekeraars

Gezien de focus van de Versnellers-aanpakken op mechanismen aan de instroomkant van de ggz, is het niet verrassend dat vanuit de meeste regio's (85%; n=17) streven naar minder en gerichtere verwijzingen naar de ggz. Deze regio's beogen dit te bereiken door het aantal 'onnodige' verwijzingen van de huisarts naar de ggz te verminderen, en het aantal hulpvragers dat wordt 'afgebogen' naar het sociaal domein, zelfregie- en herstelinitiatieven, of zelfhulp te verhogen⁶⁵. Dat het de regio's hierbij niet enkel gaat om het 'plat' afbuigen van de instroom in de ggz, maar ook om de kwaliteit van toeleiding naar beschikbaar aanbod blijkt uit de hierboven genoemde bevinding dat alle regio's beogen dat hun aanpak ertoe leidt dat meer hulpvragers tijdige zorg of ondersteuning ontvangen, en die óók goed aansluit op de hulpvraag.

Het blijkt verder dat de meeste regio's (70%; n=13) verwachten dat hun Versnellers-aanpak ertoe leidt dat zorg of ondersteuning meer verleend wordt vanuit inzichten van positieve gezondheid en herstelbevordering. Meer specifiek veronderstellen deze regio's vooral dat professionals meer gaan denken en handelen vanuit deze inzichten (93%). Specifieke effecten op het niveau van hulpvragers in termen van het zich meer bewust zijn van de eigen hulpvraag en het beter toegerust zijn om daar zelf regie op te pakken worden in mindere mate nagestreefd, alhoewel wel nog door de helft van deze regio's.

Ten slotte verwacht twee derde van de regio's (65%) dat hun aanpak leidt tot meer werkplezier en/of minder werkdruk onder professionals. Het zwaartepunt ligt daarbij duidelijk bij het bereiken van meer werkplezier en aanverwante zaken zoals meer voldoening en motivatie.

Weinig aandacht voor door- en uitstroom in de ggz

Met het beschrijven van de zwaartepunten in de Versnellers-aanpakken van de 20 regio's, wordt tegelijkertijd ook duidelijk welke elementen in de verandertheorie minder of weinig aandacht krijgen. Het meest opvallende is dat slechts twee regio's (10%) zich qua mechanismen richten op de door- en uitstroom in de ggz. Dit vertaalt zich door naar het niveau van effecten: in minder dan de helft van de regio's (40%) wordt een snellere door- en uitstroom in de ggz nagestreefd. Dat dit percentage van 40% wel beduidend hoger is dan de 10% op het niveau van uitstroom-mechanismen, wordt verklaard doordat sommige regio's veronderstellen dat hun aanpak gericht op het 'indammen' van de instroom in de ggz, via het vrijkomen van capaciteit ook gaat bijdragen aan een snellere door- en uitstroom van cliënten in de ggz.

3.3.2 Wat zijn de verschillen tussen de Versnellers-aanpakken?

In de voorgaande paragraaf is duidelijk geworden dat er veel overeenkomsten bestaan tussen de Versnellers-aanpakken van de 20 regio's, oftewel het merendeel volgt een grotendeels vergelijkbare veranderstrategie. Dit neemt niet weg dat er verschillen bestaan wat betreft ingezette mechanismen en beoogde effecten. Er kunnen vier varianten van Versnellers-aanpakken worden onderscheiden:

1. Er zijn een aantal regio's (n=6) die zich met hun Versnellers-aanpak volledig richten op het toeleiden van mensen met een psychische hulpvraag naar ggz of ander aanbod, en daarbij uitgaan van nieuw ontwikkelde, overkoepelende instroom-modellen die meerdere mecha-

⁶⁵ De woorden 'onnodig' en 'afgebogen' staan tussen aanhalingstekens om nogmaals te benadrukken dat het gaat om aannames waarvan in regio's wordt uitgegaan.

nismen omvatten en met elkaar in verbinding brengen. Zo wordt in Noord-, Midden- en Zuid-Limburg een grotendeels vergelijkbaar instroom-model⁶⁶ uitgetest en doorontwikkeld, met als belangrijke mechanismen onder andere: het uitvoeren van brede triage via verkennende gesprekken, het matchen van vraag en aanbod via domeinoverstijgende overlegtafels (casus-overleg) en het bieden van consultatiemogelijkheden vanuit de ggz aan de huisarts. Ook in de regio's Flevoland, Arnhem en Nijmegen⁶⁷ wordt een nieuw instroom-model gepiloted, onder de noemer van het Centraal ToeleidingsPunt (CTP). Ten opzichte van het instroom-model in Limburg kent het CTP een wat smallere scope omdat een domeinoverstijgend casusoverleg er (vooralsnog) geen onderdeel van uitmaakt. De zes regio's beogen alle vijf van de zes effecten in de verandertheorie. Slechts één regio ziet ook een snellere door- en uitstroom in de ggz als een beoogd effect.

2. Een groot aantal andere regio's (n=12) focust met hun Versnellers-aanpak ook op de toeleiding van hulpvragers naar ggz of ander aanbod, maar focussen zich op één of meer losse mechanismen (en gaan dus niet uit van een instroom-model dat overkoepelende kaders aangeeft). Daarbij verschillen deze regio's aanzienlijk wat betreft het aantal mechanismen dat wordt ingezet, variërend van één mechanisme (de smalste scope; n=3)⁶⁸, via twee (n=3)⁶⁹ of drie mechanismen (n=3), tot vier mechanismen (de breedste scope; n=3). Bij de drie regio's die zich tot één mechanisme beperken gaat het om het beter bij elkaar brengen van vraag en aanbod via het optimaliseren van bestaande transfer- en/of overlegtafels. Met uitzondering van één regio, zetten alle overige regio's ook in op dit mechanisme, maar combineren zij dat dus met één of meerdere andere mechanismen, zoals sturingsinformatie in de vorm van actuele informatie over wachttijden en -lijsten, het bekender maken van het aanbod in het sociaal domein, brede triage via het verkennend gesprek en consultatiemogelijkheden vanuit de ggz aan de huisarts. Welke combinatie van mechanismen wordt ingezet, verschilt per regio.

Gegeven dat het aantal ingezette mechanismen behoorlijk verschilt tussen de 12 regio's, valt op dat er op het niveau van effecten minder variatie bestaat. Eén regio waarin alleen wordt ingezet op het doorontwikkelen van het bestaande transfermechanisme, is bescheiden in termen van de veronderstelde effecten. Echter, de overige regio's beogen met hun aanpak drie tot vijf effecten te sorteren van de in totaal zes beoogde effecten van de verandertheorie. Dit geldt ook voor de regio's die een (zeer) smalle insteek kennen qua inzet van mechanismen. Alle 12 regio's veronderstellen dat hun aanpak gaat bijdragen aan betere domeinoverstijgende samenwerking en het realiseren van tijdiger zorg of ondersteuning voor hulpvragers, die ook goed aansluit op hun hulpvraag. Andere relatief vaak genoemde effecten zijn minder en gerichtere verwijzingen naar de ggz (75% van de regio's) en dat professionals meer gaan denken en handelen vanuit inzichten van positieve gezondheid en herstelondersteuning (50% van de regio's).

66 Het instroom-model van Zuid-Limburg vormde de inspiratie voor de modellen in Noord- en Midden-Limburg.

67 Voor de regio's Arnhem en Nijmegen gaat het om een gezamenlijk CTP.

68 Waaronder een regio met een startsubsidie.

69 Waaronder een regio met een startsubsidie.

3. De regio Utrecht heeft een onderscheidende Versnellers-aanpak omdat deze gericht is op de door- en uitstroom in de ggz. Uitgaande van een ontwikkelde visie op door- en uitstroom die breed wordt gedragen, wordt een werkwijze ontwikkeld en uitgetest om de door- en uitstroom in de ggz te bevorderen, met ondersteuning van dashboards die inzichtelijk maken welke cliënten mogelijk kunnen door- en uitstromen. De dashboards zijn een hulpmiddel, het samen beslissen met cliënten en het inhoudelijke oordeel van de professional zijn leidend. Ondanks de relatief smalle scope qua mechanismen, streeft de regio Utrecht met haar aanpak wel vijf van de zes beoogde effecten van de verandertheorie na. Weinig verrassend is dat minder en gerichtere verwijzingen naar de ggz het enige effect is dat niet wordt benoemd als beoogd effect in deze regio.
4. De regio Apeldoorn-Zutphen onderscheidt zich ten slotte juist doordat in de Versnellers-aanpak zowel aandacht is voor de toeleiding van hulpvragers naar ggz of ander aanbod als voor de door- en uitstroom van cliënten in de ggz, beide aan de hand van een overkoepelend model. Met andere woorden: deze regio zet vrijwel alle mechanismen in die worden onderscheiden in de verandertheorie, en met deze brede aanpak worden alle zes effecten beoogt zoals onderscheiden in de verandertheorie.

3.4 Samenvatting

De Versnellers-aanpakken in de 20 regio's zijn gebaseerd op het idee dat de inventariserende, verbindende, activerende, en procesbegeleidende activiteiten van de versnellers, via een aantal tussenstappen, zullen gaan bijdragen aan een toegankelijke en goede ggz voor wie dat nodig heeft. Met de activiteiten van de versnellers is in de regio's allereerst toegewerkt naar een goed functionerende governance-structuur waarbij zoveel mogelijk relevante partijen zijn aangehaakt en waarbij er sprake is van onderling vertrouwen, alsook bereidheid en urgentiebesef om te veranderen. Dit heeft uitgemondd in een gezamenlijk plan van aanpak wat als basis heeft gediend voor de (door)ontwikkeling en implementatie van concrete mechanismen die allen gericht zijn op het realiseren van een snellere en betere toeleiding van hulpvragers naar ggz of ander aanbod. Wat de mechanismen daarnaast als gemeenschappelijk doel hebben, is dat allen beogen om domeinoverstijgend samenwerking in de regio te verbeteren. Hetzij 'direct' in de zin dat het een mechanisme is waaraan professionals uit verschillende domeinen gezamenlijk uitvoering geven (zoals een overlegtafel of een verkennend gesprek), hetzij 'indirect' in de zin dat het een mechanisme is dat interdisciplinaire samenwerking ondersteunt (zoals een actueel inzicht hebben in wachttijden en beschikbaar aanbod).

Het valt op dat vrijwel alle regio's zich hoofdzakelijk richten op de 'instroom'-kant van de ggz, waarbij de domeinoverstijgende overlegtafel en het verkennend gesprek eruit springen als veelgebruikt mechanisme. Slechts twee regio's hebben aandacht voor mechanismen gericht op de door- en uitstroom van cliënten in de ggz. Kijkend naar de regio's die zich focussen op de instroom, varieert de scope van hun Versnellers-aanpak: terwijl sommige regio's uitgaan van slechts één of twee mechanismen, gaan andere regio's uit van overkoepelende instroom-modellen die meerdere mechanismen omvatten en met elkaar verbinden. In de meeste regio's, dus ook de regio's met een smalle insteek qua mechanismen, is de verwachting dat hun aanpak leidt tot minder en gerichtere verwijzingen naar de ggz, vooral doordat meer hulpvragers tijdig en aansluitend op

hun hulpvraag worden toegeleid naar het sociaal domein, zelfregie- en herstelinitiatieven, of preventief/zelfhulp aanbod.

Geconstateerd kan worden dat de meeste regio's met hun Versnellers-aanpak een grotendeels vergelijkbare veranderstrategie volgen, verschillen in scope daargelaten. Hiermee worden ook de achterliggende aannames verduidelijkt waarvan veel regio's uitgaan. Ten eerste wijst de centrale rol van domeinoverstijgende samenwerking in alle lagen van de veranderstrategie erop dat dit als een essentieel element wordt gezien om de wachttijden in de ggz te verkorten. Dit is ook niet verrassend gegeven de focus van het ZonMw-programma op het verbeteren van de regionale samenwerking. Verder inzoomend valt wel op dat de concrete samenwerkingsmechanismen zich vooral richten op het beter triageren of verplaatsen van hulpvragers, en minder op betere interdisciplinaire samenwerking in de behandeling, begeleiding of ondersteuning van hulpvragers.

Een tweede achterliggende aanname van veel regio's is dat het verplaatsen en afbuigen van de instroom in de ggz substantieel zal gaan bijdragen aan kortere wachttijden voor hulpvragers die ggz nodig hebben. Hierbij is de veronderstelling dat een aanzienlijk deel van de wachtenden eigenlijk niet thuishoren in de ggz en beter geholpen of ondersteund zouden kunnen worden via voorzieningen in het sociaal domein, via zelfregie- of herstelinitiatieven, via zelfhulp aanbod, et cetera⁷⁰. De aanname is dat via bijvoorbeeld verkennende gesprekken deze 'onnodige' verwijzingen naar de ggz kunnen worden voorkómen. De gedachte is dat middels deze gesprekken de hulpvragen van personen breder en beter in kaart worden gebracht, waardoor de personen voor wie zorg of ondersteuning buiten de ggz passend zou zijn hier tijdig naar worden toegeleid. De verwachting is dat de naar deze zorg of ondersteuning toegeleide hulpvragers hier daadwerkelijk baat van hebben in hun herstelproces. Ten slotte is een andere breed gedeelde verwachting dat personen met meer complexe hulpvragen via een domeinoverstijgende overlegtafel sneller kunnen worden toegeleid naar (aanvullende) zorg of ondersteuning binnen of buiten de ggz die goed aansluit op hun hulpvraag, en dus helpend is in hun herstelproces.

In het vervolg van het evaluatietraject zullen we meer licht werpen op de vraag in hoeverre al deze achterliggende aannames kloppen, en welke factoren hierbij van invloed zijn. In de eerste fase van het evaluatietraject is hier een eerste indruk van verkregen door ervaringen van betrokkenen uit regio's op te halen tijdens een eerste ronde van reflectiebijeenkomsten. De bevindingen worden beschreven in het volgende hoofdstuk.

