

Wat werkt in de domeinoverstijgende samenwerking rond wachttijden?

Resultaten van een begeleide zelfevaluatie in 21 regio's

Achtergrondrapport van het ZonMw-evaluatietraject
'Versnellers in de ggz'

Wat werkt in de domeinoverstijgende samenwerking rond wachttijden?

Resultaten van een begeleide zelfevaluatie in 21 regio's

Achtergrondrapport van het ZonMw-evaluatietraject
'Versnellers in de ggz'

Trimbos-instituut, Utrecht, Nederland, 2026

Colofon

Auteurs

Jenny Boumans, Trimbos-instituut
Jasper Nuijen, Trimbos-instituut

Met medewerking van

Jan Dijkgraaf, MIND
Jurje Heijmens Visser, Trimbos-instituut
Hans Kroon, Trimbos-instituut
Tessa Magnée, Nivel
Marcel Niezen, InBegrepen

Projectleiding

Jasper Nuijen, Trimbos-instituut

Met dank aan

Dit evaluatietraject kon alleen worden uitgevoerd dankzij de waardevolle medewerking en input van de versnellers en andere betrokkenen uit de regio's die een subsidie hebben ontvangen vanuit het ZonMw-programma 'Versnellers in de geestelijke gezondheidszorg'.

De leden van de kwaliteitscommissie van het ZonMw-programma:

Mr. drs. J.J.H.M. (Sjef) van Gennip (voorzitter)
Dr. Henrie W.J. Henselmans
Dr. Richard Starmans

De begeleidingscommissie, bestaande uit leden van de landelijke Stuurgroep Toegankelijkheid en Wachttijden ggz en afgevaardigden van de de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA).

Financier

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

Vormgeving

The Creative Hub

Beeld

Gettyimages

Bestelinformatie

Deze publicatie is gratis te downloaden via www.trimbos.nl
Artikelnummer: TRI-75-041

©2026, 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

Inhoudsopgave

Deel 1: Aanleiding en opzet	5
1 Inleiding	6
2 Het evaluatietraject	7
3 Samenvatting bevindingen tussenrapportage	11
Deel 2: Resultaten van de begeleide zelfevaluatie	15
4 Inleiding	16
6 Een regionale basis voor domeinoverstijgende samenwerking	24
7 Uitvoering van mechanismen om de wachttijden aan te pakken	36
8 Effecten en meerwaarde van de aanpak	72
9 Conclusies	82
Literatuur	87
Bijlage 1 Scores mate van doelrealisatie	88



Deel 1: Aanleiding en opzet

1 Inleiding



In de periode augustus 2023-maart 2026 hebben het Trimbos-instituut, het Nivel, InBegrepen en MIND, gezamenlijk een evaluatietraject uitgevoerd naar de zogenaamde Versnellers-aanpak van wachttijden in de 21 regio's. In dit rapport presenteren we de resultaten van de hoofdstudie van dit evaluatietraject: de begeleide zelfevaluatie. Deze was erop gericht om op systematische wijze te ontdekken 'wat werkt en niet werkt' in de (domeinoverstijgende) aanpak van wachttijden in de regio met behulp van een versneller. We beschrijven de belangrijkste overkoepelende bevindingen, ondersteund met voorbeelden uit specifieke regio's.

In dit eerste deel schetsen we eerst kort de Versnellers-aanpak als ook de doelen en de aanpak van het evaluatietraject. Daarna geven we een korte samenvatting van de belangrijkste resultaten zoals beschreven in het eerdere tussenrapport 'Regionale Versnellers-aanpakken wachttijden in de ggz in kaart gebracht' (Nuijen et al, 2024). Deze geeft weer hoe de regio's de versnellers hebben ingezet, wat hun activiteiten waren en welke doelen de regio's wilden bereiken met de gekozen aanpak, met andere woorden: wat hun veranderstrategie was. We presenteren tevens opnieuw de overkoepelende verandertheorie waarin de belangrijkste activiteiten van de versnellers, mechanismen om de wachttijden te verminderen en nagestreefde effecten gevisualiseerd staan.

2 Het evaluatietraject



2.1 De Versnellers-aanpakken

De toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg (ggz) staat al langere tijd onder druk. In oktober 2025 hadden bijvoorbeeld ruim 47.000 volwassenen een intakegesprek bij de specialistische ggz (sggz) gehad¹. Zes op de tien (61%) van hen moest hier langer op wachten dan de maximaal aanvaardbare wachttijd (Treeknorm) van vier weken². Kijkend naar de bijna 40.000 volwassenen die in oktober 2025 startten met behandeling in de sggz, viel voor een derde (33%) de wachttijd van intake tot aan de start van de behandeling buiten de Treeknorm van tien weken. Voor de basis-ggz ging het op deze peildatum om vergelijkbare hoge percentages volwassenen die te lang moesten wachten (resp. 64% en 27%). Hoewel de wachttijden in de ggz sinds 2017 nadrukkelijk op de beleidsagenda staan, blijkt het daadwerkelijk terugdringen ervan lastig te realiseren. Om een bijdrage te leveren aan de aanpak van de wachttijdenproblematiek is in 2022 het ZonMw-programma 'Versnellers in de geestelijke gezondheidszorg' gestart en dat liep tot en met 2025. De focus van het ZonMw-programma lag op het verbeteren van regionale domeinoverstijgende samenwerking. Verspreid over drie subsidierondes hebben in totaal 21 regio's één of twee keer subsidie ontvangen vanuit het programma. Als onderdeel van elke subsidie werd een zogenoemde versneller aangesteld die als onafhankelijke projectleider zorg diende te dragen 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).



1 Uitgaande van cijfers zoals aangeleverd door ggz-aanbieders met 10 of meer zorgverleners.

2 zichtopzorgaanbieders

De aanstelling van regionale versnellers vindt zijn oorsprong in het Actieplan Wachttijden 2.0 (juli 2019 - december 2020) van de Stuurgroep Toegankelijkheid en Wachttijden ggz. In het kader van dit actieplan werden versnellers in acht regio's met toentertijd gemiddeld de langste wachttijden aangesteld (ZonMw, 2022). 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', en de aanstelling van versnellers in 21 regio's.

2.2 Het evaluatietraject

In de periode augustus 2023-maart 2026 hebben het Trimbos-instituut, het Nivel³, InBegrepen en MIND, gezamenlijk een evaluatietraject uitgevoerd naar de Versnellers-aanpakken in de 21 regio's. Het evaluatietraject was erop gericht om op basis van de resultaten van de gesubsidieerde projecten bij te dragen aan een goed werkende aanpak voor wachttijden in alle regio's. Daartoe zijn (mogelijk) werkzame elementen van de gehanteerde Versnellers-aanpakken geïdentificeerd, en is in kaart gebracht onder welke voorwaarden en in welke context hun werkzaamheid wordt bevorderd. Bijzondere aandacht is besteed aan regionale domeinoverstijgende samenwerking en de inzet van de regionale versnellers, aangezien dit focuspunten waren van de subsidies van het ZonMw-programma.

Het evaluatietraject bestond uit verschillende onderdelen die in vier achtergrondrapporten worden beschreven⁴:

- 1 Een literatuurstudie 'Wachttijden in de ggz' naar de bredere context van de wachttijden in de ggz, waarbij is gekeken naar omvang en impact, oorzaken en oplossingsrichtingen, en lopend en toekomstig beleid.
- 2 Het hoofdonderzoek over de regionale Versnellers-aanpakken op basis van een begeleide zelfevaluatie met elk van de 21 regio's afzonderlijk. Dit deelonderzoek vormde de basis van het evaluatietraject, en was erop gericht om na te gaan in hoeverre het regio's is gelukt om de beoogde doelen van hun aanpak daadwerkelijk te bereiken, en wat hierbij succesfactoren, knelpunten en geleerde lessen waren.
- 3 Een verdiepend deelonderzoek 'Het verkennend gesprek nader bekeken' naar de uitvoering van en ervaringen met het verkennend gesprek (VG). Het VG was een veelgebruikt mechanisme in de Versnellers-aanpakken.
- 4 Een verdiepend deelonderzoek 'Het domeinoverstijgend casusoverleg nader bekeken' naar de uitvoering van en ervaringen met het domeinoverstijgend casusoverleg (DOCO). Het DOCO was een ander veelgebruikt mechanisme in de Versnellers-aanpakken.

3 Tot mei 2025 betrokken.

4 Daarnaast is halverwege het evaluatietraject een tussenrapport gepubliceerd, getiteld 'Regionale Versnellers-aanpakken wachttijden in de ggz in kaart gebracht' (Nuijen et al., 2024).

Het voorliggend rapport presenteert de resultaten van de hoofdstudie over de begeleide zelfevaluatie.

Het eindrapport getiteld 'Samen werken aan een toegankelijke ggz' beschrijft de kernbevindingen uit bovengenoemde evaluatieonderdelen, en formuleert op basis daarvan aanbevelingen die richting geven aan de doorontwikkeling van domeinoverstijgende samenwerking rond de aanpak van de wachttijden in de ggz.

2.3 Hoofdstudie: Begeleide zelfevaluatie

2.3.1 Doelen

De begeleide zelfevaluatie was erop gericht om op systematische wijze te ontdekken 'wat werkt en niet werkt' in de domeinoverstijgende aanpak van wachttijden in de regio met behulp van een versneller. Daaronder valt het in kaart brengen van alle Versnellers-aanpakken van wachttijden, alsook de mate waarin de bijbehorende doelen op proces- en uitkomstniveau zijn behaald. Hiermee wilden we zicht krijgen op onderdelen die goed uit de verf zijn gekomen, maar ook op knelpunten en randvoorwaarden voor een succesvolle aanpak van wachttijden.

2.3.2 Aanpak

Voor de begeleide zelfevaluatie maakten we gebruik van de '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). Dit hield in dat allereerst een overkoepelende verandertheorie van de regionale Versnellers-aanpakken werd gereconstrueerd. Dit gebeurde 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 een verandertheorie wordt expliciet gemaakt welke activiteiten de versnellers uitvoeren (input), wat de beoogde directe resultaten van deze activiteiten zijn (outputs), en welke concrete mechanismen daaruit moeten voortkomen om de beoogde effecten te bewerkstelligen (mechanismen). Op het hoogste niveau van de verandertheorie staat als stip op de horizon het ideaal geformuleerd: de impactdoelen en de 'droom' waaraan de activiteiten, de outputs, en de mechanismen uiteindelijk aan moeten bijdragen.

In de eerste fase van het evaluatietraject hebben we gestructureerde startgesprekken gehouden met elke regio⁵. Daarin zijn we alle niveaus van de overkoepelende verandertheorie langsgelopen en hebben we de regio's gevraagd toe te lichten/te expliciteren welke de doelen zijn op al die niveaus hanteren in hun versnellersproject. Daarmee kregen wij een gedetailleerd zicht op de beoogde verandervaden van elke regio. Over deze beschrijvende data is in 2025 een tussenrapport gepubliceerd (Nuijen et al, 2024).

De tweede fase van de begeleide zelfevaluatie richtte zich op de mate waarin vooraf gestelde doelen op alle niveaus van de verandertheorie daadwerkelijk behaald werden in de regio's gedurende de looptijd van het project, en wat hierbij beïnvloedende factoren waren. Met andere woorden: hoe pakte de door de versneller ondersteunde aanpak uit en welke resultaten zijn ermee behaald?

5 Bij deze interviews was minimaal de versneller aanwezig, maar meestal ook andere betrokken partijen zoals vertegenwoordigers vanuit ggz, huisarts en/of ervaringsdeskundigheid.