70 Deze aanname impliceert tegelijkertijd dat er een duidelijk idee is over de hulpvragers voor wie de ggz écht nodig is.

4 Reflectie door betrokkenen op de Versnellers-aanpakken van wachttijden in de ggz

4.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft hoe verschillende betrokken partijen reflecteren op de gehanteerde Versnellers-aanpakken in hun regio. Eind mei en begin juni 2024 werden daartoe drie reflectiebijeenkomsten georganiseerd voor drie doelgroepen deelnemers: 1) versnellers, 2) ervaringsdeskundigen en cliëntenvertegenwoordigers, en 3) praktijkprofessionals⁷¹.

4.1.1 Aanpak

De bijeenkomst voor de versnellers (negen deelnemers uit negen verschillende regio's) duurde 60 minuten en vond fysiek plaats als onderdeel van hun vaste, periodieke overleg dat wordt georganiseerd door de Stuurgroep Toegankelijkheid en Wachttijden ggz. De uitnodigingen voor de reflectiebijeenkomsten voor de andere twee doelgroepen werden verspreid via het netwerk van de versnellers, wegvandewachtlijst.nl en herhaalde LinkedIn oproepen via de (organisaties van de) leden van het evaluatieteam. Voorwaarde voor deelname was dat de deelnemers betrokken waren bij de Versnellers-aanpak van de wachttijden in de ggz in hun regio. De bijeenkomsten voor de ervaringsdeskundigen en cliëntenvertegenwoordigers (acht deelnemers uit zeven verschillende regio's) en de praktijkprofessionals (28 deelnemers, onbekend uit hoeveel verschillende regio's) duurden 90 minuten en vonden online via Teams plaats⁷². De helft van de deelnemende praktijkprofessionals was werkzaam in de ggz⁷³ (als vrijgevestigde of bij een ggz-instelling), zes deelnemers waren werkzaam in de huisartsenzorg of in de eerstelijnszorg, en vijf deelnemers waren werkzaam in het sociaal domein. Van de overige drie deelnemers was de setting waarin zij werkten onbekend.

Tijdens de reflectiebijeenkomsten werden eerst het doel en de opzet van het evaluatietraject van de Versnellers-aanpakken van de wachttijden in de ggz kort toegelicht. Daarbij werd ook een conceptversie van de ontwikkelde overkoepelende verandertheorie van de Versnellers-aanpakken gepresenteerd, inclusief een toelichting over waar men in de meeste regio's (vooral) actief mee is (geweest) binnen deze aanpakken. Deelnemers konden hierop reageren. Vervolgens werd in subgroepen van drie tot vijf deelnemers onder begeleiding van een gespreksleider uit het evaluatieteam via een werkvorm met vier vragen (zie figuur 4.1) gediscussieerd over wat volgens betrokkenen uit de verschillende regio's belangrijke succesfactoren zijn in de huidige aanpak van de wachttijden in de ggz, en wat belangrijke factoren zijn om de aanpak in de nabije toekomst

71 Uit ggz, huisartsenpraktijk of sociaal domein. Ervaringsdeskundigen of cliëntenvertegenwoordigers werden uitgezonderd, omdat voor hen een aparte bijeenkomst werd georganiseerd.

72 Ervaringsdeskundigen en cliëntenvertegenwoordigers ontvingen een cadeaubon van 30 euro voor deelname. Versnellers en praktijkprofessionals ontvingen geen vergoeding voor deelname.

73 Dit is mogelijk een weerspiegeling van de mate van betrokkenheid van de verschillende domeinen bij de regionale wachttijstaanpakken: de projectleiders/hoofdaanvragers van de Versnellers-projecten zijn meestal afkomstig uit de ggz, evenals de voorzitters van de regionale taskforces.

succesvol(ler) te laten zijn. Deze werkvorm resulteerde per subgroep in minimaal drie “tegeltjeswijsheden”, die vervolgens plenair werden teruggekoppeld en besproken. Bij de bijeenkomst met de versnellers is het eerste, meer toelichtende gedeelte overgeslagen vanwege de beperktere beschikbare tijd. Tevens waren de versnellers al op de hoogte van het doel en de opzet van het evaluatietraject, en hadden zij tijdens een eerdere bijeenkomst al gereflecteerd op (een eerdere versie van de) de verandertheorie.

Figuur 4.1. Werkvorm tegeltjeswijsheden

1. WAT ZIJN VOOR JOU BELANGRIJKE SUCCESFACTOREN IN DE AANPAK VAN DE WACHTTIJDEN IN DE GGZ IN JOUW REGIO? EN WAAROM?	2. WELK POSITIEF VOORBEELD UIT HET AFGELOPEN JAAR IN DE AANPAK VAN DE WACHTTIJDEN IN DE GGZ KAN JE DELEN?
	
3. WAT IS ER NODIG OM OVER EEN JAAR MEER VAN DIT SOORT VOORBEELDEN TE KUNNEN VERTELLEN?	4. BRAINSTORM: ALS JE DAT WAT JE GEHOORD HEBT ZOU VERWOORDEN IN EEN TEGELTJESWIJSHEID, WAT ZOU JE DAN OPSCHRIJVEN? SCHRIJF DIT OP EEN TEGELTJE. DENK BIJVOORBEELD AAN: <i>BETER EEN GOEDE BUUR DAN EEN VERRE VRIEND</i>

4.1.2 Analyse en rapportage

Er is tijdens de drie reflectiebijeenkomsten genotuleerd, en van de twee online bijeenkomsten zijn ook opnames gemaakt. Op basis van de resulterende verslagen zijn overkoepelende thema's geïdentificeerd. Allereerst komen thema's naar voren die gaan over wat deelnemers ervaren als potentieel werkzame elementen van de Versnellers-aanpak in hun regio's, en wat hierbij beïnvloedende factoren zijn. Paragraaf 4.2 gaat hierop in. Verder bleek tijdens de bijeenkomsten dat deelnemers vinden dat bepaalde elementen die belangrijk zijn in de aanpak van de wachttijden in de ggz ontbreken of te weinig aandacht krijgen in de Versnellers-aanpakken, en bijgevolg ook in de overkoepelende verandertheorie hiervan. Ook brengen de deelnemers enkele contextfactoren naar voren, oftewel externe factoren die het behalen van de doelen van de Versnellers-aanpakken kunnen faciliteren of belemmeren. In paragraaf 4.3 wordt stilgestaan bij de benoemde contextfactoren en elementen die geen of weinig aandacht krijgen in de Versnellers-aanpakken.

4.2 Wat zijn potentieel werkzame elementen van de Versnellers-aanpakken?

De tijdens de reflectiebijeenkomsten naar voren gebrachte potentieel werkzame elementen in de Versnellers-aanpakken corresponderen met bepaalde bouwstenen van de overkoepelende verandertheorie (zie Hoofdstuk 3). Het gaat hierbij op het niveau van 'effecten' om 'betere domeinoverstijgende samenwerking'. Op het niveau van 'mechanismen' gaat het om 'brede triage', 'matchen van vraag en aanbod', en 'het bekender maken en uitbreiden van aanbod'. Deze vier onderwerpen worden in de volgende paragrafen toegelicht. Over het algemeen vinden de deelnemers dat er nog (te) weinig inzicht is in de daadwerkelijke impact op de wachttijden om harde uitspraken te kunnen doen.

4.2.1 Betere domeinoverstijgende samenwerking als centraal element

Tijdens elk van de drie reflectiebijeenkomsten wordt een verbeterde domeinoverstijgende samenwerking tussen ggz, huisartsenzorg, sociaal domein en andere partijen als een belangrijk algemeen potentieel werkzaam element van de Versnellers-aanpakken genoemd. Betere domeinoverstijgende samenwerking zou kunnen leiden tot minder verwijzingen naar, en dus minder instroom in de ggz, met name doordat hulpvragers tijdiger worden toegeleid naar ander aanbod dat beter aansluit op hun hulpvraag. Daarnaast kan het volgens de deelnemers leiden tot meer motivatie en werkplezier bij betrokken professionals uit verschillende domeinen, bijvoorbeeld doordat zij minder het idee hebben er alleen voor te staan. Het gegeven dat veruit de meeste tegeltjeswisheden (17 van de in totaal 40, dus 43%) uit de drie reflectiebijeenkomsten betrekking hebben op het thema domeinoverstijgende samenwerking geeft aan dat het als een centraal element van de Versnellers-aanpakken wordt beschouwd. Figuur 4.2 toont drie voorbeelden van tegeltjeswisheden die binnen het thema zijn genoemd (zie tabel 1 in bijlage 4 voor alle tegeltjeswisheden en een toelichting daarbij).

Figuur 4.2 Voorbeelden van tegeltjeswisheden⁷⁴ rondom het thema "domeinoverstijgende samenwerking"



Er worden door de deelnemers aan de reflectiebijeenkomsten verschillende (rand)voorwaardelijke factoren genoemd die nodig zijn om tot een succesvolle domeinoverstijgende samenwerking in de regio te komen. Deze worden hieronder beschreven.

⁷⁴ Toelichting bij het derde tegeltje: transparantie en vertrouwen zijn volgens de deelnemers belangrijk in de samenwerking. De belangen van alle organisaties (individueel of als sector) moeten boven tafel komen.

Alle partijen aan tafel

Het wordt van belang geacht dat alle relevante partijen onderdeel uitmaken van de domeinoverstijgende samenwerking. Sommige deelnemers geven aan dat dit bij enkele partijen lastig(er) is te realiseren, waaronder zorgverzekeraars, vrijgevestigde ggz-professionals/-aanbieders, gemeentes en ervaringsdeskundigen of cliëntenvertegenwoordigers. Deze moeilijkheid kan er mee te maken hebben dat dit een nieuwe samenwerkingspartner is, of dat deze partij zelf weer uit verschillende “sub”-partijen bestaat. Er zijn in een regio vaak veel kleinere vrijgevestigde ggz-professionals, of meerdere gemeentes waarmee moet worden samengewerkt. Sommige deelnemers vertellen dat in hun regio de vrijgevestigden zich onderling hebben verenigd, waardoor zij nu ook beter kunnen aansluiten in de regionale samenwerking.

Ervaringsdeskundigen en cliëntenvertegenwoordigers voelen zich of zijn⁷⁵ ook nog niet altijd een (gelijkwaardig) onderdeel van de domeinoverstijgende samenwerking. Zij vinden dat andere professionals hun expertise of aanbod nog niet altijd serieus nemen of op waarde schatten of daarvan niet op de hoogte zijn. Of zij menen dat de (meestal uit de ggz afkomstige) kartrekkers van de Versnellers-projecten (de financiering voor) hun inzet onvoldoende (vanaf het begin) hebben opgenomen in hun projectplan en -begroting. Zij ervaren in ieder geval in verschillende regio's (veel) moeite om “aan tafel” te komen. Ze zijn van mening dat hun inbreng in de regionale wachtlijstaanpak wel van belang is, omdat zij bijvoorbeeld bijdragen aan een herstelgerichte visie op psychische problemen.

Een cliëntenvertegenwoordiger: *“Heel gek dat je je voet tussen de deur moet zetten. Terwijl als het over samenwerking gaat, dan moet de deur open staan”.*

Het belang van “zachte factoren”

Er wordt door deelnemers vaak gesproken over het belang van zogenaamde “zachte factoren” om tot een succesvolle domeinoverstijgende samenwerking in de regio te komen. Zo wijzen zij erop dat het essentieel is dat er bij de betrokken partijen sprake is van een gezamenlijk doel en een gedeelde verantwoordelijkheid rondom het aanpakken van de wachttijden in de ggz (waar voorheen vaak naar elkaar werd gewezen door verschillende regionale partijen rondom de zorg en ondersteuning voor hulpvragers met psychische problemen). Voorbeelden van andere zachte kanten van de samenwerking zijn: gelijkwaardigheid, nieuwsgierigheid, (goed) luisteren, urgentiebesef en transparantie over onderlinge belangen.

Regievoerende, activerende en verbindende rol

Om de benodigde verandering aan te zwengelen wordt het door de deelnemers ook belangrijk gevonden dat er (onafhankelijk) iemand is die daar regie op voert, die continu de partijen activeert en bij elkaar brengt. De deelnemers aan de reflectiebijeenkomsten vinden het stimulerende effect dat de versneller heeft (gehad) op de regionale domeinoverstijgende samenwerking dan ook van groot belang en wijzen ook op het belang dat een dergelijke rol ingevuld blijft na afloop van de Versnellers-subsidie.

75 Uit de 20 Versnellers-regio's namen in totaal acht ervaringsdeskundigen/cliëntenvertegenwoordigers deel aan de reflectiebijeenkomst, tegenover 28 praktijkprofessionals. Mogelijk is deze lagere opkomst ook een aanwijzing voor hun lagere betrokkenheid in de regio's.

Actiemodus

Het belang van “gewoon doen” (bijvoorbeeld via pilots) en niet alleen maar blijven praten of overleggen wordt door de deelnemers van elk van de drie reflectiebijeenkomsten belangrijk gevonden om de doelen van de Versnellers-aanpakken te bereiken, waaronder betere domeinoverstijgende samenwerking. De versnellers en praktijkprofessionals geven aan dat er soms sneller actie kan worden ondernomen door professionals op de werkvloer die zelf initiatief tonen, zonder (eerst) te (blijven) wachten op formaliteiten, zoals een formeel plan, financiering of een bestuurlijke opdracht. Tegelijkertijd wordt door sommige deelnemers aangegeven dat om dingen écht voor elkaar te krijgen, er in de regio iemand met doorzettingsmacht⁷⁶ zou moeten zijn aangesteld.⁷⁷ Wie deze rol vervult kan per regio verschillen; dit kan de versneller zijn, maar ook iemand anders. Figuur 4.3 toont drie voorbeelden van de in totaal zes (15% van het totaal van 40; zie bijlage 4, tabel 1) tegeltjeswijsheden die rondom het onderwerp actiemodus werden genoemd.

Figuur 4.3 Voorbeelden van tegeltjeswijsheden⁷⁸ rondom het onderwerp “actiemodus”



4.2.2 Specifieke mechanismen als potentieel werkzame elementen

De deelnemers aan de reflectiebijeenkomsten benoemen drie specifieke mechanismen binnen de Versnellers-aanpakken waarvan zij verwachten dat deze zullen bijdragen aan het verkorten van de wachttijden in de ggz. Het gaat om mechanismen gericht op brede triage, het matchen van vraag en aanbod, en het bekender maken en uitbreiden van aanbod.

76 Een persoon die verantwoordelijk is voor het regionale doorzettingsmacht proces, dat tot doel heeft te voorkomen dat hulpvragers die ggz-zorg nodig hebben tussen wal en schip vallen. Zie ook: <https://wegvandewachtlijst.nl/wp-content/uploads/2022/02/Handreiking-RDM-januari-2022.pdf>

77 Dit werd nog gemist in de verandertheorie.

78 Toelichting bij het eerste tegeltje: er wordt veel gepraat, maar er gebeurt weinig. Toelichting bij het tweede tegeltje: iets moet wel uitgevoerd worden. Toelichting bij het derde tegeltje: experimenteren is vallen en opstaan.

Brede triage via het verkennend gesprek

De deelnemers van de drie reflectiebijeenkomsten zijn in principe positief over een brede triage via het verkennend gesprek dat in diverse regio's onderdeel uitmaakt van de Versnellers-aanpak. Het idee is dat het verkennend gesprek kan bijdragen aan minder instroom in de ggz, doordat de hulpvraag bij mensen met psychische problemen via een brede triage in kaart wordt gebracht zodat – wanneer passend – tijdig toegeleid kan worden naar zorg of ondersteuning buiten de ggz (bijvoorbeeld in het sociaal domein of via ervaringsdeskundigheid). In sommige gevallen kan het ook gaan om toeleiding naar aanbod als aanvulling op een lopende ggz-behandeling. In de regio's van sommige deelnemers is het verkennend gesprek ingebed in een zogeheten Centraal ToeleidingsPunt (CTP). In het CTP werken verschillende disciplines samen, zoals klinisch psychologen, GZ-psychologen, ervaringsdeskundigen en professionals van wijkteams. Zij screenen de verwijzing van de huisarts, voeren het verkennende gesprek en bepalen vervolgens samen met de cliënt waar deze het beste geholpen kan worden. Een meerwaarde van het CTP is volgens de deelnemers dat hier een volledig overzicht is van het beschikbare aanbod in de regio (sociale kaart) en van de wachttijden van de verschillende instellingen. Dit in tegenstelling tot de individuele huisarts die (mede vanwege tijdgebrek) in de regel uitgaat van een beperkte lijst met bekende verwijsopties. Bij het CTP moet volgens de deelnemers een volledig en actueel inzicht zijn in de wachttijden binnen het lokale aanbod, zodat kan worden toegeleid naar een locatie waar op dat moment voldoende capaciteit is. In sommige regio's worden 'centrale verwijsafspraken' gemaakt: dit zijn afspraken tussen huisartsen en de ggz in de regio rondom verwijzingen, o.a. over de eisen waaraan verwijzingen moet voldoen, hoe de samenwerking wordt vormgegeven en wat verschillende partijen van elkaar (mogen) verwachten rondom verwijzen. Figuur 4.4 laat drie voorbeelden zien van de in totaal drie (7,5% van de 40) tegeltjeswijsheden die rondom het onderwerp brede triage werden genoemd tijdens de reflectiebijeenkomsten (zie bijlage 4, tabel 1 voor alle tegeltjeswijsheden en een toelichting daarbij).

Figuur 4.4 Tegeltjeswijsheden⁷⁹ rondom het thema “brede triage”



Deelnemende ervaringsdeskundigen en cliëntenvertegenwoordigers geven aan dat hun bijdrage bij het verkennend gesprek de meerwaarde daarvan kan vergroten. Sommige van hen twijfelen of de verkennende gesprekken in hun regio's momenteel niet alsnog te vaak met een “ggz bril” op worden gevoerd, omdat zij veelal door (in enkele dagen getrainde) ggz-professionals worden uitgevoerd. Zij vinden dat ze te weinig worden betrokken bij de gesprekken, terwijl zij als partij

⁷⁹ Toelichting bij het eerste tegeltje: er moet een cultuuromslag in (denken over) ggz-behandeling komen.

juist een waardevolle bijdrage kunnen leveren vanuit een herstelgerichte en normaliserende visie. Ook vormen zij een link naar ondersteuningsaanbod door ervaringsdeskundigen.

Een ervaringsdeskundige: *"De professionals⁸⁰ moeten de deur openzetten voor ons. Hier gaat het best oké, maar er is nog winst te behalen. Het is een ego-dingetje, ze moeten hun expertise gaan delen, dat is een transformatie."*

Matchen van vraag en aanbod via overlegtafel

De overlegtafel met casuïstiekbespreking die meestal onderdeel uitmaakt van de regionale Versnellers-aanpakken wordt door de meeste deelnemers als een potentieel werkzaam element gezien. Zij vinden het een nuttig instrument, omdat bijvoorbeeld voor hulpvragers met complexere problemen die "vastlopen" in het systeem gezamenlijk wordt gezocht naar passende oplossingen. Ook wordt benoemd dat doordat alle betrokken partijen uit verschillende domeinen op regelmatige basis en op een vast moment met elkaar om de tafel zitten, zij steeds bekender raken met elkaar en elkaars aanbod en werkwijze (en knelpunten daarin), en daardoor ook beter kunnen samenwerken.

Een ggz-professional: *"Ik zit bij twee overlegtafels met versnellers. Dat vind ik hele leuke en inspirerende bijeenkomsten. Bij ons zitten ook vrijgevestigden aan tafel, een vertegenwoordiger van hen, allerlei ggz organisaties, iemand van een instelling voor mensen met een verstandelijke beperking, het sociaal domein. Allemaal in een online meeting. Huisartsen kunnen inbellen met casuïstiek die bijvoorbeeld steeds wordt terugverwezen door de ggz en wat ze stress geeft. Supermooi, samen kunnen we dan eigenlijk altijd wel een handzame aanpak bedenken. Waarbij opvallend genoeg het sociaal domein heel vaak nog niet betrokken is, maar best wat kan betekenen. Soms wordt het ook niet een verwijzing naar de ggz, maar naar de herstelacademie. Ik ben daar heel enthousiast over, omdat het ook huisartsen kan ontlasten."*

Een deelnemer heeft het idee dat in diens regio professionals elkaar nu zo goed kennen, dat zij elkaar ook buiten de overlegtafel beter weten te vinden, en daardoor weer minder casussen hoeven in te brengen. In een andere regio wordt er volgens een deelnemer juist nog te weinig gebruik gemaakt van de overlegtafel, terwijl er door professionals wel veel tijd in wordt gestopt. Dit heeft er mee te maken dat er (met name vanuit de grote ggz-instellingen) nog weinig casussen worden ingebracht.

Bekender maken en uitbreiden van aanbod

Een derde potentieel werkzaam mechanisme van de Versnellers-aanpakken is het bekender maken van al beschikbaar aanbod binnen of buiten de ggz, of het uitbreiden van het aanbod. Een 'warme' overdracht is in ieder geval iets wat genoemd wordt als belangrijk in het verwijzen naar ander aanbod.

Ggz-aanbod

De sociale kaarten van alle ggz-instellingen worden in enkele regio's gebundeld en onderling gedeeld, zodat er (actueel) inzicht is in het volledige aanbod. Dit zou kunnen helpen bij het sneller en juister verwijzen van hulpvragers.

80 Hiermee worden ggz-professionals bedoeld.

Aanbod sociaal domein

Er is volgens deelnemers nog veel onbekendheid onder professionals met het aanbod uit het sociaal domein. De domeinoverstijgende samenwerking, de brede triage en de domeinoverstijgende overlegtafel dragen allen in potentie bij aan het bekender maken van het aanbod in het sociaal domein.

Zelfregie- en herstelinitiatieven

Ook met zelfregie- en herstelinitiatieven lijkt nog veel onbekendheid onder (andere) professionals, waardoor er onvoldoende gebruik van wordt gemaakt. Cliëntenvertegenwoordigers en ervaringsdeskundigen vinden dat er binnen de regionale wachttijdenaanpak vaker mag worden verwezen naar hun aanbod. De bekendheid met dit aanbod vergroten onder andere professionals is volgens hen daarom belangrijk. Daarbij wordt ook aangegeven dat ervaringskennis niet gezien moet worden als vervanging van ggz-behandeling, maar dat het een eigenstandige functie heeft. Dat ervaringsdeskundigheid nog niet altijd door iedereen als een gelijkwaardig aanbod naast ggz-behandeling wordt gezien, blijkt wel uit hoe een deelnemende praktijkprofessional daarover spreekt; als een “krachtige toevoeging”.

Figuur 4.5 toont twee tegeltjeswijsheden die cliëntenvertegenwoordigers en ervaringsdeskundigen hieromtrent aandroegen.

Figuur 4.5 Tegeltjeswijsheden⁸¹ rondom het thema “inzet ervaringsdeskundigheid”



Alternatief aanbod tijdens het wachten

Ondersteuning tijdens het wachten op ggz-behandeling kan volgens de deelnemers aan de reflectiebijeenkomsten voor hulpvragers behulpzaam en waardevol zijn. Dit lost de wachttijden niet op, maar dan kan iemand tijdens het wachten al ergens mee aan de slag. Voorbeelden⁸² die worden genoemd uit de verschillende regio's zijn: de pilot Voorzorg, de Wachtverzachter, Wachtkracht, contact met vrijwilligers of ervaringsdeskundigen via zelfregie- of herstelcentra, groepsaanbod tijdens het wachten, of initiatieven via het wijkteam en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

81 Toelichting bij het eerste tegeltje: voor, tijdens of na ggz-behandeling kan de inzet van ervaringsdeskundigheid van waarde zijn.

82 Onduidelijk is in hoeverre al de genoemde voorbeelden daadwerkelijk onderdeel uitmaken van de Versnellers-aanpakken; mogelijk zijn zij (deels) onderdeel van andere projecten of subsidies.

Tijdens de bijeenkomsten worden enkele voorbeelden van alternatief aanbod tijdens het wachten toegelicht.

Een deelnemer noemt de pilot Voorzorg als onderdeel van de Versnellers-aanpak in de regio Groningen. Dit is een gezamenlijk initiatief van verschillende partijen, waaronder de ggz, de verslavingszorg, welzijn, de zorgverzekeraar en de gemeente. Het gaat om een groepsaanbod voor wachtenden. Met ondersteuning van medewerkers vanuit het sociaal domein en ervaringsdeskundigen gaat men tijdens het wachten al aan de slag met psychosociale problematiek. Dit lijkt goed te werken en helpt wachtenden om uit hun bed te komen. Ook is het voor wachtenden prettig om te merken dat men niet de enige is. Hoewel niet het doel van het groepsaanbod, lijkt in enkele gevallen behandeling in de ggz zelfs niet meer nodig.

Ook de Wachtverzachter en Wachtkracht worden toegelicht tijdens de bijeenkomsten: hierbij kunnen mensen die op de wachtlijst staan alvast activiteiten doen die bij hen passen. Dat lijkt een succes. Sommige hulpvragers lijken bijvoorbeeld zo goed vooruit te gaan, dat ze hierna voldoende hebben aan andere of minder intensieve ondersteuning.

'Wegwijzers' zorg- en ondersteuningsaanbod

Wegwijzers⁸³ zijn werknemers die bij betrokken organisaties uit verschillende domeinen worden aangesteld en die de organisatie goed kennen en een goed zicht hebben op het aanbod binnen en buiten de organisatie. Zij vormen op organisatieniveau een toegankelijk aanspreekpunt voor externen die vragen hebben of willen overleggen, en hebben op die manier een verbindende rol.

4.3 Reflecties op de overkoepelende verandertheorie van de Versnellers-aanpakken van wachttijden in de ggz

Deelnemers aan de reflectiebijeenkomsten benoemen enkele contextfactoren, oftewel externe factoren, die het behalen van de doelen in de verandertheorie faciliteren of belemmeren. Deelnemers vinden ook dat bepaalde elementen die relevant zijn in de wachttijdenaanpak ontbreken of te weinig aandacht krijgen in de Versnellers-aanpakken. Deze onderwerpen worden in de komende twee paragrafen toegelicht.

4.3.1 Wat zijn externe (context)factoren die het behalen van de doelen van de Versnellers-aanpakken kunnen faciliteren of belemmeren?

Deelnemers aan de reflectiebijeenkomsten noemen twee externe (context)factoren waar de Versnellers-aanpakken weinig invloed op kunnen uitoefenen, maar die het behalen van de doelen van de aanpakken wel kunnen helpen of in de weg kunnen staan: een nieuwe kijk op psychisch lijden (bevorderende factor) en financiering (belemmerende factor).

Een nieuwe kijk op psychisch lijden

Als bevorderende factor voor het slagen van de wachttijdaanpak noemen deelnemers een verandering die er gaande is in het veld van zorg en ondersteuning. Hierbij wordt er door professionals

83 Ook hierbij is het onduidelijk in hoeverre dit voorbeeld daadwerkelijk onderdeel uitmaakt van de Versnellers-aanpakken; mogelijk is dit (deels) onderdeel van een ander project of andere subsidie.

anders omgegaan met psychische problematiek; er wordt minder medicaliserend en in hokjes (en DSM-classificaties) gedacht en meer normaliserend en vanuit een herstelvisie, holistisch, en transdiagnostisch perspectief. Deze verandering maakt onder andere dat er – waar passend – wordt gezocht naar andersoortige oplossingen voor (omgaan met) psychische problemen dan behandeling in de ggz. Volgens enkele deelnemende praktijkprofessionals zou een deel van de ggz-behandeling of andere ondersteuning mogelijk overbodig kunnen worden (en daarmee dus een verminderen van de wachttijden worden bereikt), als er (zowel door cliënten als professionals) ook minder vanuit het idee van maakbaarheid wordt gekeken en gehandeld en meer vanuit acceptatie van problemen die niet oplosbaar zijn of bij het leven horen.