Klopten de aannames die vooraf werden gedaan? Welke contextfactoren speelden een rol? Hiertoe voerden we opnieuw gestructureerde interviews uit met betrokkenen uit alle regio's aan het einde van de looptijd van hun Versnellers-subsidie. Voorafgaand aan deze vervolggesprekken werden deelnemers gevraagd om te 'scoren' in hoeverre de eerder vastgestelde doelen behaald zijn, waarna zij deze scores tijdens de gesprekken uitgebreid toelichtten. Met vier regio's is een tweede vervolggesprek gehouden, omdat de looptijd van hun subsidie ten tijde van het eerste vervolggesprek nog niet was verstreken. Dit extra interview had een meer open karakter. Tot slot vroegen we ook aan alle regio's om relevante documentatie over hun Versnellers-aanpak met ons te delen. Door de verkregen (kwantitatieve en kwalitatieve) data te analyseren, kregen we zicht op wat er wel en niet werkt in de aanpak van wachttijden met behulp van een versneller. De resultaten van de vervolggesprekken worden in dit rapport gepresenteerd.

Nota bene

De focus in de begeleide zelfevaluatie ligt primair op de activiteiten die zijn uitgevoerd *binnen het kader* van de Versnellers-subsidies. In de praktijk bleek het echter in sommige regio's lastig om deze strikt te onderscheiden van andere, verwante initiatieven waarbij de versneller vaak óók een rol speelde. Dan gaat het bijvoorbeeld over bredere (preventie)aanpakken of veranderprocessen in de ggz of het sociaal domein⁶. Daarnaast hebben in vrijwel alle regio's de voorbereidingen op de IZA-transformatieplannen, invloed gehad op de Versnellers-projecten, waarbij de activiteiten in dat kader gedurende de looptijd van de Versnellers-subsidie in sommige gevallen steeds meer verweven raakten met de Versnellers-aanpak. Zonder de focus op de Versnellers-aanpakken te verliezen hebben we wel geprobeerd om dergelijke invloeden in kaart te brengen. Daarbij zijn we dus per definitie niet volledig (dat wil zeggen dat we niet alle aanpalende aanpakken volledig in beeld hebben gekregen), en hebben we ons beperkt tot de plekken/momenten waarop deze de Versnellers-aanpakken raakten.

6 waaronder het ecosysteem mentale gezondheid (GEM)

3 Samenvatting bevindingen *tussenrapportage*



Op basis van de beschrijvende data verkregen tijdens de eerste fase van het evaluatietraject, kan de volgende algemene conclusie worden getrokken (zie ook ons tussenrapport, Nuijen et al., 2024). De 21 betrokken regio's hebben de Versnellers-subsidie ingezet om, met behulp van een versneller, te werken aan het aanpakken van de wachttijden in de ggz. De regio's hebben, enkele uitzonderingen daargelaten, daarbij een grotendeels vergelijkbare veranderstrategie gevolgd. Deze komt globaal neer op het volgende: Om de ggz weer toegankelijk te krijgen voor mensen die het écht nodig hebben, is een transformatie nodig waarbij integraal kijken en domeinoverstijgende samenwerking de norm worden. Versnellers worden aangesteld om vanuit een onafhankelijke rol, te helpen om deze transformatie vorm te geven.

Kijkend naar de Versnellers-projecten in de 21 regio's, vallen meer specifiek de volgende zaken op in de veranderstrategie (zie ook figuur 1):

- ➔ De regio's deelden dezelfde 'droom' waaraan zij met hun aanpakken willen bijdragen: een toegankelijke en goede ggz met korte wachttijden, *voor wie dat nodig heeft*. Daarbij hoort dat er ook toegankelijke en goede ondersteuning *buiten* de ggz beschikbaar is, voor mensen voor wie dat (ook) passend is.
- ➔ Concreet hoopten regio's een impact te bewerkstelligen, of daaraan bij te dragen, op verschillende niveaus:
 - Meer grip op in-, door- en uitstroom in de ggz;
 - Meer structurele en duurzame domeinoverstijgende samenwerking;
 - Professionals worden beter in staat (gesteld) om goede, integrale en passende 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 impactdoelen⁷, zijn versnellers aangesteld die in alle regio's vergelijkbare inventariserende, verbindende, activerende en procesbegeleidende activiteiten hebben uitgevoerd. Het belangrijkste doel van hun activiteiten was toe te werken naar een geformaliseerde, goed functionerende regionale governance-structuur waarbij er sprake is van vertrouwen, urgentiebesef en bereidheid bij betrokken partijen (zachte factoren) en het ondersteunen van de ontwikkeling van een gezamenlijk, haalbaar en uitvoerbaar plan van aanpak om de wachttijden aan te pakken. Deze plannen van aanpak bevatten verschillende concrete mechanismen (interventies, werkwijzen, strategieën) om op kleinschalige schaal te implementeren en uit te testen.

7 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).

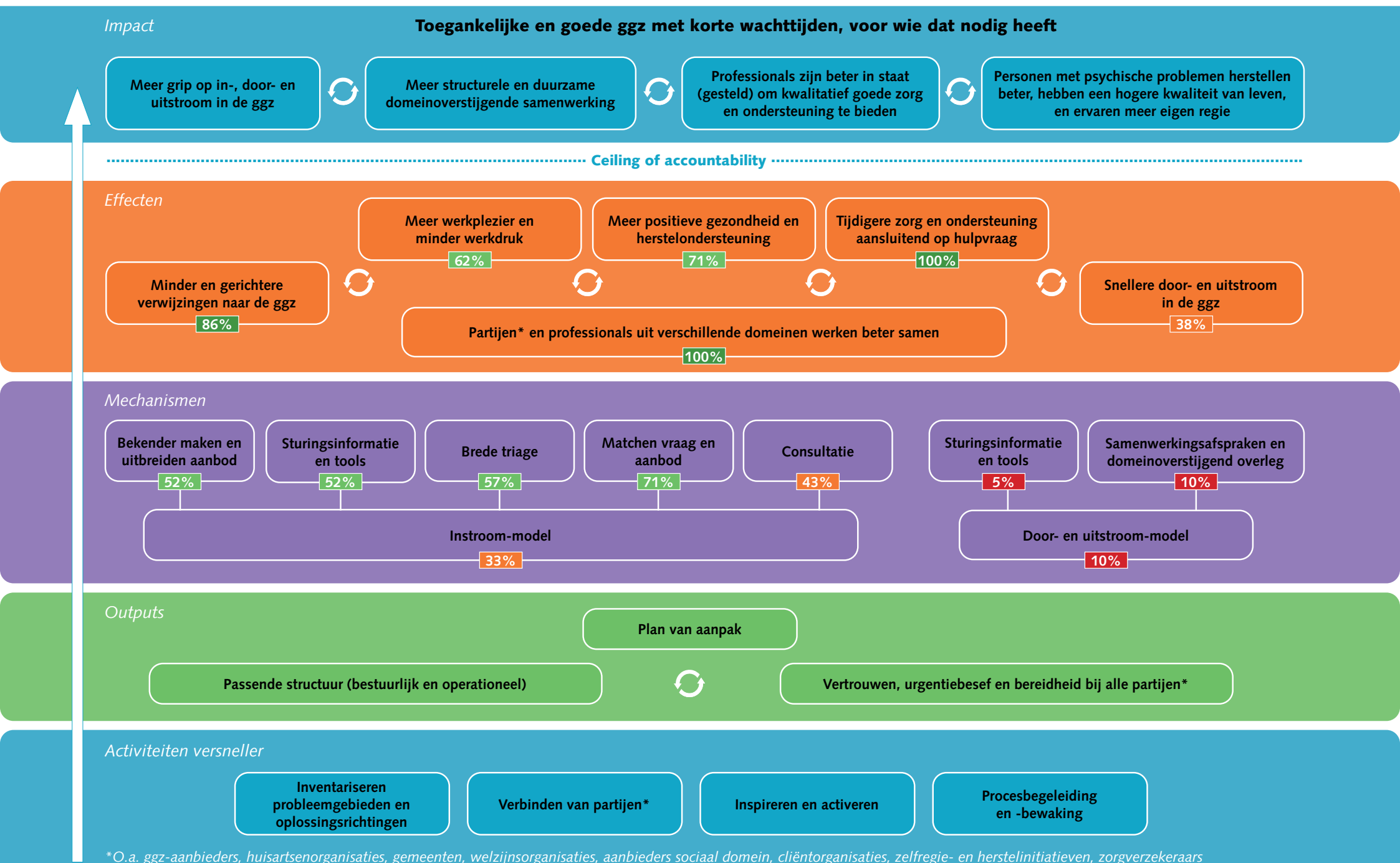
- Opvallend is dat de scope van de plannen van aanpak aanzienlijk varieerde tussen regio's. Sommige regio's richtten zich op van 1 á 2 mechanismen (6 regio's), maar er was ook een regio met een plan van aanpak dat 7 verschillende mechanismen omvatte. De meeste regio's zaten ergens daartussen en richtten zich op het (door ontwikkelen, testen of opschalen van 3 à 4 mechanismen).
- Samenvattend waren mechanismen gericht op het verbeteren van de **domeinoverstijgende samenwerking** rond hulpvragers met als doel om hen **sneller toe te leiden** naar passend aanbod binnen of buiten de ggz, aansluitend bij hun hulpvraag. *Alle 21 Versnellers-aanpakken*, willekeurig hun scope, verwachtten - in ieder geval- deze effecten te bereiken.
- De analyse maakte verder duidelijk dat regio's zich vooral richtten op de *instroomkant* van de ggz. Er werd vooral ingezet op de volgende mechanismen:
 - Het **matchen van vraag en aanbod**, met name door het ontwikkelen of verder optimaliseren van een domeinoverstijgende overlegtafel (casusoverleg) of transfermechanisme.
 - **Brede triage**, door middel van het implementeren en uittesten van het verkennend gesprek of een centraal toeleidingspunt. Hierbij gaat het over integraal kijken naar een hulpvraag en onderzoeken welke oplossingsrichting(en) het meest passend is/zijn.
 - Het **bekender maken en/of uitbreiden van beschikbaar aanbod, anders dan individuele ggz-behandeling**, waarbij het vooral gaat om het inzichtelijker maken en uitbreiden van voorzieningen in het sociaal domein, het digitaal aanbod en zelfregie- en herstelinitiatieven.
 - De inzet van **sturingsinformatie en digitale tools**, waarbij het vooral gaat om het realiseren van een actueel inzicht in de regionale wachttijden en -lijsten in de ggz en tools om bestaande vraag effectiever te koppelen aan beschikbaar aanbod.
 - Consultatie, een mechanisme waarmee een professional in de eerste lijn of sociaal domein laagdrempelig advies van een ggz-professional kan inwinnen.
- In sommige regio's werden meerdere van deze mechanismen samengebracht in een overkoepelend instroom-model⁸, wat als de voorloper van het Mentaal Gezondheidsnetwerk kan worden gezien. Andere regio's focusten zich op één of meer losse mechanismen, en gingen dus niet uit van een overkoepelend model.
- In de meeste regio's, dus ook de regio's met een smalle insteek, was de centrale verwachting dat de aanpak zou leiden tot **minder en gerichtere verwijzingen** naar de ggz. De verwachting was bovendien dat **meer hulpvragers zouden worden toegeleid naar het sociaal domein, zelfregie- en herstelinitiatieven, of preventief/zelfhulp aanbod**.
- Slechts twee regio's zetten met hun Versnellers-aanpak mechanismen in die gericht waren op het verbeteren van de door- en uitstroom in de ggz.