Een ggz-professional: *“Elk tijdsgewricht heeft weer zijn eigen dingen. Het gaat nu vooral vaak over: ‘ik ben niet goed genoeg.’ Die hoge lat, alles moet goed gaan. Ook met het meer betrekken van het sociaal domein moeten we ervoor waken dat we denken: ‘Dit is dé oplossing, waarmee we alle mentale problemen gaan oplossen.’ Dan is het wéér iets wat tekortschiet, met alle verwachtingen en druk vanuit de maatschappij. Het hoort ook bij het leven je af en toe minder goed te voelen.”*

De discussie rondom een nieuwe kijk op psychisch lijden resulteerde in de tegeltjeswijsheden in figuur 4.6.

Figuur 4.6 Tegeltjeswijsheden⁸⁴ rondom het thema “een nieuwe kijk op psychisch lijden”



Financiering

De huidige financieringsstromen worden door de deelnemers veelal als belemmerend ervaren voor het effectief aanpakken van de wachttijden. Er is bijvoorbeeld voor veel van de elementen van de regionale Versnellers-aanpakken (nog) geen structurele financiering georganiseerd; deze elementen worden gefinancierd uit tijdelijke (project)gelden. Men is bang dat als bijvoorbeeld de Versneller-rol, de transfer- of overlegtafel, of het CPT niet structureel gefinancierd wordt, er veel opgedane kennis en ervaring weer verdwijnt, en ook dat de regionale samenwerking verwatert.

Het ontbreken van (structurele) financiering kan volgens de deelnemers ook de betrokkenheid van specifieke partijen in de regionale samenwerking belemmeren. Door het ontbreken van (structurele) financiering voor domeinoverstijgende samenwerking of overleg wordt bijvoorbeeld

⁸⁴ Toelichting bij het eerste tegeltje: het hoort ook bij het leven je af en toe minder goed te voelen.

door vrijgevestigde ggz-professionals deelname aan een overlegtafel wel gezien als "*liefdewerk oud papier*". Het gaat voor hen als kleinere organisaties om een relatief grote (tijds)investering. Andere deelnemende vrijgevestigde ggz-professionals zien het ook wel als investeren in een goed doel (namelijk betere zorg voor hulpvragers) of in het eigen professionele netwerk.

In sommige regio's is er welwillendheid om meer met elkaar samen te werken en iets te doen aan de wachttijden, maar is het vanwege de financieringsstructuur lastig om dat om te zetten in concrete acties en concrete programma's. Zo zijn er volgens deelnemers aan de reflectiebijeenkomsten bepaalde vraagstukken die meer opgepakt zouden kunnen worden door welzijnsorganisaties. Echter, de gemeente heeft dan niet de opdracht gekregen om zoiets te doen of onvoldoende budget, en dan is een verandering inzetten dus ook niet mogelijk.

Sommige praktijkprofessionals geven ook aan last te hebben van wachtlijsten veroorzaakt door omzetplafonds⁸⁵ die door zorgverzekeraars worden ingesteld. Een deelnemer geeft aan dat zorgverzekeraars daar in sommige regio's flexibeler in lijken te worden. Het is mogelijk een positieve bijvangst van de Versnellers-projecten dat zorgverzekeraars meer vertrouwen krijgen in de ggz. Ook om transdiagnostisch te kunnen werken binnen de ggz dienen volgens een deelnemende ggz-professional de zorgverzekeraars meer vertrouwen te hebben in professionals en zouden de vergoedingen anders gereorganiseerd te worden. De financiering van ggz zorg zou minder afhankelijk moeten zijn van een DSM-classificatie.

4.3.2 Welke relevante elementen in de aanpak van de wachttijden in de ggz krijgen minder of geen aandacht in de Versnellers-aanpakken?

Er zijn twee thema's die volgende deelnemers aan de reflectiebijeenkomst (te) weinig aandacht krijgen in de huidige wachttijd-aanpakken: door- en uitstroom binnen de ggz en kwaliteit van zorg.

Door- en uitstroom binnen de ggz

Mogelijke verbeteringen rondom de door- en uitstroom van de ggz lijken volgens de deelnemers onderbelicht in de regionale wachttijd aanpakken (en dus ook de verandertheorie), terwijl daar volgens hen ook ruimte voor verbetering is. Er zijn volgens de deelnemers binnen de ggz diverse initiatieven⁸⁶ gaande gericht op korter behandelen (en verwachttingsmanagement daarover richting hulpvragers), continue evaluatie (op basis waarvan behandeling zo nodig kan worden bijgestuurd of afgesloten) en het aanbieden van therapie in andere vormen. De meeste oplossingsrichtingen zijn gericht op een efficiëntieslag, om zo een bijdrage te kunnen leveren aan het verminderen van de wachttijden. Binnen de ggz probeert men meer vraaggericht, modulair of transdiagnostisch te behandelen, bijvoorbeeld door het inrichten van laagdrempelige inloopsprekken of het flexibel inzetten van modules gericht op algemene factoren die onderliggend zijn aan verschillende psychische problemen, zoals een laag zelfbeeld, in plaats van een volledige standaard protocolbehandeling per DSM-classificatie. Daarnaast probeert men meer context- of systeemgericht te werken (bijvoorbeeld door het betrekken van naasten bij de diagnostiek en behandeling).

⁸⁵ Een maximumbedrag dat een zorgaanbieder mag declareren bij een zorgverzekeraar per kalenderjaar (zie ook H1, paragraaf 2.4.2).

⁸⁶ Dit soort initiatieven lijken vaak geen onderdeel uit te maken van de Versnellers-aanpak, maar worden door ggz-instellingen waarschijnlijk op eigen initiatief of via andere projecten of subsidies uitgevoerd.

Bij sommige ggz-instellingen is groepstherapie de standaard geworden voor nieuwe cliënten, waar alleen bij bepaalde problematiek vanaf wordt geweken. Dit zou een efficiëntere manier van werken zijn, waardoor dit zou kunnen bijdragen aan het verminderen van wachtlijsten. Ook biedt men bij sommige ggz-instellingen cliënten voorbereidende groepsbijeenkomsten (met andere wachtenden) aan tijdens de wachttijd. Dit zou een gunstig effect kunnen hebben op het verloop van het resterende deel van de behandeling. Bij het aanbieden van het groepsaanbod is het volgens (ggz-professionals) belangrijk op welke manier hierover wordt gecommuniceerd richting hulpvragers. Het brengen als de standaard en een volwaardig aanbod zou de werkzaamheid kunnen vergroten. Ook het vaker (standaard) aanbieden van ggz-behandeling via eHealth in plaats van face-to-face behandeling zou ggz-behandeling toegankelijker of efficiënter kunnen maken en daarmee in potentie ook een bijdrage kunnen leveren aan het verminderen van de wachttijden. Figuur 4.7 toont hierbij een tegeltjeswijsheid vanuit de reflectiebijeenkomst met versnellers.

Figuur 4.7 Tegeltjeswijsheid rondom het thema “eHealth”



Kwaliteit van zorg als centraal element

Reflecterend op de verandertheorie van de Versnellers-aanpakken vragen deelnemende (ggz) praktijkprofessionals om waakzaamheid en voldoende aandacht voor de kwaliteit van zorg. Volgens hen gaat het in de aanpakken hier te weinig over, terwijl kwaliteit van zorg juist centraal zou moeten staan. Deelnemers geven aan dat de focus van de Versnellers-aanpakken vooral lijkt te liggen op het verminderen van de instroom in de ggz via het verplaatsen of “afbuigen” van hulpvragers naar ander aanbod. Ook wordt genoemd dat binnen ggz-instellingen de oplossingsrichting voor de wachtlijstproblematiek veelal wordt gezocht in het efficiënter organiseren van zorg (bijvoorbeeld door deze meer kortdurend, in groepsvorm of via eHealth te organiseren). Een mogelijke verklaring die hiervoor door deelnemers wordt gegeven is dat er soms te naïef of simplistisch wordt gedacht over psychische problematiek en (de mogelijkheid tot) het (snel) verhelpen daarvan, terwijl psychische verstoring in de realiteit juist zeer complex zou zijn.

Een ggz-professional: *“Dit is een groot verschil tussen de ggz en de somatiek. Je mag 10 jaar in behandeling [bij de oncoloog] zijn geweest en dan sterven, maar iemand mag niet vijf jaar bij mij zijn en dan nog een lang en gelukkig en productief leven leiden, want dan vraagt iedereen aan mij: ‘Waarom heb je daar vijf jaar over gedaan?’ Dit geluid mis ik in deze opzet.”*

De discussie over dit onderwerp resulteerde in de tegeltjeswijsheid in figuur 4.8.

Figuur 4.8 Tegeltjeswijsheid⁸⁷ over het thema “kwaliteit van zorg”



4.4 Samenvatting

In dit hoofdstuk zijn de opbrengsten beschreven van drie reflectiebijeenkomsten, waarbij door versnellers, ervaringsdeskundigen en cliëntenvertegenwoordigers en praktijkprofessionals uit ggz, huisartsenzorg en sociaal domein is gereflecteerd op de Versnellers-aanpakken van de wachttijden in de ggz in hun regio. Naast herkenning en illustratie van elementen uit de verandertheorie is ook gewezen op enkele contextfactoren die het behalen van de doelen van de Versnellers-aanpakken kunnen bevorderen dan wel belemmeren en op elementen die volgens deelnemers belangrijk zijn in de wachttijdenaanpak, maar weinig aandacht (lijken te) krijgen in de Versnellers-aanpakken.

Bedacht moet worden dat met deze eerste ronde van reflectiebijeenkomsten een eerste indruk is verkregen, en geen compleet en uitputtend inzicht. Zo waren de meeste Versnellers-regio's niet vertegenwoordigd tijdens alle drie de bijeenkomsten, waardoor er voor de meeste regio's geen input is verkregen vanuit de drie perspectieven van versnellers, ervaringsdeskundigen en cliëntenvertegenwoordigers en praktijkprofessionals. Ook was het vanwege de brede insteek van de bijeenkomsten in combinatie met de beperkte tijd niet altijd mogelijk om diepgravend op thema's in te gaan. In het vervolg van het evaluatietraject ligt de focus op het verkrijgen van een completer en rijker beeld van (mogelijk) werkzame elementen van de Versnellers-aanpakken en onder welke voorwaarden en in welke context hun werkzaamheid wordt gestimuleerd.

Bovenstaande beperking in het achterhoofd houdend, blijken de deelnemers behoorlijk op één lijn te zitten wat betreft zij als potentieel werkzame elementen zien van de Versnellers-aanpakken. Betere domeinoverstijgende samenwerking tussen ggz, huisartsenzorg en sociaal domein wordt door hen een centrale rol toegedicht om te komen tot kortere wachttijden in de ggz. Wat betreft specifieke mechanismen verwachten deelnemers in hun regio's vooral meerwaarde van een brede triage (via het verkennend gesprek – al dan niet ingebed binnen een Centraal ToeleidingsPunt, CTP), het matchen van vraag en aanbod (via domeinoverstijgende overlegtafels) en het bekender maken of uitbreiden van het aanbod binnen en buiten de ggz. Dit beeld sluit aan op waar de zwaartepunten qua veranderstrategie liggen in de Versnellers-aanpakken van de 20 regio's (zie Hoofdstuk 3). De deelnemers lijken dus een goed beeld te hebben van waar men binnen de regio

⁸⁷ Toelichting bij het tegeltje: de discussie moet (ook) gaan over kwaliteit van zorg, in plaats van over verplaatsen van zorg.

actief mee is, al lijken zij niet altijd scherp onderscheid te (kunnen) maken tussen wat onderdeel uitmaakt van de Versnellers-aanpak en wat daarbuiten valt.

Tegelijkertijd zijn de deelnemers aan de reflectiebijeenkomst wel voorzichtig en terughoudend in het doen van al te stellige uitspraken over de daadwerkelijke werkzaamheid van bovengenoemde elementen. Allereerst omdat hier volgens hen nog onvoldoende zicht op is, in het bijzonder in termen van het verkorten van de wachttijden. Dit heeft ermee te maken dat het in de regio's dikwijls gaat om relatief bescheiden pilots, waarbij de nadruk vooralsnog ligt op de implementatie, het uittesten en de doorontwikkeling van een aanpak, en minder op het uitgebreid evalueren van effecten hiervan. Ten tweede wijzen de deelnemers op diverse (rand)voorwaardelijke factoren, die dikwijls nog niet gerealiseerd of geborgd zijn. Zo wordt voor het kunnen bereiken van goede domeinoverstijgende samenwerking de regievoerende, activerende en verbindende rol van de versneller noodzakelijk gevonden, een rol die ook na afloop van de Versnellers-subsidie vervuld zou moeten blijven. Een ander voorbeeld is dat 'zachte factoren', zoals gedeelde verantwoordelijkheid en urgentiebesef, gelijkwaardigheid, goed luisteren en transparantie over belangen, belangrijk worden gevonden om samenwerking tussen partijen en professionals uit verschillende domeinen succesvol te laten zijn. Juist deze 'zachte' kanten van samenwerking vergen tijd en inspanningen om te realiseren, zo bleek al uit de gesprekken met de regio's. Weer een ander voorbeeld is dat deelnemende ervaringsdeskundigen en cliëntenvertegenwoordigers aangeven het belangrijk te vinden om intensiever bij de activiteiten van de Versnellers-aanpakken te worden betrokken dan tot nu toe het geval is geweest, omdat zij juist ook vanuit hun herstelgerichte visie en aanpak een waardevolle bijdrage denken te kunnen leveren. Ten derde zijn er ook externe factoren (contextfactoren) waarop de Versnellers-aanpakken weinig invloed hebben, maar die hun werkzaamheid wel kunnen beïnvloeden. Zo dienen volgens de deelnemers aan de reflectiebijeenkomsten diverse knelpunten op het gebied van de financiering te worden weggenomen om de doelen van de Versnellers-aanpakken beter te kunnen bereiken. De verandering die binnen de zorg gaande is met een minder medicaliserende en meer normaliserende kijk op psychische problemen wordt genoemd als een contextfactor die hierbij juist helpend zou kunnen zijn.