8 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.

Figuur 1 presenteert de overkoepelende veranderstrategie. Deze dient van onder naar boven te worden gelezen, waarbij de aanname is dat elke laag tot de laag erboven zal leiden. Ook staat vermeld welk percentage van de Versnellers-regio's een bepaalde bouwsteen hebben geïntegreerd in hun veranderstrategie. Zo ontstaat een beeld van waar de nadrukken liggen binnen de Versnellers-aanpakken.

NB: de beschreven veranderstrategie gaat *uitsluitend* over wat er gebeurt en wordt beoogd in het kader van de Versnellers-subsidies. Activiteiten in het kader van regionale wachttijdenaanpakken die op andere manieren werden gefinancierd en waarbij de versneller niet was betrokken, zijn hier dus niet meegenomen.

Figuur 1 De overkoepelende verandertheorie van de Versnellers-aanpakken van wachttijden in de ggz. 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



Deel 2: Resultaten van de begeleide zelfevaluatie

4 Inleiding



In dit tweede deel (hoofdstukken 5 t/9) presenteren we de resultaten en conclusies van de begeleide zelfevaluatie. We beschrijven de belangrijkste overkoepelende bevindingen uit de vervolggesprekken met de regio's. Uitgangspunt van de vervolggesprekken vormden de 'scores' die regio's gaven aan het daadwerkelijk hebben bereikt van de doelen zoals geformuleerd in het startgesprek. We volgen daarbij wederom de stappen van de veranderstrategie (c.q. lagen van de verandertheorie):

- De activiteiten van de versneller (input).
- De basis voor een regionale domeinoverstijgende samenwerking rond wachttijden (outputs).
- De uitvoering van het plan van aanpak (mechanismen en directe effecten).
- De hogere effecten van de aanpak (impact).

Daarbij gaan we in op wat er is gelukt, en wat niet. We beschrijven wat bevorderende of succesfactoren waren, maar ook welke factoren belemmerend waren in het behalen van de doelen. Kernvraag is steeds: Waren de vooraf gestelde aannames juist?

We starten in **hoofdstuk 5** met de onderste laag van de overkoepelende verandertheorie. We gaan in op de mate waarin de activiteiten van de versneller uit de verf zijn gekomen. We beschrijven hoe regio's in algemene zin op de versnellers-rol reflecteren en illustreren dit met voorbeelden uit specifieke regio's.

In **hoofdstuk 6** bespreken we waar, gegeven de overkoepelende veranderstrategie, de activiteiten van de versneller in eerste plaats toe moesten leiden: namelijk een regionale (of lokale) basis voor domeinoverstijgende samenwerking rond wachttijden⁹. We beschrijven in hoeverre het gelukt is om tot zo'n basis te komen en in hoeverre de hieraan gekoppelde doelen behaald zijn, en welke factoren daarbij bevorderend dan wel belemmerend waren.

In **hoofdstuk 7** bespreken we de daadwerkelijke uitvoering van de plannen van aanpak van wachttijden in de Versnellers-regio's. We beschrijven de specifieke mechanismen die in de plannen genoemd werden en de mate waarin volgens betrokkenen de doelen met betrekking tot het ontwikkelen, testen of uitrollen van deze mechanismen, behaald zijn. En wat daarbij helpend of belemmerend was. Ook gaan we, waar mogelijk, in op de effecten die met het uitvoeren de van de mechanismen waargenomen zijn.

In **hoofdstuk 8**, tot slot, beschrijven we hoe regio's reflecteren op de impact die de projecten hebben weten te bewerkstelligen op het niveau van respectievelijk wachttijden, domeinoverstijgende samenwerking, professionals en hulpvragers.

In **hoofdstuk 9** geven we de belangrijkste conclusies van de begeleide zelfevaluatie.

9 In een enkele regio stond de structuur al stevig bij aanvang van het project. Maar in het overgrote deel van de regio's is dit echt een doel geweest van de activiteiten van de versneller, dan wel heeft de versneller hierin een belangrijke bijdrage geleverd.

5 De versneller als bruggenbouwer



Dit hoofdstuk heeft betrekking op de onderste (blauwe) laag van de verandertheorie: de activiteiten van de versneller.

5.1 Doelen en scores

Uit de eerste fase van de evaluatie kwam naar voren dat met betrekking tot de beoogde activiteiten van de versneller vier doelen konden worden onderscheiden (Nuijen et al., 2024):

- 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.

Scores

In het vervolgesprek hebben we aan betrokkenen (inclusief de versneller zelf) gevraagd te reflecteren op de mate waarin de versneller deze activiteiten heeft kunnen uitvoeren, c.q. in hoeverre deze doelen behaald zijn. Hoewel er verschillen waren in de reikwijdte van de activiteiten, alsook het mandaat waarmee de versneller kon opereren, kan op basis van reflectie van betrokkenen gesteld worden dat de beoogde activiteiten over het algemeen goed gelukt zijn. Zoals in bijlage 1 te zien wordt de mate waarin de versneller zijn activiteiten heeft kunnen uitvoeren binnen de projecten achteraf gescoord met gemiddeld een 7,8. Dit cijfer berust op (zelf)reflectie¹⁰. Het cijfer van 7,8 weerspiegelt een breed gedragen tevredenheid, waarbij veel geïnterviewden weliswaar oordelen dat er altijd dingen beter of sneller hadden gekund, maar vooral positief zijn over de bijdrage van de versneller. Het niet scoren van een hoger cijfer berustte meestal op het feit dat de activiteiten voor het gevoel van geïnterviewden niet 'klaar' waren ten tijde van het interview, zelfs als het project al afgerond was. Versnellers zelf benadrukken dat hun rol gezien moet worden als een bijdrage aan 'de eerste stap' van een veel grotere beweging die verder moet vormkrijgen in de regio, o.a. middels het IZA-transformatieplan.

10 Veel versnellers vonden het een beetje gek om zichzelf te moeten beoordelen. Wij hebben benadrukt dat het hier gaat over de mate waarin de vooraf gestelde activiteiten ook daadwerkelijk zijn uitgevoerd. Juist om het gesprek te kunnen voeren over 'waarom wel of niet'. In veel regio's kwam de scoring tot stand door de versneller plus een aantal andere betrokkenen.

5.2 Werkzame elementen met betrekking tot de Versnellers-rol

In de interviews komt heel eenduidig naar voren dat de belangrijkste meerwaarde van de versneller is dat deze bruggen heeft kunnen bouwen tussen domeinen, disciplines en mensen die elkaar vooralsnog niet of minder goed bereikten. In de interviews worden daarbij vooral de inspanningen om partijen aan tafel te krijgen *en te houden*, en het doorbreken van bestaande weerstand bij partijen, benoemd.

5.2.1 Onafhankelijkheid

Belangrijkste werkzame factor was volgens geïnterviewden de **onafhankelijkheid**¹¹ van de versneller. Volgens hen konden versnellers door hun onpartijdige positie de vinger op de zere plekken leggen waar afzonderlijke partijen dat (logischerwijs) zelf niet konden. Juist doordat de versneller tijd had om met een helicopterview te kijken naar onderlinge verhoudingen, (belemmerende) patronen en systemen, kon een basis worden gecreëerd om tot samenwerking rond wachttijden te komen. Omdat een versneller iemand is die geen belang heeft bij welke partij dan ook, is er sprake van neutraliteit en ontstond er bij partijen meer bereidheid om 'in te stappen'. Daarbij was het helpend dat de versneller effectief kon laveren tussen bestuurlijke en operationele niveaus en continu, in alle gremia, benadrukte dat er sprake is van een collectief belang en dat dát moet prevaleren boven individuele (organisatie)belangen. Door dit soort acties kon de versneller bijdragen aan een herziening van bestaande hiërarchische verhoudingen in de betrokken regio's.

Bij het opzetten van de regiotafel waren versnellers zeer waardevol. Er waren lang bestaande problemen tussen instellingen en de zorgverzekeraar en dat kwam nu open op tafel waardoor samen aan een oplossing kon worden gewerkt. Huisartsen en ggz-instellingen idem, die hadden hun problemen onderling, maar nu weten we elkaar te vinden, hebben we oog voor elkaar en elkaars problemen. De versnellers trokken iedereen er aan de oren bij. Nu kunnen de partijen het wel zelf, in het begin waren de versnellers echt nodig daarvoor.

Die onafhankelijkheid van zo'n versneller dat is belangrijk, want anders heb je toch altijd een partijbelang en om die verbinding te maken moet je boven dat partijbelang zien te gaan staan en al die partijen moet je ook een stukje boven hun eigen partijbelang zien te krijgen.

Nou ja, weet je, het helpt gewoon altijd om een extern iemand te hebben die onafhankelijk is van partijen. Er zijn ook een aantal projectleiders die eerder extern waren, in dienst gegaan bij grotere organisaties. Ja, die hebben wel meteen het labeltje op zich. "Oh, jij praat namens de instelling", dus dat dat maakt het altijd wat lastiger.

11 In de meeste regio's was de versneller daadwerkelijk onafhankelijk. In enkele gevallen kwam het voor dat de versneller verbonden was aan een van de betrokken partijen.

5.2.2 Pragmatiek

Een ander werkzaam element in relatie tot de versnellers-rol was volgens betrokkenen ook de **werkwijze** van versnellers. Deze werd gekenschetst als visionair én hands-on. Versnellers wisten op effectieve wijze overzicht te houden over verschillende activiteiten en processen, informatie-stromen te regelen zodat iedereen op de hoogte bleef, en processen te coördineren, organiseren en ondersteunen. Betrokkenen geven aan dat dit niet een taak is die bijvoorbeeld een professional of manager vanuit één van de betrokken partijen er 'even bij' kan doen. De versnellers hadden vaak een achtergrond in veranderkunde en een projectmatige manier van werken. Daardoor konden zij makkelijker dan partijen een visie of horizon schetsen om gezamenlijk naar toe te bewegen, hadden ze praktische tools én de tijd om de bijbehorende (samenwerkings)processen efficiënt te laten verlopen. Ook stonden zij in contact met versnellers in andere regio's, waarmee een gezamenlijke kennisbase werd opgebouwd, waar de afzonderlijke regio's van konden profiteren. De werkwijze van versnellers was overigens voor sommige partijen in de regio's tamelijk nieuw en wennen.

We hebben er ook een stukje efficiëntie in gebracht. We zijn consultants en we werken projectmatig, dus kleine dingen als een agenda sturen vooraf en achteraf terugkoppeling geven. Dat soort basisdingen, vergaderhygiëneregels, die waren er niet. Het overdragen van projectmatig werken aan de regio is ook een belangrijk doel geweest.

Ja ik voel mezelf altijd een beetje een soort 'spin in het web' tussen al die partijen en het is gewoon fijn dat iemand die rol kan vervullen en daar ook de tijd voor krijgt. Dat maakt dat het loopt. Anders was dat minder goed uit de verf gekomen, denk ik.

Wij als versnellers nemen de ervaringen uit andere regio's en het landelijke stuk mee. We zijn pragmatisch ingesteld en kunnen beleid omzetten in acties, dat helpt regio's een veranderproces in te gaan.