Ten slotte wijzen deelnemers aan de reflectiebijeenkomsten op elementen die volgens hen (ook) belangrijk zijn in de wachttijdenaanpak, maar die in de Versnellers-aanpakken minder aandacht (lijken te) krijgen. Zo valt het hen op dat de focus vooral ligt op de instroom in de ggz, en dat er relatief weinig aandacht is voor verbeteringen rondom de door- en uitstroom in de ggz. Daarbij geven deelnemers aan dat de Versnellers-aanpakken soms vooral gericht lijken te zijn op het verplaatsen of afbuigen van de instroom van hulpvragers in de ggz naar ander aanbod. Dit roept bij hen de vraag op of er binnen de Versnellers-aanpakken wel voldoende en blijvende aandacht is voor de kwaliteit van zorg en ondersteuning die binnen en buiten de ggz wordt geboden.

5 Tot slot

In dit tussenrapport zijn tussentijdse resultaten gepresenteerd van het evaluatietraject naar de regionale Versnellers-aanpakken van de wachttijden in ggz. Middels een literatuurinventarisatie is eerst een beeld geschetst van de bredere context van de wachttijdenproblematiek. Daarnaast is de basis gelegd voor de evaluatie. Hiervoor is een overkoepelende verandertheorie van alle Versnellers-aanpakken in de 20 betrokken regio's ontwikkeld, en zijn gesprekken en bijeenkomsten georganiseerd met versnellers en andere betrokkenen uit de regio's. Met deze activiteiten is zicht verkregen op:

- de doelen die de 20 regio's met hun Versnellers-aanpakken willen bereiken;
- wat de regio's doen om deze doelen te bereiken;
- de onderliggende aannames over de werking van de aanpak; en
- perspectieven van betrokkenen.

Dit tussenrapport kent vooral een beschrijvend karakter. Het is nog te vroeg om uitspraken te kunnen doen over (mogelijk) werkzame elementen van de gehanteerde Versnellers-aanpakken, en onder welke voorwaarden en in welke context hun werkzaamheid wordt bevorderd. Dit wordt onderzocht in de tweede helft van het evaluatietraject, waarover in het eindrapport wordt gerapporteerd.

Wel kunnen er op basis van de voorliggende hoofdstukken twee tussentijdse conclusies worden getrokken, die ook richtinggevend zijn voor het vervolg van het evaluatietraject:

De Versnellers-aanpakken hebben ambitieuze doelen in verhouding tot hun bescheiden scope en opzet

Geconcludeerd kan worden dat het zwaartepunt van de Versnellers-aanpakken ligt op het verbeteren van regionale domeinoverstijgende samenwerking aan de 'voorkant' van de ggz, om daarmee hulpvragers tijdig en passend te kunnen toeleiden naar aanbod binnen of buiten de ggz. Daarmee volgen de regio's het beleid dat de laatste jaren is ingezet om de wachttijden in de ggz te verminderen. Dit beleid kent een smallere scope dan het brede palet aan combinaties van oplossingsrichtingen wat recente analyses nodig achten om de knelling in de ggz te doorbreken. Dit roept de vraag op in hoeverre de beoogde ambitieuze doelen van de Versnellers-aanpakken daadwerkelijk kunnen worden bereikt. Hier speelt ook mee dat veel aanpakken relatief bescheiden worden opgezet en uitgevoerd. Het gaat in de meeste regio's om kleinschalige en kortdurende pilots. De nadruk ligt vooralsnog op het implementeren, uittesten en doorontwikkelen van een aanpak, en niet op het uitgebreid en langdurig monitoren en evalueren van effecten op het niveau van wachttijden en uitkomsten van hulpvragers. Overigens dient opgemerkt te worden dat het onduidelijk is in hoeverre in de Versnellers-regio's via andere projecten en initiatieven wel degelijk aandacht is voor elementen die belangrijk worden gevonden in de wachttijdenaanpak, maar die ontbreken of weinig aandacht krijgen in de Versnellers-aanpakken. Het is belangrijk om hier beter zicht op te krijgen in het vervolg van het evaluatietraject.

De Versnellers-aanpakken gaan uit van aannames die nog niet (goed) zijn onderbouwd

Domeinoverstijgende samenwerking is als ambitie prominent aanwezig in de Versnellers-aanpakken. Dit is ook niet verrassend gegeven de focus van het ZonMw-programma op het verbeteren van de regionale samenwerking. Wel valt op dat de focus daarbij betrekkelijk smal is, namelijk op het beter triageren of verplaatsen van hulpvragers, en niet zozeer op daadwerkelijk betere interdisciplinaire samenwerking in behandeling, begeleiding of ondersteuning van hulpvragers. Dit hangt samen met de centrale aanname dat een belangrijke oorzaak van de wachttijdenproblematiek is dat een aanzienlijk deel van de wachtenden eigenlijk niet thuishoort in de ggz en beter geholpen of ondersteund kan worden via voorzieningen in het sociaal domein, via zelfregie- of herstelinitiatieven, via zelfhulp aanbod, et cetera⁸⁸. Daarbij heerst een groot vertrouwen dat via bijvoorbeeld verkennende gesprekken deze 'onnodige' verwijzingen naar de ggz kunnen worden voorkómen. De gedachte is dat door deze gesprekken de hulpvragen van personen breder en beter in kaart worden gebracht, waardoor de personen voor wie zorg of ondersteuning buiten de ggz passend is hier tijdig naar worden toegeleid. De verwachting is dat de naar deze zorg of ondersteuning toegeleide hulpvragers hier daadwerkelijk baat van hebben in hun herstelproces. Een andere breed gedeelde verwachting is dat personen met meer complexe hulpvragen via een domeinoverstijgende overlegtafel sneller kunnen worden toegeleid naar (aanvullende) zorg of ondersteuning binnen of buiten de ggz die goed aansluit op hun hulpvraag, en dus helpend is in hun herstelproces. Echter, al deze achterliggende aannames in de Versnellers-aanpakken zijn vooralsnog niet (goed) onderbouwd door onderzoek. In het vervolg van het evaluatietraject proberen we meer licht te werpen op de vraag in hoeverre deze aannames kloppen, om zodoende zicht te krijgen op (mogelijk) werkzame elementen van de aanpak voor wachttijden in de ggz.

88 Deze aanname impliceert tegelijkertijd dat er een duidelijk idee is over de hulpvragers voor wie de ggz écht nodig is.

Referenties

Algemene Rekenkamer (2020). Geen plek voor grote problemen; Aanpak van wachttijden in de specialistische ggz. Den Haag: Algemene Rekenkamer. [Geen plek voor grote problemen | Rapport](#)

Algemene Rekenkamer (2024). Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) Rapport bij het Jaarverslag 2023. Den Haag: Algemene Rekenkamer. [Resultaten verantwoordingsonderzoek 2023 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport | Rapport](#)

BDO Advisory & Miles Research (2022). Hoeveel mensen staan er tegelijkertijd op meerdere wachtlijsten in de ggz? [Onderzoek dubbelwachtenden](#)

Bes, J., Heins, M., Weesie, Y., Hout, V. van der, Baarda, E., Knottnerus, B., Hasselaar, J., Overbeek, L., Hek, K., & Vanhommerig, J. (2024). Zorg door de huisarts. Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn: jaarcijfers 2023 en trendcijfers 2019-2023. Utrecht: Nivel.

de Beurs, D., Prins, A., & Nielen, M. (2018). Psychische en sociale problematiek in de huisartsenpraktijk in de periode 2011-2017. Utrecht: Nivel.

Boonzaaijer, G., Cozijnsen G., & van der Erf, S. (2019). Gebruik verschillende vormen van ondersteuning tijdens ggz-wachttijd. Plan van aanpak implementatie wachttijdondersteuning in de ggz. Utrecht: SiRM.

Boonzaaijer, G., Stoop, T., & Strijbosch, F. (2022). Bovenregionale schakels in de ggz-ketting. Rapportage monitor casuïstiektafels hoogcomplexen ggz. Utrecht: SiRM.

Bouman, G., Vonk, R., & Jongebreur, W. (2018). Anders kijken naar wachttijden in de ggz. Onttrafelen van patronen door reconstructies van complexe casuïstiek. 2Unravel & Utrecht: Significant. [Anders-kijken-naar-ggz-wachttijden-versie-dd-13-juli-2018.pdf](#)

Boumans, J., Kroon, H., & van der Hoek, B. (2023). Ggz uit de knel. Verkenning van mogelijkheden en valkuilen van het actuele hervormingsnarratief. Utrecht: Trimbos-instituut. [AF2059-Ggz-uit-de-knel](#)

van den Broek, A., de Vroege, L., Metz, M., Gribling, G., de Ridder, A., & van Eerd, J. (2022). Aanpassing aan veranderende zorgbehoefte in de ggz: mentale gezondheidscentra. Tijdschrift voor Psychiatrie, 64: 101-107.

Bureau Lenz (2023). Toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg. Rapportage onderzoek. [Rapportage onderzoek toegankelijkheid ggz sept 2023](#)

Connell, J., A. Kubisch, L. Schorr, & C. Weiss (eds) (1995). New Approaches to Evaluating Community Initiatives: Volume I, concepts, methods and contexts. Washington, DC: Aspen Institute.

Connell, J. & Kubisch, A.C. (1998). Applying a Theory of Change Approach to the Evaluation of Comprehensive Community Initiatives: Progress, Prospects and Problems. In: K. Fulbright-Anderson, A. Kubisch & J. Connell (eds.), *New Approaches to Evaluating Community Initiatives*, vol. 2, Theory, measurement, and analysis (pp. 15-44). Washington, DC: Aspen Institute.

Connell, J.P., Kubisch, A.C., & Fulbright-Anderson, K. (2001). Evaluating complex comprehensive community initiatives: theory, measurement and analysis. In: J. Pierson & J. Smith (eds.), *Rebuilding community: policy and practice in urban regeneration* (pp. 83-99). Hampshire UK: Palgrave.

GALA - Gezond en Actief Leven Akkoord (2023). Gemeenten en GGD'en, zorgverzekeraars en VWS zetten gezamenlijk in op een gezond en actief leven met een stevige sociale basis. [GALA](#)

ten Have, M., Tuithof, M., van Dorsselaer, S., Schouten, F., Luik, A. I., & de Graaf, R. (2023). Prevalence and trends of common mental disorders from 2007-2009 to 2019-2022: results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Studies (NEMESIS), including comparison of prevalence rates before vs. during the COVID-19 pandemic. *World Psychiatry*, 22(2), 275–285. <https://doi.org/10.1002/wps.21087>

IGJ en NZa (2021). Toezicht op regionale aanpak wachttijden ggz: resultaten verkenning mei-juli 2021. Utrecht: IGJ en NZa. [Toezicht+op+regionale+aanpak+wachttijden+ggz](#)

IZA - Integraal Zorgakkoord (2022). Samen werken aan gezonde zorg. [integraal-zorg-akkoord](#)

Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid (2002). *Zorg van velen*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Lemmens, K., & Vernooij, K. (2019). *Lessons learned Regionale taskforces wachttijden ggz*. Utrecht: KPMG Health.

Lubbes, E., Pansier-Mast, L., & S. Schutte. (2019). Specifieke cliëntgroepen in de aanpak wachttijden ggz. Rapportage van het onderzoek naar factoren en oplossingsrichtingen. [Rapportage Onderzoek specifieke clientgroepen bij aanpak wachttijden ggz](#)

Muusse, C. G. R. (2023). *Crisis, what crisis? A multi-sited ethnography of community mental health care around a psychiatric crisis in Trieste and Utrecht*. PhD Thesis. Amsterdam: University of Amsterdam.

Nuijen, J., van Doesum, T., & van Bon-Martens, M. (2021). *Landelijke Monitor Depressie. Eerste peiling: trends tot en met 2019*. Utrecht: Trimbos-instituut. [AF1854-Landelijke-Monitor-Depressie](#)

NZa (2017a). *Marktscan ggz 2016*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit. [Marktscan ggz 2016](#)

NZa (2017b). *Voortgangsrapportage Wachttijden in de ggz*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit. [Voortgangsrapportage wachttijden in de ggz](#)

NZa (2019). Informatiekaart wachttijden ggz december 2019. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit. Informatiekaart wachttijden ggz - december 2019

NZa (2023). Informatiekaart wachttijden ggz juli 2022. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit. Informatiekaart wachttijden ggz - juli 2022

NZa (2024). Informatiekaart Wachttijden en aantal wachtplekken ggz 2023 – februari 2024. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit. Informatiekaart Wachttijden en aantal wachtplekken ggz 2023 - februari 2024

Programma Mentale gezondheidsnetwerken (2024). Werkwijze ontwikkeling Mentale gezondheidsnetwerken Ruimte voor een regionale aanpak. werkwijze-mentale-gezondheidsnetwerken

Schutjens, V., Nuijen, J., & Magnée, T. (2024). In de wachtstand. Een literatuurinventarisatie naar de impact van wachttijden in de ggz op patiënten, naasten, huisartsen en POH's-ggz. Utrecht: Trimbos-instituut. Rapport-Impact-van-de-wachttijden-in-de-ggz

van Spronsen, M., & van Os, J. (2021) We zijn god niet. Een pleidooi voor een nieuwe psychiatrie van samenwerking. Amsterdam: Lannoo-Campus.

Snel, E. (2013). De Theory of Change-benadering: weten is méér dan meten. In: J. Omlo, M. Bool & P. Rensen (red.), Weten wat werkt. Passend evaluatieonderzoek in het sociale domein (pp. 145-164). Amsterdam: Uitgeverij SWP.