5.3 Belemmerende factoren

5.3.1 Beperkte tijd

Hoewel de rol van versneller over het algemeen goed verliep was deze wel bewerkelijker dan vooraf ingeschat, zo komt naar voren uit de interviews. Dit komt onder andere omdat randvoorwaarden voor een goede start (zoals enig vertrouwen tussen partijen) vaak onvoldoende aanwezig waren en eerst gecreëerd moesten worden. Daarnaast was de stap van algemene commitment bij partijen, tot daadwerkelijke uitvoering van de plannen van aanpak (operationeel niveau) geen sinecure, zoals we ook in hoofdstuk 6 en 7 zullen beschrijven. Een terugkerend thema in de interviews was dat versnellers onderschat hebben hoeveel tijd het kost om partijen en professionals duurzaam aan te haken in de samenwerking en de beoogde mechanismen/pilots (bijv. de overlegtafel/het casusoverleg of het verkennend gesprek). De tijd die men moest stoppen in de voorbereiding en het opstarten van dergelijke samenwerkingsverbanden, ging in

verschillende regio's ten koste van de tijd voor de daadwerkelijke uitvoering en monitoring van de pilots. Tijd (of de beperkte tijd) was dus een belangrijke belemmerende factor in de Versnellers-projecten.

De constatering was dat het met zoveel partijen samen op een lijn komen heel veel tijd kost. Dat stond tijdens het project echt op de voorgrond en het staat nu wel echt goed. Relaties zijn nu goed, er is geen 'wij en zij' meer, maar alleen 'wij samen'. Dat proces is goed begeleid en getrokken door de versnellers. We hebben nu allen een intrinsieke motivatie om het anders en samen te doen en zijn positief over de toekomstige samenwerking.

We scoren het een 8, omdat het kader, de structuur er staat en het enthousiasme er is. Maar je moet ook de input krijgen. Daarvoor hebben we bijvoorbeeld ook alle huisartsen nodig. Dat doe je niet in 2 maanden, want dat is een hele nieuwe ontwikkeling. Dat heeft echt veel investering, communicatie en tijd nodig om de praktijkprofessionals mee te nemen.

5.3.2 Snel veranderende context

Niet alleen het opstarten van processen en samenwerkingen was bewerkelijk; het goed *houden* ervan had ook (continu) aandacht nodig, niet in de laatste plaats vanwege de ontwikkelingen in het veld en in het beleid waardoor ook regionale verhoudingen voortdurend aan verandering onderhevig waren. Veel versnellers kregen gedurende de looptijd van de Versnellers-subsidie te maken met een nieuwe regionale ontwikkeling, namelijk (de voorbereidingen op) de IZA-transformatieplannen gericht op onder andere het inrichten en uitrollen van regionale Mentale gezondheidsnetwerken. Deze plannen overlappen qua doelstellingen met de Versnellers-aanpakken, maar hebben een bredere scope. Voor versnellers betekende dit schakelen, meebewegen, maar ook, waar nodig, bij het eigen plan blijven. In sommige regio's ontwikkelden de activiteiten rond het transformatieplan zich eigenstandig, zonder echte verbinding met de Versnellers-activiteiten. In andere regio's kwam het wel samen. Sommige versnellers vonden de komst van het IZA-transformatieplan vertragend werken. Zij zagen een toename in overlegstructuren, en soms leek het "alsof het ei opnieuw uitgevonden moest worden", terwijl er binnen de Versnellers-subsidie al ervaringen werden opgedaan met het domeinoverstijgend werken. Het was voor veel versnellers de uitdaging om het Versnellers-project te verbinden aan het transformatieplan, zonder het eigen project te vertragen. Hier was vaak veel extra overleg en afstemming voor nodig. In hoofdstuk 6 en 7 wordt hier verder op ingegaan.

We zitten in een complexe omgeving. Er gebeuren ook veel andere initiatieven. De ontwikkeling van het IZA rond Mentale gezondheidsnetwerken, hoe verhouden onze activiteiten zich daartoe? Je kan de Versnellers-aanpak niet als zelfstandige ontwikkeling blijven zien. Het zijn dezelfde partijen die erbij betrokken zijn. Ik heb veel tijd en communicatie moeten steken om hen goed aan te lijnen, om verbonden en gerichte keuzes te kunnen maken met elkaar.

Dit was niet gedurende de volledige periode echt een issue, maar eind december waren we betrokken bij het schrijven van regioplannen en toen werd dit wel een ding. Vragen als: Hoe laten we ons eigen bestuurlijk overleg aansluiten bij deze grotere bestuurlijke overleggen?; Waar worden besluiten dan genomen?; Wie heeft zeggenschap? Dat soort vragen komen dan wel op. Meerdere projecten overlappen dan, dat is lastig. Elke organisatie wil dit wel helder hebben maar ook doorgaan met de uitvoering van de plannen. Deze onduidelijkheid is lastig en vertragend. We hopen dat nu wel in te gaan halen, maar het is lastig in te schatten of dat gaat lukken en hoe dat gaat verlopen. Er gebeurt landelijk veel dat invloed heeft.

Sommige versnellers zijn tijdens of na de Versnellers-subsidie zelf betrokken geraakt in een vergelijkbare rol als bijvoorbeeld coördinator van het ontwikkelen van een IZA-transformatieplan. Dat bracht best wat voordelen met zich mee, met name dat de kennis vanuit de Versnellers-trajecten kon worden meegenomen. Hoewel het aanstellen van een onafhankelijk projectleider geen eis is in de transformatieplannen, werd daar door sommige regio's wel bewust voor gekozen. In andere regio's werd vaak gekozen om één van de netwerkpartners in de lead te laten zijn van het proces. In gesprekken met betrokkenen kwam naar voren dat juist in die regio's de onafhankelijke rol van de versneller wordt gemist, waarbij het risico bestaat dat één partij toch dominant wordt.

Versnellers zijn lang niet alleen maar bezig met activiteiten op basis van de ZonMw-subsidie. Een heleboel versnellers zitten ook in iets wat grenst aan het IZA. Nou, dat is in ons geval ook zo en wij denken dat het ook superbelangrijk is dat die verbinding er is.

Ja en ik merk bijvoorbeeld nu ook dat in dat IZA-verhaal er niet zo'n soort versneller is, dus daarom krijg ik alsnog allerlei versneller-achtige vragen. Ik word nu ingehuurd door [ggz-instelling], en ben dus minder onafhankelijk. Volgens mij wordt dat niet echt op die manier ervaren maar toch mis ik wel die rol, je mist eigenlijk dat je echt een beetje tussen al die partijen in kan staan.

Dat zie ik dus nu bijvoorbeeld bij de IZA, dan moeten we toe naar transformatieplannen als grootste kerninstelling voor de ggz, wat je verantwoordelijk maakt voor het transformatieplan-deel waar het gaat om het Mentaal gezondheidsnetwerk. Wat je daarin ziet is dat het risico op de loer ligt dat het dan toch weer een ggz-sfeertje wordt.

5.3.3 Achterblijvende activiteiten

Als we kijken naar de vooraf beoogde activiteiten van de versneller, dan valt op dat activiteiten op het gebied van monitoring, verspreiding en borging het vaakst *niet* gelukt zijn, of moeilijk te realiseren bleken. De versnellers geven aan dat hun focus meer lag op opstarten en *doen* dan op evalueren en verspreiden. Voor veel regio's geldt dat er in het begin ook nog weinig te monitoren en verspreiden viel omdat mechanismen nog niet of slechts beperkt in werking waren getreden (zie hoofdstuk 7). Versnellers hadden ook beperkte toegang tot kwalitatief goede data over wachttijden en dus op de impact van hun projecten daarop. Bovendien waren de projecten vaak kleinschalig, waardoor de impact ook moeilijk vast te stellen was (zie hoofdstuk 8). Ook waren er beperkte middelen begroot voor monitoring.

We hadden het net over die knelpunten. Wat wij misschien niet zo goed hebben gedaan is het monitoren van wat is nou het effect van wat we doen en de data. Zelfs de wachtlijst zelf... Ik heb heel lang überhaupt geen wachtlijst gezien. Toen dacht ik: maar ik ben toch bezig met 'Weg met de wachtlijst', weet je wel? Dus ja, onze focus is zo op met elkaar toe bewegen naar de 'juiste zorg op de juiste plek'. Dat monitoren hebben we denk ik best wel laten liggen.

5.4 Samenvattend

Hoofdstuk 5 beschrijft de rol, meerwaarde en uitdagingen van de versneller binnen de regionale aanpak van wachttijden in de ggz. Het voornaamste doel van de versnellersrol was het versterken van de regionale domeinoverstijgende samenwerking en het ontwerpen en realiseren van een effectieve aanpak van wachttijden. De versneller vervulde daarbij vier kerntaken: het in kaart brengen van de (lokale) situatie, het verbinden van partijen, het inspireren en activeren, en het begeleiden en bewaken van het proces. Uit de evaluatie blijkt dat de versnellers-rol en bijbehorende activiteiten goed uit de verf zijn gekomen en dat zij breed worden gewaardeerd door betrokkenen in de regio's. Daarbij zijn twee werkzame elementen aan te wijzen.

Onafhankelijke verbinder

De sterkste bijdrage van de versneller lag volgens betrokkenen in diens onafhankelijke, neutrale positie. Hierdoor kon de versneller vrij bewegen tussen organisaties, hiërarchische niveaus en domeinen, en kon hij/zij spanningen of belangenverschillen bespreekbaar maken. De onafhankelijkheid maakte het mogelijk om oude patronen te doorbreken, wederzijds wantrouwen te verminderen en gelijkwaardigheid te bevorderen. Vooral in regio's met historisch gegroeide moeilijke verhoudingen (bijv. tussen ggz-instellingen, huisartsen en verzekeraars) werd de versneller gezien als dé partij die mensen aan tafel kreeg en hield.

Pragmatische werkwijze

Versnellers werden geprezen om hun combinatie van visie en pragmatiek: zij brachten structuur in het proces, regelden uitwisseling, organiseerden bijeenkomsten en hielpen partijen om ideeën om te zetten in concrete acties. Ze introduceerden projectmatig werken en brachten overzicht in

complexe samenwerkingsprocessen, een taak waarvan wordt ingeschat dat je dit als professional of manager er zelf niet 'even bij' kan doen. Door hun brede bovenregionale netwerk brachten zij bovendien kennis en ervaringen uit andere regio's in.

Belemmeringen waar versnellers tegenaan liepen

De uitvoering van de beoogde activiteiten van de versneller zijn grotendeels gelukt maar daarbij liepen versnellers wel tegen aan aantal belemmeringen aan:

- Tijdsgebrek: het kostte veel meer tijd dan voorzien om partijen aan te haken, vertrouwen te bouwen en pilots daadwerkelijk operationeel te krijgen. Voorbereiding slokte vaak de tijd op die bedoeld was voor uitvoering.
- Snelle veranderingen in het veld: de tussentijdse komst van het Integraal Zorg Akkoord (IZA) (najaar 2022) en de daarin afgesproken inrichting van regionale Mentale gezondheidsnetwerken leidde tot extra overlegstructuren, onduidelijkheden over rollen en soms vertraging in de versnellersprojecten. Versnellers moesten schakelen tussen bestaande plannen en nieuwe IZA-eisen, wat soms het gevoel gaf dat het wiel opnieuw moest worden uitgevonden.
- Monitoring bleef achter: doordat veel aandacht uitging naar het opstarten en uitvoeren van processen, kwam het monitoren van directe effecten van de aanpak (benoemd als een van de activiteiten van de versneller) in sommige regio's in de knel. Gegevens over wachtlijsten/-tijden waren bovendien moeilijk toegankelijk of onvoldoende actueel.