Stuurgroep Toegankelijkheid en Wachttijden ggz (2019). Actieplan Wachttijden 2.0 (juli 2019 - december 2020) en Terugblik: januari 2019 - juni 2019'. Bijlage bij Brief aan de Tweede Kamer van de staatssecretaris van VWS. Tweede Kamer, vergaderjaar 2018–2019, 25 424, nr. 481. Actieplan-Wachttijden-ggz-juni-2019-dec-2020

Stuurgroep Toegankelijkheid en Wachttijden ggz (2022). Ontwikkelagenda Toegankelijkheid en Wachttijden ggz. Ontwikkelagenda-Toegankelijkheid-en-wachttijden-ggz-dd.-17-feb-2022

Weiss, C.H. (1972). Evaluation Research: Methods of Assessing Program Effectiveness. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Weiss, C.H. (1995). Nothing as practical as good theory: Exploring theory-based evaluation in complex community initiatives for children and families. In: J. Connell, A. Kubisch, L. Schorr & C. Weiss (eds), New approaches to evaluating community initiatives: Volume I, concepts, methods and contexts (pp. 65-92). Washington, DC: Aspen Institute

WRR (2021). Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak. WRR rapport 104. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak I Rapport

ZonMw (2022). Programmatekst 'Versnellers binnen de Geestelijke Gezondheidszorg'. Het ondersteunen van partijen in regio's die samenwerken aan het verbeteren van de toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg en het verminderen van de wachttijden. Den Haag: ZonMw.

Zorginstituut Nederland (2023). Niemand kan het alleen: signalement passende zorg voor mensen met psychische problemen. Diemen: Zorginstituut Nederland. Signalement passende zorg voor mensen met psychische problemen | Rapport

Bijlage 1 Verloop van het evaluatietraject tot nu toe

Het evaluatietraject verloopt tot nu toe in grote lijnen goed. Alle twintig gesubsidieerde regio's hebben hun medewerking verleend aan de activiteiten binnen het traject, al zijn er wel verschillen in de mate van engagement. Dit komt doordat sommige regio's het evaluatietraject als positief en nuttig ervaren, terwijl andere regio's in mindere mate de meerwaarde van het traject inzien. In deze regio's spelen hierbij diverse, deels met elkaar samenhangende belemmerende factoren een rol.

Aspecten die worden gewaardeerd

- Het gezamenlijk reconstrueren van de verandertheorie/ het expliciteren van de veranderroutes die steeds impliciet zijn gebleven werd door regio's gewaardeerd.
- De overkoepelende verandertheorie wordt herkend. Een enkele regio gebruikt de verandertheorie inmiddels.
- De reflectiebijeenkomsten.

Knelpunten

Allereerst is er veel gaande in de regio's. Regionale partijen zijn niet alleen druk bezig met de aanpak van de wachttijden in de ggz, maar in het verlengde daarvan ook met de aanpak van mentale gezondheid in brede zin. Dit komt mede doordat in de regio's uitvoering wordt gegeven aan de afspraken die zijn gemaakt in het Integraal Zorgakkoord (IZA) en het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA). Algemeen gesteld zorgen de diverse regionale veranderactiviteiten en daarbij horende domeinoverstijgende overlegstructuren ervoor dat er in de meeste regio's beperkte tijd en ruimte overblijft voor extra activiteiten, zoals het participeren in het ZonMw-evaluatietraject. Omdat de agenda's van betrokkenen uit de regio's soms zo vol zitten, blijkt het bewerkelijk om geschikte momenten te vinden voor evaluatieactiviteiten (zoals het voeren van een start- of vervolgesprek), zeker op de enigszins korte termijn.

De beperkte beschikbaarheid van betrokkenen voor extra activiteiten maakt ook dat vanuit de regio's kritisch wordt gekeken naar het nut en de meerwaarde van het uitvoeren daarvan, om zodoende gerichte keuzes te kunnen maken voor extra activiteiten waaraan de schaarse tijd wordt besteed. Voor het evaluatietraject merkten we dat in dit opzicht drie factoren een belemmerende rol kunnen spelen. Ten eerste is de subsidieoproep voor het evaluatietraject relatief laat uitgezet. Hierdoor was bij de start van het traject (augustus 2023) voor een substantieel deel van de regio's het einde van de looptijd van hun subsidieperiode al in zicht. Daarbij ging het in de meeste gevallen om een uitvoeringssubsidie, waardoor het voor deze regio's niet mogelijk was om een aansluitende subsidie aan te vragen binnen het ZonMw-programma. Dit zorgde bij betrokkenen uit sommige van deze regio's voor aarzelingen over wat de meerwaarde van het evaluatietraject voor hun regio zou kunnen zijn. De aanpak van het evaluatietraject betekent namelijk dat samen met elke regio wordt gestart met het formuleren van de doelen van hun regionale wachttijdenaanpak, zoals beoogd bij aanvang van de Versnellers-subsidieperiode. En dat vervolgens gezamenlijk wordt nagegaan in hoeverre het lukt om deze doelen daadwerkelijk te realiseren, en wat hierbij wel en niet heeft geholpen. Voor sommige regio's die al in de

eindfase van hun uitvoeringssubsidieperiode zitten, voelde het minder logisch om nog doelen te formuleren die gaan over de situatie ten tijde van de start van hun project. Zij hebben inmiddels voortschrijdend inzicht waardoor het terugkeren naar de oorspronkelijke doelen kunstmatig aanvoelde. Ook zorgde het bij sommige regio's voor twijfels aan wat zij nog konden leren van het evaluatietraject. Zij hadden immers de meeste veranderactiviteiten in het kader van de subsidieperiode al voltooid en voelden daardoor weinig tijd en ruimte om op basis van de door het evaluatietraject gevonden (toekomstige) inzichten, nog andere activiteiten op te kunnen starten, of aanpassingen door te kunnen voeren.

Een tweede factor die de inzet en motivatie vanuit een regio voor het evaluatietraject kan verminderen, is dat er twee andere trajecten lopen waarin wordt gekeken naar hoe het gaat met de regionale wachttijdenaanpakken. Sinds 2021 monitort de landelijke Stuurgroep Toegankelijkheid en Wachttijden ggz middels de Regiomonitor toegankelijkheid en wachttijden periodiek in hoeverre in alle regio's⁸⁹ in Nederland samenwerkingsmechanismen zijn geïmplementeerd die kunnen bijdragen aan de toegankelijkheid van de ggz⁹⁰. Daarnaast voeren de IGJ en NZa sinds 2020 gezamenlijk een jaarlijkse toezichtsrunde uit naar de wachttijdenaanpak in selecties van regio's. Voor de meeste Versnellers-regio's was het bij aanvang van het ZonMw-evaluatietraject onduidelijk dat dit traject een ander doel en scope kent als de Regiomonitor en de toezichtsrondes van de IGJ en NZa. Ondanks herhaaldelijke toelichting van onze kant op de verschillen tussen de trajecten (ook middels een rondgestuurde notitie) lijkt er in sommige regio's nog steeds een gevoel van 'dubbel werk' te heersen. Dat vanuit het ZonMw-programma ook voortgangs- en eindverslagen dienen te worden opgesteld kan dit gevoel versterken.

Ten slotte is een derde factor dat het voor betrokken partijen en personen uit sommige regio's niet scherp op het netvlies lijkt te staan dat participeren aan het evaluatietraject onderdeel is van de ontvangen Versnellers-subsidie. De redenen hiervoor zijn onduidelijk. Het kan zijn dat deze subsidievoorwaarde in de vergetelheid is geraakt. Of mogelijk heeft een regio in de projectbegroting geen rekening gehouden met benodigde tijd voor evaluatieactiviteiten, of werd de subsidie als te krap ervaren om hier budget voor te reserveren. In dit kader is het noemenswaardig dat de aanmeldingen voor de reflectiebijeenkomst voor ervaringsdeskundigen en cliëntvertegenwoordigers niet erg stormliepen⁹¹. Eén van de mogelijke verklaringen die door de deelnemers naar voren werd gebracht is dat een deel van de ervaringsdeskundigen als zzp'er werkt, en dat in de projectbegroting van een regio geen passend budget voor hen is gereserveerd om de tijd benodigd voor evaluatieactiviteiten te kunnen bekostigen.

Hoe is en wordt met de knelpunten omgegaan?

- (Herhaaldelijk) toelichten van de meerwaarde en het nut van het evaluatietraject, mede om commitment te creëren. Hierbij benadrukken dat het evaluatietraject geen beoordelend karakter heeft, maar juist een lerend karakter. Het evalueren van 'achterblijvende' resultaten draagt evengoed bij aan het identificeren van werkzame elementen in de aanpak als het evalueren van behaalde successen in regio's. Specifieke activiteiten in dit kader:

89 Het gaat om 33 regio's, waarbij sommige zorgkantoorregio's zijn opgedeeld in twee sub-regio's.

90 Het gaat om het instellen van een Regionale Taskforce, het instellen van een Transfermechanisme, en het afspreken van Regionale Doorzettingsmacht.

91 Hoewel uiteindelijk wel 8 betrokkenen uit 7 regio's hebben deelgenomen.

- Kennismakingsgesprekken (wel extra activiteit).
- Notitie opgesteld en verspreid. In de notitie wordt toegelicht hoe de activiteiten van het evaluatietraject en die van de landelijke Stuurgroep, in het bijzonder de Regiomonitor, zich tot elkaar verhouden, en onderling op elkaar worden afgestemd.
- Proberen korte lijnen te onderhouden met de versnellers/ projectleiders. Specifieke activiteiten in dit kader:
 - Vanuit het evaluatieteam is doorlopend contact met de regio's voor het maken van afspraken.
 - Het evaluatieteam is laagdrempelig beschikbaar voor eventuele vragen vanuit de regio's.
 - Leden van het evaluatieteam hebben deelgenomen aan de bijeenkomsten voor de versnellers die zijn georganiseerd vanuit de landelijke Stuurgroep. Dit wordt gecontinueerd voor toekomstige bijeenkomsten.
- Wij richten onze activiteiten zo in dat regio's niet onnodig worden belast, laagdrempelig kunnen aanhaken. Specifieke activiteiten in dit kader:
 - Twee online startbijeenkomsten (i.p.v. één bijeenkomst)
 - De 1^e ronde van reflectiebijeenkomsten is laagdrempeliger en minder ambitieus ingericht (in afstemming met ZonMw). Dit zal ook gebeuren voor de volgende rondes.
 - Korte lijnen met/ geregelde afstemming met de landelijke Stuurgroep. Ook is en wordt afgestemd met de NZa en IGJ om te voorkomen dat er (onnodige) overlap bestaat tussen het evaluatietraject en de toezichtronde die gezamenlijk door de IGJ en de NZa wordt uitgevoerd. Zo vindt het toezicht plaats in andere regio's (die dus geen subsidie hebben ontvangen vanuit het ZonMw-programma).
- In sommige gevallen is het zo dat een versneller op relatief korte termijn niet meer actief is in een regio vanwege het aflopen van de subsidieperiode (en ook omdat (al dan niet bewust) geen vervolffinanciering is geregeld). We hebben geprobeerd dit zoveel mogelijk te voorkomen door al vóór de zomer vervolgesprekken in te plannen met de regio's waarbij dit speelt.

Bijlage 2 Een stapsgewijze reconstructie van de overkoepelende verandertheorie

De overkoepelende verandertheorie van alle wachttijdenaanpakken in de 20 Versnellers-regio's is gereconstrueerd volgens een iteratief en zorgvuldig proces. Zoals weergegeven in figuur 1 zijn in de eerste periode van het evaluatietraject vier conceptversies ontwikkeld. Voortbouwend op de vorige versie en de verkregen input daarop, werden bij iedere volgende conceptversie bijstellingen, aanvullingen en aanscherpingen doorgevoerd om uiteindelijk te komen tot een overkoepelende verandertheorie die als basis dient voor het vervolg van het evaluatietraject.

De eerste twee conceptversies

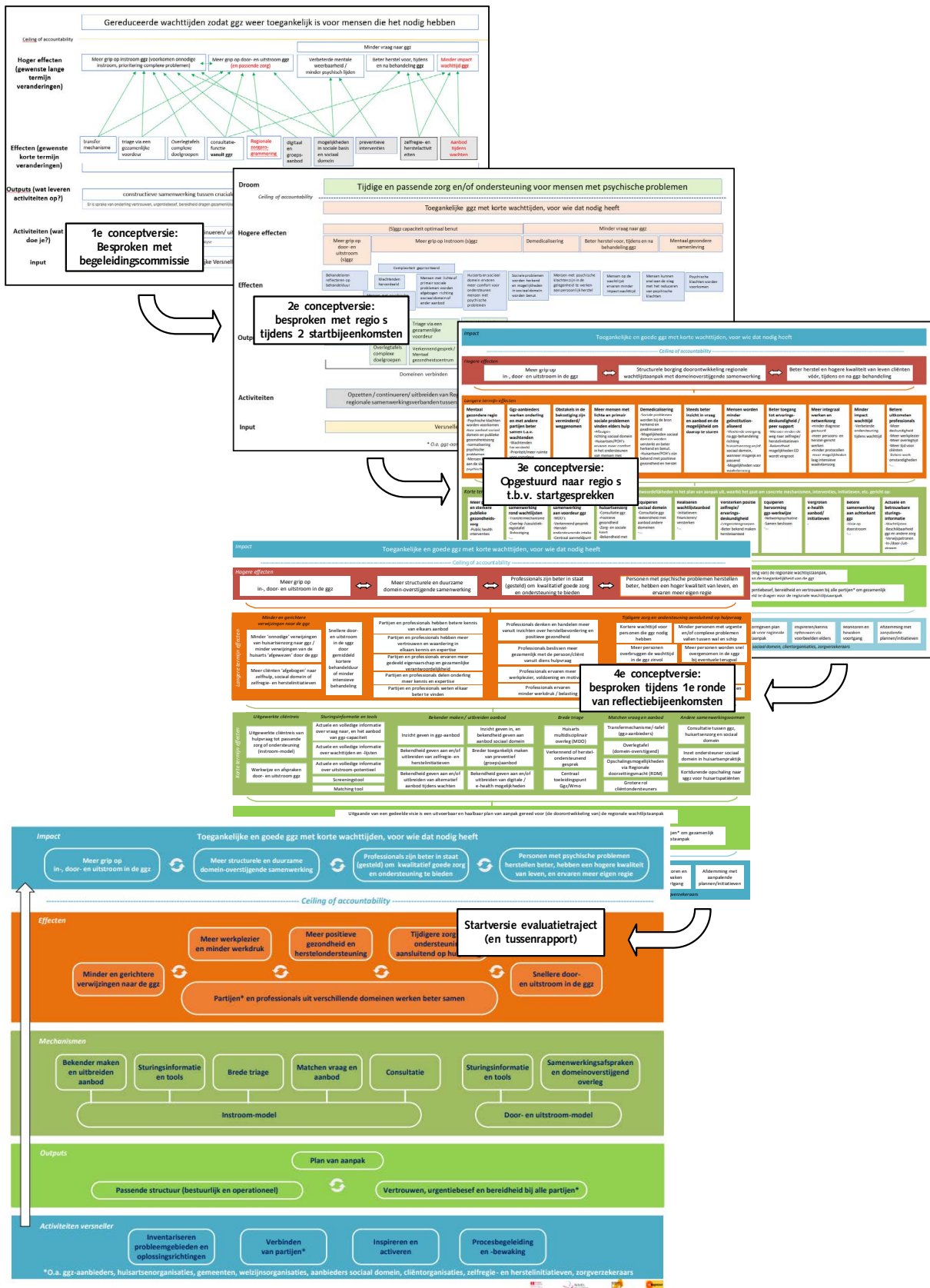
De *eerste conceptversie* van de verandertheorie is ontwikkeld op basis van analyse van de Versnellers-subsidieaanvragen van de 20 regio's. Deze versie is begin oktober 2023 besproken met de begeleidingscommissie, die gevormd wordt door de leden van de landelijke Stuurgroep Toegankelijkheid en Wachttijden ggz en afgevaardigden van de IGJ en NZa. In de tussentijd zijn ook kennismakingsgesprekken gehouden met de versnellers uit alle regio's. Naast het elkaar leren kennen en het toelichten van het evaluatietraject, was daarvan het doel om additionele informatie op te halen over de regionale wachttijdenaanpak, op basis waarvan de eerste conceptversie van de verandertheorie kon worden aangescherpt en bijgesteld tot een volgende, tweede versie.

Startbijeenkomsten: van tweede naar derde conceptversie

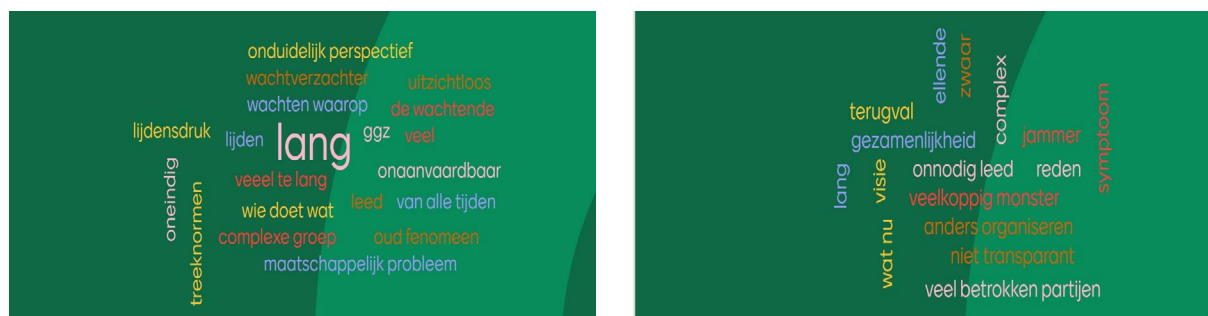
De *tweede conceptversie* van de verandertheorie is eind november 2023 tijdens twee online startbijeenkomsten voorgelegd aan de regio's. Naast het (opnieuw) toelichten van het evaluatietraject, het presenteren van enkele eerste inzichten, het elkaar nog beter leren kennen (zie figuur 2 voor een gebruikte werkvorm in dat kader) en het stimuleren van uitwisseling tussen regio's, was een belangrijk doel van de bijeenkomsten het ophalen van feedback op de concept-verandertheorie. In totaal hebben 19 betrokkenen uit 15 regio's deelgenomen⁹². Er waren versnellers aanwezig, maar ook mensen vanuit een andere rol, waaronder een voorzitter van een Regionale Taskforce, een vertegenwoordiger van een huisartsenorganisatie, een ervaringsdeskundige en een manager van een ggz-instelling. Beide bijeenkomsten verliepen constructief en positief. De meerwaarde van de verandertheorie werd gezien en men dacht actief mee over aanvullingen en verbeterpunten om de verandertheorie nog beter te laten aansluiten bij wat er in de regio's momenteel gebeurt. Op basis van deze bijeenkomsten werden een aantal aanpassingen en aanscherpingen gedaan om te komen tot een *derde conceptversie* van de verandertheorie. Deze conceptversie werd gebruikt als input voor de startgesprekken in de regio's.

92 Voor de bijeenkomsten nodigden we betrokkenen uit 17 regio's uit. Op dat moment in de tijd, had het projectteam nog geen toestemming om ook de laatste drie regio's uit te nodigen, omdat het meldingsformulier van deze regio's nog niet binnen was bij ZonMw.

Figuur 1 De verschillende stadia van de overkoepelende verandertheorie



Figuur 2 Woordenwolken op basis van antwoorden van de deelnemers aan de twee startbijeenkomsten op de vraag: “Waar denk je aan bij het woord wachttijden”



Startgesprekken met alle regio's: van derde naar vierde conceptversie

In de periode januari-mei 2024 is met elk van de 20 regio's een startgesprek gevoerd, waarbij de regionale doelen met betrekking tot de wachttijdenaanpak gestructureerd en eenduidig in kaart werden gebracht. Hiervoor werd, op basis van de derde conceptversie van de veranderingstheorie, een zogeheten doelenformulier ontwikkeld. Zoals te zien in tabel 1 bevat het formulier 11 doelen die aansluiten bij de niveaus van de concept-veranderingstheorie, van de activiteiten van de versneller(s) (het onderste niveau) tot en met het impactdoel wat op het hoogste niveau als ideaal staat geformuleerd. Vier doelen, waaronder het impactdoel, zijn generiek geformuleerd (d.w.z. de doelformulering is voor elke regio hetzelfde), terwijl zeven doelen specifiek voor een regio werden geformuleerd. Om de regio's te ontlasten heeft het projectteam voorafgaand aan de startgesprekken het doelenformulier ingevuld met eerste formuleringen van de zeven regio-specifieke doelen. Hiervoor werd uitgegaan van de Versnellers-subsidieaanvragen en beschikbare aanvullende informatie. Tijdens een startgesprek gaven de deelnemers uit een regio hun feedback op de voorgestelde doelenformuleringen, en werden formuleringen herzien door het projectteam waar nodig. Herziene doelen werden per e-mail aan de regio's voorgelegd voor definitieve goedkeuring.

Op basis van alle input die is opgehaald tijdens de startgesprekken met de regio's heeft het projectteam de derde conceptversie van de veranderingstheorie verder aangescherpt en bijgesteld tot een volgende, vierde versie.

Tabel 1 Doelenformulier zoals gebruikt in de startgesprekken

ZonMw-evaluatietraject 'Versnellers binnen de ggz': Doelen regio [...]
Projectgegevens Huidig project: ☐ Startsubsidie (ZonMw), looptijd van: ... (startdatum) tot ... (einddatum) ☐ Uitvoeringssubsidie (ZonMw), looptijd van: ... (startdatum) tot ... (einddatum) Voorgeschiedenis huidig project: eerdere Versnellers-subsidie?: ☐ Startsubsidie (ZonMw), looptijd van: ... (startdatum) tot ... (einddatum) ☐ Subsidie vanuit landelijke Stuurgroep* looptijd van: ... (startdatum) tot ... (einddatum) ☐ Nee <i>* Gericht op 8 regio's waar de wachttijdproblematiek toentertijd het grootst was: Apeldoorn/Zutphen, Amsterdam, Drenthe, Flevoland, Groningen, Nijmegen, Rotterdam en Zuid-Limburg.</i>
Doelen huidig project <i>Niveau activiteiten</i> (1) De activiteiten van de versneller(s) zijn op de beoogde wijze uitgevoerd: ... <i>[beschrijving van de concrete activiteiten van de versneller in de regio]</i> <i>Niveau outputs</i> (2) Er is een passende structuur (bestuurlijk en operationeel) voor een regionale wachttijstaanpak met domeinoverstijgende samenwerking: ... <i>[concrete beschrijving hoe dit in de regio is vormgegeven]</i> (3) Er is sprake van vertrouwen, urgentiebesef en bereidheid bij de betrokken partijen om gezamenlijk verantwoordelijkheid te dragen voor de regionale wachttijstaanpak (<i>generiek doel*</i>) (4) Er is een uitvoerbaar en haalbaar plan van aanpak gereed voor (de doorontwikkeling van) de regionale wachttijstaanpak op basis van een gedeelde visie tussen betrokken partijen (<i>generiek doel*</i>) <i>Niveau korte termijn effecten</i> (5) Het plan van aanpak wordt op de beoogde wijze uitgevoerd: ... <i>[concrete beschrijving van concrete mechanismen, interventies, activiteiten, initiatieven, etc.]</i> - N.b. onderscheid sub-doelen (a), (b), (c), etc. waar passend. (6) Betrokken partijen werken op de beoogde wijze samen in de uitvoer van het plan van aanpak (<i>generiek doel*</i>) <i>Niveau langere termijn/ hogere effecten</i> (7) De aanpak draagt bij aan de beoogde verbetering van in-, door- en/of uitstroom in de ggz: ... <i>[beschrijving van welke concrete verbeteringen in de regio worden beoogd op dit gebied]</i> - N.b. Indien sub-doelen zijn onderscheiden bij 5: maak ook hier dit onderscheid waar passend. (8) De aanpak draagt bij aan een meer structurele en duurzame domeinoverstijgende samenwerking: ... <i>[beschrijving van wat concreet wordt beoogd te realiseren op dit gebied]</i> - N.b. onderscheid sub-doelen (a), (b), (c), etc. waar passend. (9) De aanpak draagt eraan bij dat personen met psychische problemen beter herstellen, een hogere kwaliteit van leven hebben, en meer eigen regie ervaren: ... <i>[beschrijving van wat concreet wordt beoogd te realiseren op dit gebied]</i> - N.b. Indien sub-doelen zijn onderscheiden bij 5: maak ook hier dit onderscheid waar passend. (10) De aanpak draagt eraan bij dat professionals beter in staat zijn (gesteld) om kwalitatief goede zorg en ondersteuning te bieden: ... <i>[beschrijving van wat concreet wordt beoogd te realiseren op dit gebied]</i> <i>Impact</i> (11) De aanpak draagt bij aan toegankelijke en goede ggz met korte wachttijden, voor wie dat nodig heeft (<i>generiek doel*</i>)

**Generiek doel: de doelformulering is voor elke regio hetzelfde.*

Eerste ronde van reflectiebijeenkomsten en verdere analyse: van vierde conceptversie naar de basisversie voor het vervolg van het evaluatietraject

De *vierde conceptversie* van de verandertheorie is begin juni 2024 tijdens twee online reflectiebijeenkomsten voorgelegd aan betrokken ervaringsdeskundigen en cliëntvertegenwoordigers uit de regio's en aan betrokken professionals⁹³ uit verschillende domeinen uit de regio's. Naast het ophalen en uitwisselen van hun perspectieven over de regionale wachttijdenaanpakken (zie Hoofdstuk 4), was een bijkomstig doel van deze bijeenkomsten om hun reactie en commentaar te horen op de concept-verandertheorie⁹⁴. Deze feedback is meegenomen in een laatste verbeterslagen waarmee de basisversie van de overkoepelende verandertheorie is vastgesteld voor het vervolg van het evaluatietraject. Aan de hand van vervolggesprekken met de regio's en volgende rondes van reflectiebijeenkomsten zal de verandertheorie worden getoetst en waar nodig bijgesteld. Zodoende zal lopende de evaluatie steeds beter zicht worden verkregen op wat wel en wat niet werkt in de wachttijdenaanpak, en waarom wel of niet.

93 Niet-zijnde ervaringsdeskundigen.

94 Er is nog een derde reflectiebijeenkomst georganiseerd met versnellers. Tijdens deze bijeenkomst is niet gevraagd om feedback op de verandertheorie omdat deze al tijdens de startgesprekken is voorgelegd aan de versnellers.