Samenvattend

Samenvattend vervulde de versneller een belangrijke rol als onafhankelijke verbinder, procesbegeleider en aanjager van samenwerking. De grootste impact lag in het creëren van vertrouwen en gezamenlijke verantwoordelijkheid: de fundamenten van domeinoverstijgend werken. Tegelijkertijd maakte het 'oude' systeem (met versnipperde financiering, belangen en structuren) het lastig om partijen duurzaam te engageren. De rol van de Versneller wordt gezien als een eerste, noodzakelijke stap in een transformatie die nog jaren zal vergen.

In de volgende hoofdstukken gaan we dieper in op de inhoud van de Versnellers-projecten, en zullen daarbij ook steeds terugkomen op de rol van de versneller.

6 Een regionale basis voor domeinoverstijgende samenwerking



Dit hoofdstuk heeft betrekking op de tweede (groene) laag van de verandertheorie: de outputs van de activiteiten van de versneller.

6.1 Doelen en scores

Met de activiteiten van de versnellers werden de volgende outputs (als basis voor domeinoverstijgende samenwerking) nagestreefd:

1 Governance structuur

Doelen met betrekking tot de governance structuur omvatten meestal de oprichting (of versteviging) van een bestuurlijk orgaan/ overleg waarin alle relevante partijen vertegenwoordigd zijn, en één of meerdere uitvoerende organen/ werkgroepen waarbinnen veelal dezelfde partijen vertegenwoordigd waren maar dan op operationeel niveau. In veel regio's werd daarbij in ieder geval gestreefd naar afvaardiging in bestuurlijk en operationele organen vanuit de ggz, de huisartsenzorg en gemeenten. In veel regio's waren de beoogde verbanden breder en werden ook andere partijen betrokken, waaronder: diverse sociaal domein partners, ervaringsdeskundigen, kleine ggz-aanbieders/ vrijevestigden, steunpunten en herstelcentra, burgerinitiatieven, verzekeraars, zorgkantoren en/of andere betrokken partijen. Soms waren er ook nog één of twee extra 'regiegroepen', 'kernteams' of 'projectgroepen' om gedurende de looptijd van het project de projectvoortgang te bespreken.

2 Zachte factoren

Omdat het formeel betrekken van partijen in de governancestructuur nog niet automatisch leidt tot goede samenwerking binnen een regionale wachttijdenaanpak, was een tweede — door betrokkenen als cruciaal benoemd — doel het toewerken naar een situatie van onderling vertrouwen, een gevoel van gezamenlijke verantwoordelijkheid en gedeeld urgentiebesef. Dit worden ook wel de 'zachte factoren' van de transformatie genoemd.

3 Haalbaar en uitvoerbaar plan van aanpak

Vanuit de basis van een formele structuur waarbinnen ook sprake is van vertrouwen en een gevoel van gezamenlijkheid, werd als derde doel benoemd dat regio's toewerken naar een uitvoerbaar en haalbaar plan van aanpak voor het terugdringen van wachttijden (of -in sommige regio's - het doorontwikkelen of uitbreiden van een reeds bestaande aanpak). Zoals te lezen viel in ons eerdere tussenrapport bevat zo'n plan concrete mechanismen, interventies, werkwijzen die worden (door)ontwikkeld en/of uitgetest, en waarmee bepaalde effecten worden beoogd, die op hun beurt weer zouden moeten bijdragen aan het realiseren van de (impact)doelen met betrekking tot de toegankelijkheid van de ggz (Nuijen et al., 2024). Meestal was het plan pragmatisch opgezet en bestond het uit hoofdlijnen die in de praktijk verfijnd, bijgesteld en aangescherpt moesten worden.

Scores

In de vervolginterviews werd gevraagd aan regio's om de mate waarin het gelukt was om bovenstaande doelen te behalen, te scoren. Het realiseren van de governance structuur werd door de regio's gescoord met een gemiddelde van 8,3 (zie bijlage 1), wat aangeeft dat men in de regel tevreden tot zeer tevreden is over wat er op dit punt bereikt is. In de meeste regio's is het dan ook gelukt om de (voor die regio) gewenste structuur te realiseren, en in regio's waarin dat niet volledig lukte werd vooral de progressie ten opzichte van de eerdere situatie benoemd. Daarbij moet wel (opnieuw) vermeld worden dat er veel variatie was in de ambitie van de regio's. Zo waren er regio's die hele brede samenwerkingsverbanden beoogden, op verschillende niveaus, maar ook regio's die slechts één, vrij lokaal, samenwerkingsverband ontwikkelden (bijvoorbeeld een overlegtafel). Variatie was er ook in de soepel- dan wel stroefheid van het formaliseren van de verschillende samenwerkingsverbanden. Zo lukte het in de ene regio goed om de bestuurlijke structuur op te richten, maar was het bijeen laten komen van de werkgroepen uitdagend, terwijl het in een andere regio juist andersom was. Daar liep het goed op het operationeel niveau, maar zonder goede bestuurlijke dekking. In sommige regio's duurde het maanden totdat de verschillende verbanden geformaliseerd waren. Ook zijn er in bijna alle regio's gaandeweg wijzigingen aangebracht in de governance structuur (en werd er dus afgeweken van de oorspronkelijke doelstellingen). Dit kwam door voortschrijdend inzicht en regionale ontwikkelingen. Zo werden verschillende werkgroepen met complementaire doelen en dezelfde deelnemers samengevoegd, en werden werkgroepen opgeheven die geen logische functie bleken te hebben. Ook werden namen en functies van overleggen veranderd om beter aan te sluiten bij nieuwe (IZA-)ontwikkelingen. In sommige regio's zijn de structuren na het eindigen van de subsidieperiode/ pilots weer opgeheven of 'on hold' gezet. Dit had dan onder andere te maken met het ontbreken van middelen om de samenwerking na de subsidieperiode te continueren, of het 'wachten op' de transformatiegelden.

De gemiddelde score voor het realiseren van de 'zachte factoren' in de samenwerking was een 7,8. Dit cijfer weerspiegelt dat regio's tevreden zijn over wat er op dit vlak gelukt is. Tegelijkertijd geven zij in hun toelichtingen aan dat dit misschien wel de meest complexe opgave was. Het cruciale belang van 'zachte factoren' in de transformatie werd in alle regio's onderstreept, alsook hoe intensief en bewerkelijk dit proces is. In hoofdstuk 5 viel al te lezen dat de versnellers doorgaans het grootste deel van hun tijd bezig zijn geweest met het bevorderen van de onderlinge relaties tussen partijen. Vanuit de overtuiging dat niet de structuur, maar de onderlinge relaties de basis vormen van de benodigde beweging.

Het gemiddelde cijfer dat in de vervolggesprekken werd gegeven voor de uitvoerbaarheid en haalbaarheid van het ontwikkelde plan van aanpak was een 7,3. Het valt op dat dit cijfer lager uitvalt dan de andere twee bouwstenen (governance structuur en zachte factoren). In alle regio's is het gelukt om tot een plan van aanpak te komen op basis van een gedeelde visie en samenwerking tussen de verschillende organisaties of domeinen. Op basis van de toelichtingen tijdens de vervolggesprekken kan gesteld worden dat de gemiddeld lagere score betrekking heeft op het feit dat de uitvoerbaarheid van de plannen in sommige regio's gaandeweg tegenviel. Hier zullen we in hoofdstuk 7 uitgebreid op ingaan

6.2 Werkzame elementen bij het ontwikkelen van een regionale basis

6.2.1 Elkaar leren kennen

Uit de interviews kwam naar voren dat de meeste Versnellers-projecten begonnen vanuit een situatie waarin de partijen die nodig zijn om te komen tot een goede aanpak van wachttijden, elkaar nog nauwelijks kenden, laat staan samenwerkten. De projecten hebben hier aantoonbare verandering in gebracht. Vaak was er al wel een 'latente bereidheid' die gaandeweg het project, onder andere door de inspanningen van de versnellers, is omgezet tot actieve bereidheid. Het middel om hier te komen bleek (niet verrassend) vaak de directe ontmoeting met personen uit andere domeinen te zijn. Alleen door elkaar te leren kennen, ontstaat er begrip en een gezamenlijk gedragen verantwoordelijkheid, wat uiteindelijk zorgt voor intrinsieke motivatie en bereidheid om bij te dragen aan de wachttijdaanpak, aldus versnellers.

Er is heel wat meer gebeurd dan wat we ons toen ten doel hadden gesteld. En dat zit vooral in de relaties. Het is heel simpel, de relatie moet er eerst zijn, wil je op de inhoud verder kunnen. Natuurlijk hadden wij als huisartsen al wel een relatie met de ggz-instelling, maar we kenden ze niet. We hadden het vroeger over 'wij' en 'zij' en nu omarmen we elkaar veel meer. Ook als er problemen zijn, zijn we met elkaar. De wachtlijstproblematiek is niet meer een probleem van de ggz. Het is een probleem van ons allen.

Ik [versneller] heb heel veel gedaan op het gebied van relatiemanagement. [De andere versneller] heeft ook veel gedaan. Eigenlijk is het gewoon een stuk uitleg, relationship management. Individuele gesprekken voeren. Mensen bevragen. Maar heel erg vanuit die verbinding werken.

6.2.2 Overwinnen van fricties

Vanuit het elkaar kennen, kan worden toegewerkt naar vertrouwen en een gevoel van gezamenlijke verantwoordelijkheid. Betrokkenen beschrijven dit als een proces waarin je "soms 3 stappen achteruitzet en dan weer 1 vooruit." Volgens hen is een belangrijke voorwaarde om een gemeenschappelijk gevoel te laten ontstaan, dat er echt oog is voor alle geluiden en alle partijen. Ook dient het proces goed te worden begeleid, zowel op bestuurlijk als operationeel niveau. Een open dialoog is nodig om bestaande verhoudingen en eventuele fricties ter discussie te stellen, en op een nieuwe manier, vanuit een nieuw kader, de verbinding aan te gaan. Versnellers hebben deze dialoog gefaciliteerd door steeds met alle partijen afzonderlijk te spreken en ze dan weer samen te brengen, waarbij moeilijke onderwerpen of historisch gegroeide spanningen niet vermeden werden. Een betrokkene noemt het een proces van 'vooruit struikelen' omdat "je met verschillende domeinen te maken hebt die hun wortels al heel lang in zo'n domein hebben zitten." Daarom is het nodig om heel goed te luisteren en door te vragen: "Wat is het probleem achter het probleem? Of wat is de oplossing achter de oplossing?" Ook de partijen zelf moesten hiervoor openstaan en zich hiervoor inzetten. Luchtigheid en humor worden benoemd als bevorderende factor bij het komen tot dialoog.

Daar moet je inspanningen voor blijven leveren en niet per se de versnellers, maar vooral de partijen zelf. Ik denk dat de afgelopen periode heel veel partijen in de regio heel veel geïnvesteerd hebben in de onderlinge verbinding. Dat vraagt gewoon echt een lange adem en continu investeren. Bij elk item wat weer langskomt, vraagt het weer een herijking van je relatie met elkaar. Maar we komen ook echt uit een situatie en dat is vrij recent, twee jaar geleden, dat het vertrouwen hier en daar echt beneden het vriespunt was. Na veel inspanningen de afgelopen periode is er meer vertrouwen, urgentiebesef en bereidheid van ook deze partijen.

Het zijn verschillende werkculturen die je als domein eigen bent en die niet altijd overeenkomen. Een zorg-organisatie heeft een eigen manier van werken, anders dan bij de gemeente, die te maken heeft met politiek, gemeenteraad, andere lijnen, en kleine welzijnsorganisaties, die weer afhankelijk zijn van de gemeente. Dat kan je niet negeren. Het doet ertoe: je organisatiestructuur, je wijze van financiering, je plek in het veld. Soms is het zoeken van wat zit er nou echt achter als er een hobbel ontstaat.

Je merkt in die samenwerking dat het spannend is. De basis is er, maar je moet in dat netwerk en die verbinding blijven investeren. Dat is ontzettend hard werken voor iedereen. We hebben nog een lange weg te gaan.

6.2.3 Het bevorderen van commitment en urgentiebesef

Bij het werken aan een basis voor samenwerking is het volgens versnellers ook belangrijk om een consistente boodschap van gezamenlijkheid uit te dragen waar partijen zich aan kunnen en moeten committeren. Daarbij is de belangrijk gebleken rekening te houden met wisselend urgentiebesef bij partijen. Urgentiebesef wordt (logischerwijs) vooral gevoeld door partijen die zelf 'klem zitten' met wachttijden en -lijsten. Het creëren van breder draagvlak gaat daarom ook vaak over het plaatsen van het wachttijdenprobleem in een bredere maatschappelijke context en het opbouwen van een 'case for change' en een duidelijk visie. De versneller heeft in dit proces geholpen door het gesprek te faciliteren en samen met betrokkenen na te denken over wat de beste aangrijpingspunten zijn om "de boel in beweging te krijgen". Daarbij heeft hij/zij de hele tijd de bedoeling van de transformatie centraal gezet: het toebewegen naar een duurzame manier van zorg en ondersteuning organiseren waarbij gezamenlijk belang prevaleert boven partijbelang. Daarbij hoorde ook het steeds aanspreken op de gezamenlijke verantwoordelijkheid van alle partijen. In sommige regio's hielp het recent opgestelde regiobeeld hierbij, waarin de uitdagingen voor de zorg beschreven staan. Wat ook goed werkte was het opbreken van de grotere opgave in concrete, gezamenlijke, inhoudelijke doelen en het maken van procesafspraken bij de start van het project, zoals hoe om te gaan met voorzitterschap en afspraken over aanwezigheid en commitment. Bevorderend was tevens het gebruik van positieve en bekrachtigende taal en het creëren van een goede sfeer. Dit soort basale zaken zorgen voor veel meer bereidheid en motivatie om samen aan de slag te gaan. Ook is het helpend om daarnaar terug te kunnen grijpen wanneer het gaat schuren. Partijen zijn door een gevoel van gezamenlijke verantwoordelijkheid, sneller geneigd om professionals de benodigde (financiële) ruimte te geven voor een bijdrage. Veel versnellers zagen de bereidheid om actief bij te dragen ook gaandeweg het samenwerken groeien.

Ik vind het echt wel bijzonder dat er nu een gezamenlijke bereidheid is om tijd te investeren. En dat het niet meer alleen vanuit de ggz komt. Dat merk ik heel erg, dus dat vind ik heel positief.

We hebben bijvoorbeeld, en daar hebben de versnellers ook bij ondersteund, een dag georganiseerd rondom de wachttijden bij de zorgverzekeraar, waarin we ook bekende sprekers hadden en onze Raad van bestuur die eigenlijk op het podium stond om ook te zeggen: "jongens en meisjes, dit is een collectief probleem, we moeten het met elkaar doen." Op die dag hebben we gewoon veel collectiviteit geoogst om het zo maar te zeggen.

De kern van de transformatie is dat we die diagnoses eigenlijk willen loslaten en meer willen kijken naar welke klachten iemand heeft en hoe je daarmee omgaat. Hoe kunnen we daarin ondersteunen? Dat is een beetje de gezamenlijke visie van hoe kijk je naar zorg, waar we naar elkaar bewegen. En als je daar een gezamenlijk visie in hebt, dan kun je ook meters gaan maken. Op het moment dat je qua visie niet op dezelfde lijn zit, dan is daar eigenlijk continu een onderstroom van weerstanden. Interviewer: Hoe hebben jullie gerealiseerd dat jullie iedereen op één lijn hebben gekregen? - Ja, dat zijn dus dagen dat we samen hebben gezeten. Dat is echt van 9 uur starten tot 5 uur en een borrel erachteraan en dat verschillende keren herhalen. Dat is gewoon nodig, dus er zijn gewoon hele intensieve werksessies aan voorafgegaan.

6.2.4 Meer samenwerken, leidt tot meer samenwerken

Uit de interviews kwam naar voren dat de zachte factoren niet alleen een voorwaarde zijn voor domeinoverstijgend werken (zoals eerder beschreven), maar ook een gevolg daarvan. Met andere woorden: betere relaties leiden tot beter samenwerken, wat weer leidt tot betere relaties. Dit komt omdat het vertrouwen groeit als partijen elkaar gaan ontmoeten en merken wat dat oplevert. Het is een zelfversterkend proces dat heel gericht gevoed kan worden gedurende het proces van een transformatie. Versnellers hebben hier veel aandacht aan besteed, ook door bijvoorbeeld de successen te delen en blijvend aandacht te besteden aan een goede sfeer. Zij benadrukken dat dit niet alleen speelt in het begin van het project, maar doorgaande aandacht nodig heeft. Het solidere van een goede domeinoverstijgende samenwerking is niet iets dat over één nacht ijs gaat, het vraagt een lange adem van alle betrokkenen. Deze tijd wordt in de regel onvoldoende ingecalculiseerd in beleidsplannen, zo stellen betrokkenen. En relaties blijven tot op zekere hoogte kwetsbaar, zolang het systeem nog steeds primair het denken vanuit eigen belang faciliteert¹² (zie ook paragraaf 6.3.1).

¹² Dit wordt ook als één van de grootste risico's van de IZA-transformatieplannen gezien: dat de termijn voor het bereiken van effecten veel te kort is.

Vertrouwen moet groeien. Door de pilot met het Centraal Toeleidingspunt, maar ook door andere initiatieven, ontstaat begrip voor elkaar. De pilot wekt bijvoorbeeld bij huisartsen waardering dat de ggz-partijen concrete stappen aan het zetten zijn. Er zijn echter ook frustraties. Ook tussen ggz-partijen. Als we nu in staat zijn om de ervaringen van het CTP een concreet vervolg te geven, gaat dit wel helpen en zal dat minder worden.

Ik denk dat dit proces van 'samen de neuzen naar één kant krijgen,' dat dat een compleet traject is wat je door de jaren heen telkens moet blijven herhalen. Want anders gaat er vroeg of laat toch een splitsing komen of zoiets, dus dat geef ik eigenlijk dan als boodschap mee van: blijf dit herhalen en blijf dit echt op heel gezette tijd doen.

6.2.5 Uitgangspositie

Naast de hiervoor beschreven algemene werkende elementen, kwam in de vervolggesprekken naar voren dat er ook regio-specifieke factoren waren die invloed hadden op de mate waarin het lukte om de basis voor regionale domeinoverstijgende samenwerking van de grond te krijgen. Zo wijzen de interviews erop dat sommige regio's bij aanvang een gunstigere uitgangspositie hadden dan andere regio's. Het maakt immers uit of er al structuren bestaan voor domeinoverstijgend samenwerken of dat men moet starten 'from scratch'. Ook de mate waarin partijen zich betrokken voelen bij de collectieve opgave rond wachttijden in de ggz kan vanuit de voorgeschiedenis verschillen, mogelijk ook gerelateerd aan regionale cultuur, werkwijze en beleid.

Ik [versneller] ben halverwege ingestapt. De subsidie liep natuurlijk de afgelopen twee jaar, maar het project vanuit ons gezien, loopt al 4 jaar. Eigenlijk kwam ik in een gespreid bedje terecht want het liep eigenlijk al heel goed.

6.3 Belemmerende factoren

6.3.1 Gezamenlijkheid is nog geen actiebereidheid

De algehele tevredenheid over de stappen die gezet zijn om te komen tot een regionale basis voor domeinoverstijgende samenwerking rond wachttijden, neemt niet weg dat er nog wel veel winst te behalen is in het stuk dat gaat over het omzetten naar daadwerkelijke actiebereidheid. Betrokkenen geven aan dat hoewel het discours in het beleid sterk gericht is op samenwerken en gezamenlijke verantwoordelijkheid en dit ook een breed draagvlak kent, dit door de systemen nog beperkt wordt gefaciliteerd. Het is simpelweg ingewikkeld voor partijen om een gezamenlijk belang na te streven en daar ook naar te handelen, wanneer het systeem vooral nog ingericht is op concurrentie en het vertegenwoordigen van het eigen belang. Daar komt bij dat sommige partijen minder financiële ruimte hadden, of op financieel gebied onduidelijkheden ervoeren¹³,

¹³ Bijvoorbeeld in een regio waar het uitbreiden van de pilot verkennend gesprek is gegaan vanwege onduidelijkheid over financiering van de inzet van professionals vanuit het sociaal domein.

voor het daadwerkelijk leveren van capaciteit (zie ook paragraaf 7.4.3). Dit betekende dat, zelfs wanneer iedereen formeel aangehaakt was en de relaties goed waren, dit zich niet altijd vertaalde in actiebereidheid. In de praktijk is het vaak een kleine groep 'voorlopers' geweest die bereid was om dergelijke barrières te (proberen te) beslechten of op een creatieve manier te omzeilen, en vaak lukte dat ook wel op kleine schaal. Veel betrokkenen geven aan dat voor een daadwerkelijke transformatie, op grotere schaal, waar niet alleen voorlopers, maar *alle* partijen bij betrokken zijn, veel meer aandacht moet uitgaan naar het oplossen van structurele knelpunten binnen het huidige systeem. Bovendien moet er meer erkenning zijn voor de bewerkelijkheid van verandering en de tijd die het kost om een goede basis voor samenwerking voor elkaar te krijgen.

Urgentie en bereidheid zijn er. Er komt steeds meer vertrouwen onderling. We hebben nog wel de schade van onder andere de marktwerking te repareren. Een van de later aangesloten partijen in de regio zei: "Het is nog best lastig om het gedrag van eigen belang overboord te zetten, als je ook moet zorgen dat je organisatie financieel gezond moet zijn."

Wat je vaker ziet, is dat er dan zorgen ontstaan. Zo wordt er bijvoorbeeld vanuit de gemeente gezegd: "Ja, we vinden het heel belangrijk, maar we hebben eigenlijk geen budget om hier meer in te doen." Zo'n project kan bovendien tot extra werk leiden en "dat kunnen we eigenlijk niet hebben". Daardoor ontstaat er wat afstand. De urgentie wordt wel herkend, maar men is bang die niet te kunnen waarmaken, zal ik maar zeggen.

Je kunt wel weten dat het anders moet, maar je moet het ook willen, omdat dit betekent dat het je eigen organisatie ook op een bepaalde manier schade kan berokkenen. Als ggz-organisatie kan het door de herinrichting van de zorg, dat je bestaanszekerheid verdwijnt, zeker als kleinere organisatie kan dat een risico inhouden. Dat je zo gaat krimpen dat je niet meer overeind blijft. (...) De verschuivingen kunnen impact hebben op het bestaansrecht van organisaties. Het algemeen belang moet eigenlijk hoger staan dan het individueel belang. En dat is lastig hoor. Dat wordt expliciet besproken tijdens overleggen. Je probeert een bepaald comfort te geven aan iedereen, maar dat kan niet, dus dat blijft lastig. Wij zijn een grote instelling. Gaan we krimpen dan is dat niet zo erg, maar als je dingen gaat doen waardoor je in de financiële problemen kunt gaan komen, dan gaat de Raad van bestuur natuurlijk zeggen: "ho jongen, wacht eens even? Wij moeten ook financieel gezond blijven." Dat is wel heel ingewikkeld.