Bijlage 3 Overkoepelende verandertheorie

Impact

Toegankelijke en goede ggz met korte wachttijden, voor wie dat nodig heeft

Meer grip op in-, door- en uitstroom in de ggz



Meer structurele en duurzame domeinoverstijgende samenwerking



Professionals zijn beter in staat (gesteld) om kwalitatief goede zorg en ondersteuning te bieden



Personen met psychische problemen herstellen beter, hebben een hogere kwaliteit van leven, en ervaren meer eigen regie

Ceiling of accountability

Effecten

Minder en gerichtere verwijzingen naar de ggz

85%



Meer werkplezier en minder werkdruk

65%



Meer positieve gezondheid en herstelondersteuning

70%



Tijdigere zorg en ondersteuning aansluitend op hulpvraag

100%



Snellere door- en uitstroom in de ggz

40%

Partijen* en professionals uit verschillende domeinen werken beter samen

100%

Mechanismen

Bekender maken en uitbreiden aanbod

50%

Sturingsinformatie en tools

50%

Brede triage

60%

Matchen vraag en aanbod

75%

Consultatie

40%

Sturingsinformatie en tools

5%

Samenwerkingsafspraken en domeinoverstijgend overleg

10%

Instroom-model

35%

Door- en uitstroom-model

10%

Outputs

Plan van aanpak

Passende structuur (bestuurlijk en operationeel)



Vertrouwen, urgentiebesef en bereidheid bij alle partijen*

Activiteiten versneller

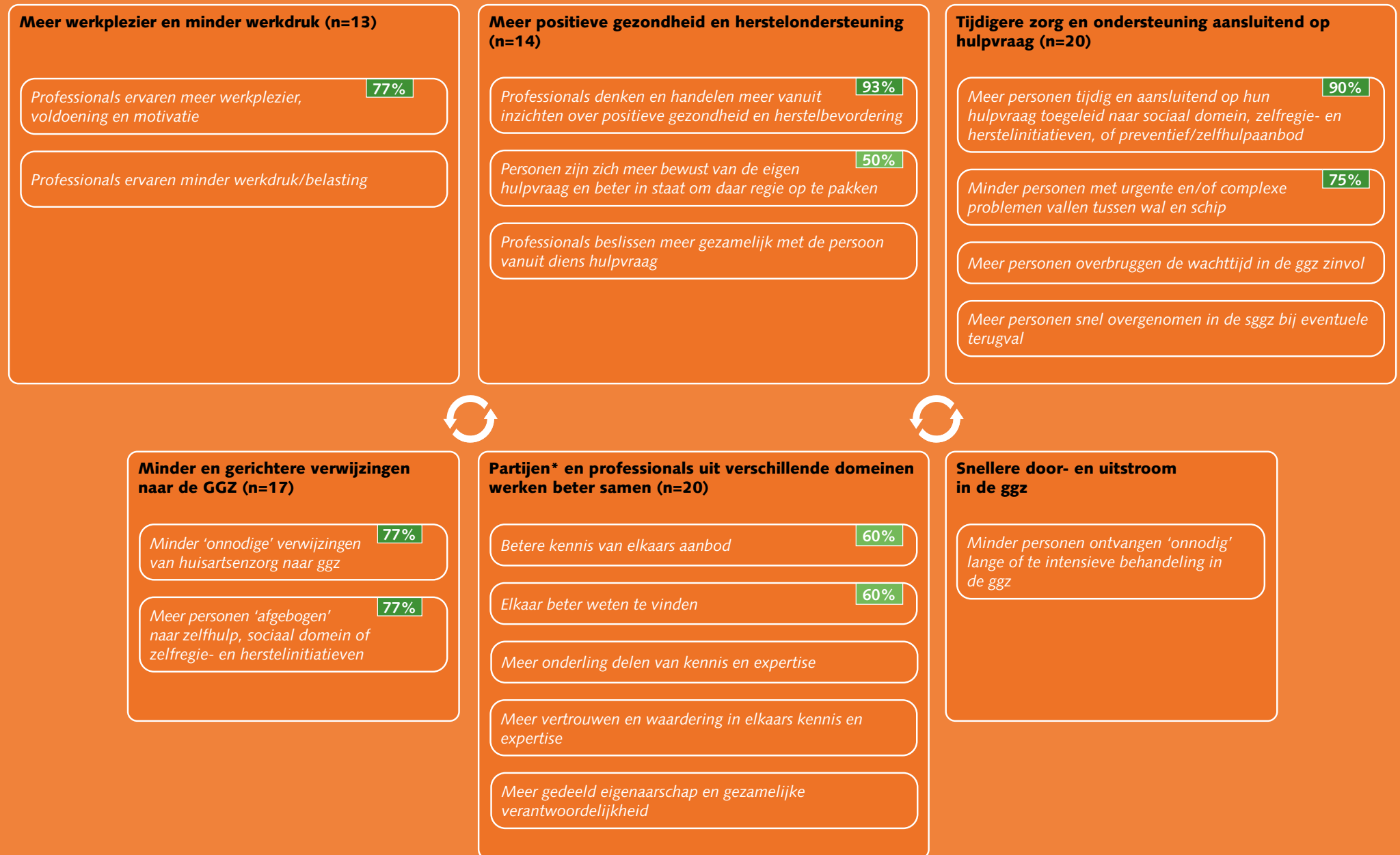
Inventariseren probleemgebieden en oplossingsrichtingen

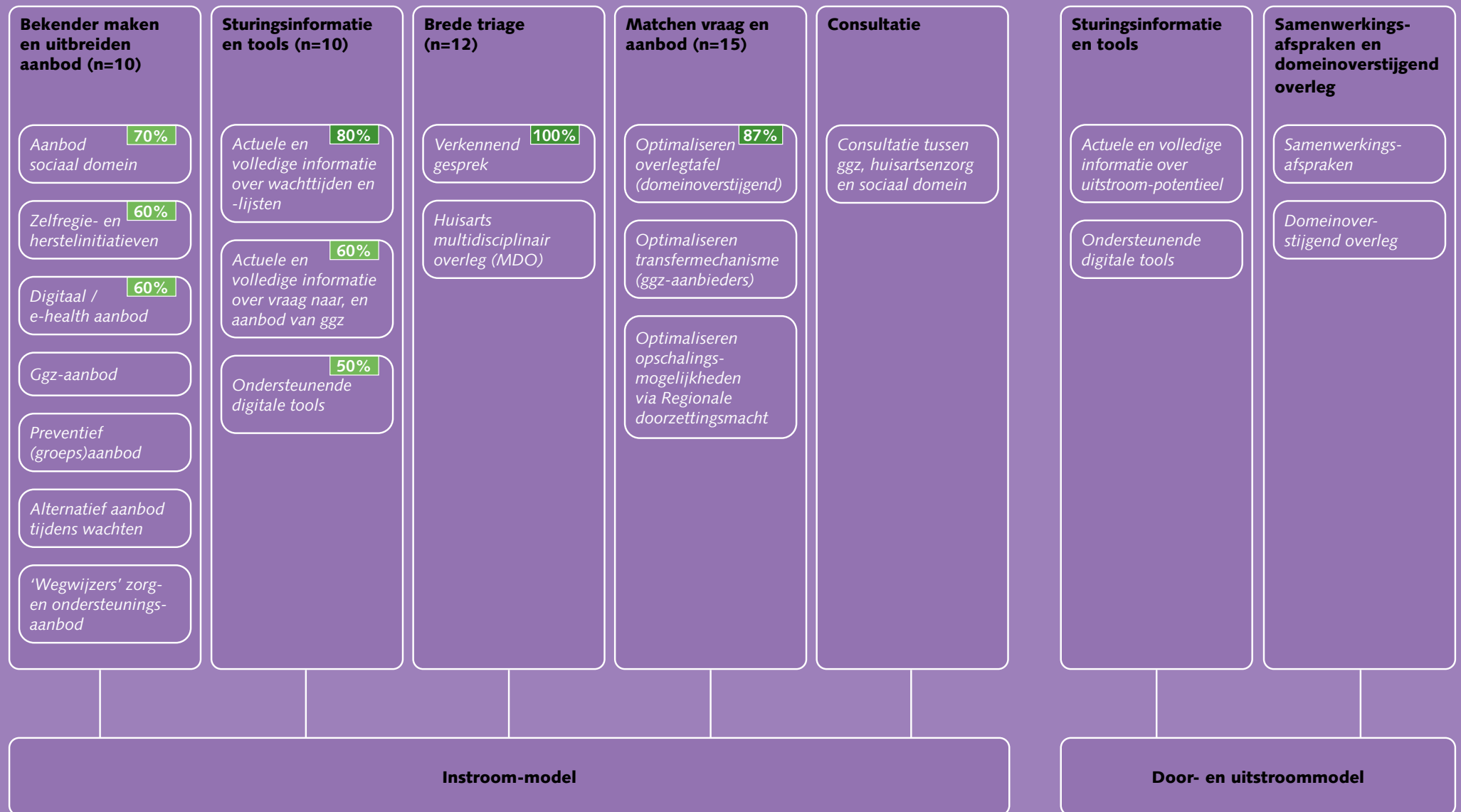
Verbinden van partijen*

Inspireren en activeren

Procesbegeleiding en -bewaking

*O.a. ggz-aanbieders, huisartsenorganisaties, gemeenten, welzijnsorganisaties, aanbieders sociaal domein, cliëntorganisaties, zelfregie- en herstelinitiatieven, zorgverzekeraars





Bijlage 4 Geformuleerde tegeltjeswijsheden tijdens de reflectiebijeenkomsten

Thema	Doelgroep		Ervaringsdeskundigen en cliëntenvertegenwoordigers		Praktijkprofessionals (ggz, huisartsenzorg, sociaal domein)	
	Tegeltje	Toelichting	Tegeltje	Toelichting	Tegeltje	Toelichting
Domein-overstijgende samenwerking	Focus focus is geen hocus pocus	Een gezamenlijk (lange termijn) doel is belangrijk om iedereen betrokken te krijgen en houden.	Waarom moeilijk doen als het samen kan	De inzet van ervaringsdeskundigheid kan een belangrijke meerwaarde hebben in de domeinoverstijgende samenwerking rondom de regionale wachtlijstaanpak.	1 + 1 = 3	Deze tegeltjeswijsheid werd twee keer genoemd door de praktijkprofessionals.
	Spreeken is zilver, zwijgen is goud	Eerst luisteren, voordat je meningen (over elkaar) verkondigt.	1 + 1 = 3		De kunst ligt in het samendoen	
	Alleen ben je sneller, samen kom je verder				Alleen gaat het snelst maar samen kom je het verst	Het gaat niet alleen over samen tussen domeinen, maar ook samen binnen de eigen beroepsgroep (bijvoorbeeld: de vrijgevestigden hebben zich verenigd in een coöperatie waardoor ze makkelijker gesprekspartner zijn).
	Bouwen vanuit vertrouwen				Alleen ga je sneller, samen kom je verder	
	Aanpak zonder rafels, belangen boven tafel	Transparantie en vertrouwen zijn belangrijk in de samenwerking. De belangen van alle organisaties (individueel of als sector) moeten boven tafel komen.			Ga aan de slag, maak gebruik van elkaars kracht, zodat een ander minder lang wacht	Er zijn mooie initiatieven waarin verschillende disciplines elkaar weten te vinden en gebruik maken van elkaars kwaliteiten om ervoor te zorgen dat mensen minder lang hoeven te wachten, of al aan de slag kunnen tijdens het wachten.
					Blijf nieuwsgierig naar elkaar, blijf vragen stellen	

Doelgroep	Versnellers		Ervaringsdeskundigen en cliëntenvertegenwoordigers		Praktijkprofessionals (ggz, huisartsenzorg, sociaal domein)	
Thema	Tegeltje	Toelichting	Tegeltje	Toelichting	Tegeltje	Toelichting
Brede triage			Ga uit van wat iemand wel kan		Omdenken	Er moet een cultuuromslag in (denken over) ggz-behandeling komen.
			Zonder ervaringsdeskundigheid geen verkennend gesprek			
Bekender maken en uitbreiden aanbod			Waarom moeilijk doen als het makkelijk kan	Voor, tijdens of na ggz-behandeling kan de inzet van ervaringsdeskundigheid van waarde zijn.		
			Wij weten hoe het is en voelt	Ervaringsdeskundigheid heeft meerwaarde.		
Actiemodus	Zonder wrijving geen glans	Je mag pilots doen en het mag misgaan.	Niet lullen, maar poetsen	Er wordt veel gepraat, maar er gebeurt weinig.	Niet geschoten is altijd mis	Je moet gewoon ook zelf regie nemen en pakken om dingen voor elkaar te krijgen. Soms wachten we op allerlei initiatieven of dingen. Je kan ook gewoon dingen met elkaar gaan doen/ dingen oppakken vanuit de werkvloer, ongeacht of bestuurders dat wel of niet goed vinden, of daar wel of niet een plan voor is, of daar wel of niet financiering voor wordt verkregen.
	Gewoon doen!				Het wiel is rond maar je moet wel fietsen	Iets moet wel uitgevoerd worden.
	Tegels mogen breken (en weer lijmen)	Experimenteren is vallen en opstaan.				

Doelgroep	Versnellers		Ervaringsdeskundigen en cliëntenvertegenwoordigers		Praktijkprofessionals (ggz, huisartsenzorg, sociaal domein)	
Thema	Tegeltje	Toelichting	Tegeltje	Toelichting	Tegeltje	Toelichting
Overig	Ga online, das pas fijn	Inzet eHealth kan helpen bij het verminderen van de ggz wachttijden	Bang voor verandering? Ik word pas bang als er niks verandert		Voorkomen is beter dan genezen	Preventie kan op de lange termijn helpen om de ggz wachttijden te verminderen.
	Twee stappen vooruit, één stap terug	Verandering heeft tijd nodig en gaat met vallen en opstaan.	Als je niet vooruit gaat, ga je de verkeerde kant op		Tijd voor een laagdrempelige mentale check up	Bijvoorbeeld inloophuizen maken psychische zorg laagdrempeliger beschikbaar en dat is een goede ontwikkeling. Bij de fysiotherapeut kun je ook af en toe laagdrempelig terecht en dan weer verder; misschien is dit ook iets voor de ggz.
			Wat jij niet wilt dat u geschiedt, doe dat ook een ander niet	Wat er vanuit wachtenden allemaal wordt geaccepteerd is eigenlijk ongelooflijk. We zouden niet moeten accepteren dat er 90.000 mensen op de wachtlijst staan. Dit zou bij somatische problematiek niet geaccepteerd worden.	Kwaliteit lost alles op	De discussie moet gaan over kwaliteit van zorg, in plaats van over verplaatsen van zorg.
			Het echte leven is ook je opleiding		Transformatie moet zekerheid bieden	
					Haastige spoed is zelden goed	We moeten blijven verdiepen.
					Goed is goed genoeg	Het hoort ook bij het leven je af en toe minder goed te voelen. Ook met meer sociaal domein betrekken moeten we waken dat we denken: dit is dé oplossing waarmee we alle mentale problemen gaan oplossen. Dan is het wéér iets wat tekortschiet, en verwachtingen en druk vanuit de maatschappij.
					Het gaat beter met me sinds het oké is als het soms even wat minder gaat	
					Behandel waar het om gaat	Er moet meer vraaggericht/transdiagnostisch gewerkt worden binnen de ggz.