6.3.2 Gemeenten en sociaal domein hebben vragen bij hun rol

Met uitzondering van enkele regio's die eerst een tussenstap beoogden, was het in alle Versnellers-regio's een doel om gemeenten en organisaties in het sociaal domein aan te haken bij de domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden. Dit is echter niet overal optimaal gelukt, vanwege verschillende redenen. In verschillende vervolginterviews werd benoemd dat bij gemeenten en sociaal domein vragen leven over wat hun rollen precies zijn in de wachttijdnaanpak en hoe hun bijdrage financieel gedekt kan worden. Dit zorgde in veel regio's voor terughoudendheid om 'in te stappen'. Ook speelde in grotere regio's mee dat het lastig was om de vertegenwoordiging/

mandatering van kleinere gemeenten te regelen. In dat geval is er geen onderliggende structuur vanuit gemeentes waardoor één (centrum)gemeente voor de andere gemeenten kan spreken of instaan. Ook binnen gemeentes is het soms lastig om goede vertegenwoordiging te regelen. Veel versnellers gaven aan dat “het lastig is om uit te vogelen bij wie je moet zijn”. Zij hebben vaak met verschillende afdelingen te maken die ook niet precies weten waar de andere afdelingen mee bezig zijn. Bovendien is er veel verloop van personeel. Verder werden ook de ontwikkelingen rond IZA genoemd als belemmerende factor; en dan met name omdat toen speelde dat de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) uit het IZA wilde stappen. Veel van de versnellers gaven aan dat voor een goede toekomstige samenwerking in de transformatie waarin sociaal domein gelijkwaardig is aangehaakt, beter aan randvoorwaarden zoals financiële zekerheid (zie ook paragraaf 7.3.3) moet worden voldaan. Dit is wel verbeterd door het addendum bij het IZA waarmee de inzet van transformatiemiddelen voor gemeenten en het sociaal domein is verruimd.

We scoren het een 7. Het is geen 10, omdat dat stukje lastig is van de gemeente en het sociaal domein goed aanhaken. We hebben de afgelopen tijd veel geïnvesteerd in de relatie met de gemeentes. Ik heb wel het idee dat de gemeenten achter onze plannen staan. Ik denk wel dat het helpend is dat er nu dat addendum is op het integraal zorgakkoord, waardoor je ook de kosten voor het sociaal domein voor deelname aan die verkennende gesprekken gefinancierd kan krijgen. Hopelijk biedt dat nog wat ruimte. Vooralsnog is de productiviteit van de gemeente en sociaal domein laag, maar dat gaat hand in hand natuurlijk, hè? Want de financiering vanuit het sociaal domein moet grotendeels vanuit de gemeente komen. Dus dat blijft toch wel het struikelblok.

Het eigenaarschap voor de actielijnen was wisselend vooral bij de regiogemeenten. De gemeenten zijn zoekende naar hun rol in de gezamenlijke aanpak. Dit vraagt extra aandacht binnen de nieuwe structuur.

De gemeentes zijn ook lastig georganiseerd, dat maakt het complex. We werken nu vanuit de drie kerngemeentes, die spreken namens de andere (in totaal 16) gemeentes. Die moeten dus genoeg mandaat krijgen, iedere gemeente heeft z'n eigen regie. Er is ook variatie tussen gemeentes, in hoe ze dingen inrichten. Of hoelang ze al onderling al samenwerken. Dat heeft ook weer invloed op de samenwerking in ons project.

6.3.3 Kleine ggz-aanbieders relatief vaak afwezig

Een tweede partij die in veel regio's lastig aan te haken was, waren kleinere en vrijgevestigde ggz-aanbieders. Ook hier geldt als belangrijkste reden dat de vertegenwoordiging lastig is. Zo zijn vrijgevestigden in de regel niet georganiseerd in een samenwerkingsverband. Ook financiële redenen spelen een rol: het is voor grotere partijen eenvoudiger om capaciteit vrij te spelen. Met name de kleinere partijen hebben sneller behoefte aan financiële vergoedingen voor hun inzet.

De vrijgevestigde hebben we ook proberen aan te haken, maar ze zijn juist 'vrij' gevestigd en dus niet georganiseerd. Dus hoe doen we dat dan? De praktijk is dat de ggz-partijen soms allemaal aan tafel zitten, en soms niet. Hoe vertegenwoordig je elkaar weet je?

Een 10 als score is een ideaalplaatje: dan zouden alle ggz partijen aangehaakt zijn. Dat is niet het geval. Dat is een aandachtspunt.

Vrijgevestigden zijn lastig om aan te sluiten. Krijg je niet aan tafel. Zij willen productie draaien en zien geen belang om aan tafel te komen. Ik vind het wel belangrijk dat zij aansluiten. Als je dit als regio doet heb je met alle partijen in de regio een verantwoordelijkheid. Het feit dat zij aan niet aan tafel zitten vind ik niet constructief.

6.3.4 Animo bij huisartsen wisselend

Sommige regio's ervoeren belemmeringen in het aanhaken van huisartsen. Naast vertegenwoordigingskwesties vergelijkbaar als hiervoor beschreven bij gemeenten en vrijgevestigden, kwam dit vaak door de beperkte ruimte van huisartsen om 'iets extra's' op te pakken. Ook als dit 'extra's' uiteindelijk een tijdsbesparing voor hen kan opleveren, was het voor huisartsen niet altijd mogelijk om er in eerste instantie tijd voor vrij te maken. In een regio speelde mee dat huisartsen het idee hadden dat de hele keten vastloopt en dat de acties binnen het Versnellers-project als slechts een druppel op de gloeiende plaat werden ervaren. Dit zorgde voor minder vertrouwen en minder animo om zelf actief te participeren in samenwerkingsverbanden.

De huisarts wilde wel meedenken maar had niet de uren of het mandaat ervoor. Zij ervaren beperkte ruimte om mee te doen aan deze transformatie. Dat wordt nu wel beter. Maar het blijft een ding: huisartsen zijn allemaal individuele organisaties. Als je de huisartsenvereniging mee hebt betekent het niet dat je individuele huisartsen mee hebt.

Urgentiebesef is er maar het is met name ook hoeveel uitvoeringkracht zet je daarop? Als je aan de huisartsen vraagt: wat is jullie grootste probleem in de praktijk, dan staat ggz met stipt bovenaan. Maar als wij vragen aan huisartsen zullen we morgen een overleg organiseren over de ggz dan duurt het lang voordat er response op komt.

Ze steunen het maar zien er niet veel heil in.

6.3.5 Betrokkenheid ervaringsdeskundigen over de hele linie beperkt

Een opvallende bevinding is dat hoewel alle regio's tot doel hadden gesteld ervaringsdeskundigen, herstelacademies en burgers aan te haken, dit in veel regio's niet goed gelukt is. Genoemde redenen liepen uiteen, en omvatten onder andere het beperkte aantal ervaringsdeskundigen in sommige regio's, het gebrek aan structurele financiering, bestaande machtsverhoudingen en uitval van ervaringsdeskundigen. Bijna alle geïnterviewden zijn van mening dat dit beter geborgd had moeten worden en een aandachtspunt is voor de transformatie als geheel. Ook in onze interviews waren meestal geen ervaringsdeskundigen aanwezig.

Maar ja, ik vind nog steeds heel moeilijk om hè? De cliëntvertegenwoordiging is echt wel een lastige. Dat proberen we wel zoveel mogelijk en ook gewoon burgers hè? Die nog geen mentale problemen hebben. Die zou je eigenlijk ook willen betrekken. Dat is tot nu toe ons nog niet goed gelukt. We weten ook niet zo goed hoe we dat vorm moeten geven.

In enkele regio's is het aanhaken van ervaringsdeskundigheid en burgerperspectieven wel goed van de grond gekomen. Daar waren bijvoorbeeld ervaringsdeskundigen actief betrokken in de ontwerp- en uitvoerfases.

6.3.6 Veelheid aan overlegstructuren in de regio

Zoals in hoofdstuk 5 al werd aangestipt, beïnvloedden de ontwikkelingen rond het IZA in vrijwel alle Versnellers-regio's de context waarbinnen het Versnellers-project werd uitgevoerd, en soms ook het project zelf. In sommige gevallen betekende het een extra uitdaging voor het oprichten van een goede governance structuur rond de wachttijdenaanpak. Zo werden er nieuwe overlegstructuren opgericht - deels met dezelfde partijen, maar soms ook juist met andere partijen - die niet vanzelfsprekend vloeiend samengingen met de structuren zoals opgebouwd rond de wachttijdenaanpak. In sommige regio's ging het om een veelheid van overleggen, die allemaal iets te maken hadden met de toekomstbestendigheid/ transformatie van de ggz¹⁴. Dit kon voor vertraging en ruis zorgen. Regio's ervoeren ook enige last van de 'blauwdrukken' die landelijk werden ontwikkeld voor het ontwikkelen van Mentale gezondheidsnetwerken, terwijl zij zelf juist vanuit een bottom-up benadering aan het onderzoeken waren wat wel en niet werkt in de regionale en lokale context.

14 Bijv. rond cruciale ggz, preventie, of Ecosysteem Mentale Gezondheid (GEM).

Er komen opeens ook blauwdrukken. Dus je moet je voegen in de landelijke structuur, terwijl wij juist eigenlijk dus gewend zijn aan 'laten we gewoon beginnen'. We weten ongeveer waar we willen uitkomen, maar niet precies. En dat volhouden is in deze structuur gewoon lastiger. Past eigenlijk niet zo goed bij elkaar.

Er zijn verschillende werkgroepen met verschillende opdrachtgevers, voorzitters en verschillende trekkers (ggz, of gemeente). De governance in de regio is daardoor erg onoverzichtelijk. Dit levert vertraging op. Er komen steeds nieuwe mensen, nieuwe partijen. Je aanpak is al snel weer achterhaalt, want het veld is voortdurend in beweging. Je hebt stabiliteit nodig in je governance en bemensing, wil je efficiënt kunnen werken.

Door samengaan/tussenkoms van IZA moesten er nog meer overleggen worden gevoerd en was de tasforce niet meer dekkend. Er werden daardoor bovendien regionaal ook dingen opgezet die ook wel in de tasforce zaten maar iedereen ging ook een eigen route bewandelen. Dat kwam er wel een beetje doorheen.

6.4 Samenvattend

Hoofdstuk 6 beschrijft hoe de versnellers samen met betrokken partijen hebben gewerkt aan het creëren van een basis voor regionale domeinoverstijgende samenwerking rond de aanpak van wachttijden in de ggz. Een centrale aanname in de veranderstrategie binnen de Versnellersprojecten was dat in de aanpak van wachttijden het verbeteren van de regionale domeinoverstijgende samenwerking een voorwaarde is. Het creëren van een domeinoverstijgende samenwerking werd als cruciaal gezien om effectieve gezamenlijke mechanismen te kunnen ontwikkelen en uit te voeren. Bij aanvang van de projecten was de regionale basis voor domeinoverstijgende samenwerking echter vaak nog wankel. Binnen de projecten hebben de versnellersregio's hier verandering in gebracht door zich te richten op drie hoofdonderdelen ('bouwstenen'): het opzetten van een **passende governance-structuur**, het versterken van de **'zachte factoren'** zoals vertrouwen en gedeeld urgentiebesef, en het ontwikkelen van een **haalbaar plan van aanpak**. Er kan geconcludeerd worden dat op al deze gebieden aanzienlijke successen zijn behaald. Betrokkenen zijn dan ook positief over wat er gelukt is met betrekking tot het leggen van het fundament voor samenwerking rond wachttijden in de ggz.

Zo is het in vrijwel alle regio's gelukt om bestuurlijke en operationele structuren in te richten, waarin beoogde betrokkenen (meestal: ggz-organisaties, huisartsen, gemeenten en vaak ook sociaal domein, ervaringsdeskundigen en verzekeraars) vertegenwoordigd waren. Helpend waren de onafhankelijke rol van de versneller en de aandacht voor 'zachte factoren'. Regio's benadrukten dat formele structuren onvoldoende zijn. Het grootste deel van het werk zat in het bouwen van onderling vertrouwen, het creëren van gezamenlijk eigenaarschap en het ontwikkelen van een gedeeld begrip van de situatie. Veel regio's begonnen vanuit een situatie waarin partijen elkaar niet goed kenden en er soms zelfs historisch wantrouwen bestond. Dankzij inspanningen van de versnellers en door het organiseren van ontmoetingen, dialoog en gezamenlijke analyses,

ontstond in de betrokken regio's geleidelijk een bereidheid tot meer samenwerken. Humor, openheid en ruimte om spanningen te bespreken bleken daarbij belangrijke succesfactoren. Dit leidde tot meer intrinsieke motivatie om knelpunten gezamenlijk aan te pakken en vanuit een gedragen visie een plan van aanpak op te stellen. Het proces werd echter wel als intensief en kwetsbaar ervaren.

Enkele belangrijke belemmeringen bij het creëren van een basis voor domeinoverstijgende samenwerking kwamen in vrijwel alle regio's terug:

- Relaties moesten voortdurend onderhouden worden, zeker omdat organisaties te maken hebben met organisatiebelangen en financieringsstromen die samenwerken niet optimaal faciliteren.
- Regelmatig bleef actiebereidheid achter bij intentie: ondanks een positieve houding van bestuurders kostte het moeite om plannen om te zetten in daadwerkelijke inzet, mede door concurrentie, beperkte middelen of onzekerheid over financiering.
- Gemeenten en sociaal domein waren moeilijker aan te haken door onduidelijkheid over rol, mandaat en budget.
- Kleine ggz-aanbieders en vrijgevestigden waren lastiger te betrekken wegens versnippering en beperkte capaciteit.
- Huisartsen ervoeren beperkte tijd waardoor er sprake was van wisselende betrokkenheid.
- Ervaringsdeskundigen waren vaak onvoldoende ingebed.
- IZA ontwikkelingen zorgden soms voor ruis, extra overlegstructuren en vertraging.

Samenvattend

Samenvattend hebben alle regio's vooruitgang geboekt in het opbouwen van een regionale samenwerkingsbasis. Het belangrijkste inzicht is dat relaties de kern vormen van succesvolle domeinoverstijgende samenwerking. Tegelijkertijd blijft het 'oude' systeem (financiering, concurrentie, mandatering) samenwerking bemoeilijken, waardoor verdere transformatie tijd en structurele aanpassingen vraagt.

7 Uitvoering van mechanismen om de wachttijden aan te pakken



Dit hoofdstuk heeft betrekking op de derde (paarse) en vierde (oranje) lagen van de veranderingstheorie: de mechanismen die als onderdeel van de regionale plannen van aanpak zijn ontwikkeld en uitgevoerd, en hun directe effecten. In dit hoofdstuk beschrijven we hoe dit is gegaan, wat er is gelukt en niet, en welke specifieke en generieke factoren daarop van invloed waren.

7.1 Doelen en scores

Een analyse van de plannen (zie ook hoofdstuk 3 en ons eerdere tussenrapport, Nuijen et al, 2025) laat zien dat regio's vooral hebben ingezet op mechanismen (interventies) die ingrijpen op de *instroom* in de ggz. Dit waren mechanismen op het gebied van het verbeteren van de bekendheid en het uitbreiden van aanbod anders dan individuele behandeling (bijvoorbeeld middels een sociale kaart), het matchen van vraag en aanbod (bijvoorbeeld middels de overlegtafel/het domeinoverstijgend casuoverleg en het transfermechanisme), mechanismen rond 'brede triage' (bijvoorbeeld middels het verkennend gesprek). Andere mechanismen die werden ingezet waren het ontwikkelen van digitale tools en dashboards, en het inrichten van een consultatiefunctie. Slechts enkele regio's deden 'iets' rond uitstroom, bijvoorbeeld het maken van samenwerkingsafspraken rond de periode na behandeling of het beter signaleren van uitstroompotentieel.

Omdat elke regio een eigen aanpak heeft ontwikkeld, en ook de context in de regio's verschillend was, is er variatie binnen de Versnellers-projecten in wat er daadwerkelijk is uitgevoerd/welke mechanismen (verder) zijn ontwikkeld, getest of uitgerold. Soms werd er ingezet op één mechanisme, en soms op een hele reeks (al dan niet geïntegreerd in één overkoepelend model). Het spreekt voor zich dat projecten die zich toeleiden op één mechanisme vaker aan het eind van de looptijd konden zeggen dat de uitvoering van het oorspronkelijke plan van aanpak gelukt was dan regio's met hele brede ambities. De reikwijdte (heel lokaal of binnen een groter gebied) varieerde ook, en had ook invloed op de mate van 'succes'.

Scores

Op de vraag in hoeverre het was gelukt om het ontwikkelde plan van aanpak voor de aanpak van wachttijden uit te voeren, gaven de regio's een gemiddelde score van 7,0. Dit is iets lager dan de gemiddelde score van 7,3 die regio's gaven aan de uitvoerbaarheid en haalbaarheid van hun plannen van aanpak (zie paragraaf 6.1). Beide gemiddelde scores zijn relatief laag ten opzichte van de andere gemiddelden (zie bijlage 1). Het geeft aan dat het in veel regio's niet volledig gelukt is om de plannen uit te voeren zoals van tevoren beoogd. Dit had te maken met belemmerende factoren die in dit hoofdstuk zullen worden besproken. Desalniettemin zijn betrokkenen redelijk tevreden over wat er wel is gelukt (wat vaak neerkomt op het uitvoeren van kleine pilots, de ontwikkeling van een mechanisme of het voorwerk voor implementatie).

We hebben ook gevraagd in hoeverre de verschillende partijen goed hebben samengewerkt in het uitvoeren van het plan. Hierbij scoren regio's wel weer wat hoger, met een gemiddelde van 7,7. Dit laat zien dat men de toegenomen samenwerking waardeert, ook als het (door)ontwikkelen, testen en/of breder uitrollen van mechanismen niet volledig gelukt was.

7.2 Mechanismen om de wachttijden te verminderen

7.2.1 Verbeteren bekendheid en uitbreiden van breed ondersteuningsaanbod, anders dan individuele ggz-behandeling

Omschrijving mechanisme

Hierbij gaat het om initiatieven en interventies om vormen van zorg en ondersteuning anders dan *individuele* ggz-behandeling, te verstevigen en de bekendheid ervan te vergroten. Het doel is dat zowel verwijzers als mensen die hulp zoeken (en al dan niet op de wachtlijst staan voor de ggz) beter weten wat er allemaal nog meer mogelijk is, en waarmee ook de toeleiding naar (niet-ggz) aanbod, bijvoorbeeld in het sociaal domein of preventieve veld, kan worden verbeterd. Het achterliggende doel is dat meer mensen daarvan gebruik kunnen en gaan maken.

Aanpak in de versnellersregio's

Versnellers-regio's hebben op verschillende manieren op dit mechanisme ingezet, waaronder:

- Het ontwikkelen van een interactieve (online) sociale kaart. Hierin staat het beschikbare aanbod binnen het sociaal domein en het preventieve (niet-wmo gefinancierde) domein (o.a. zelfhulpgroepen, herstelcentra) in de regio vermeld.
- De inzet van wegwijzers. Dit zijn professionals die goed de weg weten in de eigen organisatie en veel lijntjes hebben naar andere organisaties. Het idee is dat elke organisatie zo'n wegwijzer heeft, en dat die wegwijzers ook in contact staan met elkaar. Samen vormen deze dan een 'levende sociale kaart'.
- Het organiseren van bijeenkomsten voor huisartsen en gemeenten om meer bekendheid te genereren over wat het aanbod in het sociaal domein is.
- Het implementeren van 'ondersteuners sociaal domein' / Welzijn op recept in de huisartsenpraktijk. Deze ondersteuners en welzijnscoaches kunnen laagdrempelig vragen beantwoorden en 'weten de weg' binnen het sociaal domein (Groningen).
- Het verder ontwikkelen en uitbreiden van kansrijke initiatieven voor zelfregie en herstel en die meer bekendheid geven onder professionals.
- Het verstevigen van groepsaanbod. Het gaat dan om groepen die geleid worden door iemand vanuit de ggz en een ervaringsdeskundige. Het idee is dat sommige mensen aan deze groepsbijeenkomsten al voldoende hebben, anderen hebben een betere/reëlere verwachting van de (s-)ggz.
- Het verkennen en beter ontsluiten van eHealth mogelijkheden / applicaties die kunnen worden benut door welzijn, huisartsen en ggz- aanbieders, o.a. bij de ondersteuning van wachtenden op de ggz.

Wat is er gelukt (en wat niet)?

Wat er op het gebied van het verbeteren van de bekendheid en uitbreiden van alternatief ondersteuningsaanbod is gelukt, wisselt per regio. Een succesverhaal was bijvoorbeeld de uitrol van Welzijn op recept en Voorzorg (overbruggingszorg) in Groningen. Er was veel animo voor en het is goed gelukt om dit aanbod zichtbaar en toegankelijk te maken binnen de betrokken huisartsenpraktijken. Een ander voorbeeld is dat het in Zuidoost Brabant gelukt is om een platform met zelfhulpmodules te realiseren. De onderhandelingen met de leverancier zijn ten tijde van het vervolgesprek afgesloten en akkoord bevonden.

In meeste regio's echter, zijn er wel voorbereidende en inventariserende stappen gezet, maar zijn de volledige doelen niet behaald zoals vooraf geformuleerd. In verschillende regio's zijn de doelen ook gaandeweg wat bijgesteld omdat het oorspronkelijke idee niet goed werkte. Dit geldt bijvoorbeeld voor Midden-Limburg waarbij het idee van een online sociale kaart veranderd is naar een informele sociale kaart.

Er zijn wel bijeenkomsten met al die partijen geweest zodat er een informele sociale kaart is ontstaan. Maar dat bleek in een fysiek document toch lastig, het verloop is bijvoorbeeld groot, het is moeilijk te bepalen wie dan precies wat bood. Dus is besloten om meer te inventariseren wie welk deel van de zorg levert. Hopelijk is dat minder statisch dan een boekje/de website waar we eerst aan dachten.

We hadden ook geïnventariseerd welke 10 initiatieven in het sociaal domein nou echt top zijn en die we veel meer een push kunnen geven of verspreiden. Nou, we hebben best veel tijd ingestoken om überhaupt tot uiteindelijk 8 initiatieven te komen. En wat je merkt is, men zegt vaak: leuk initiatief, maar niet voor mij of 'not invented here'.

Het belangrijkste knelpunt waar veel regio's tegenaan zijn gelopen is dat het inventariseren van alternatief aanbod buiten *individuele* ggz-behandeling en erop wijzen, nog niet betekent dat professionals er ook daadwerkelijk naar gaan verwijzen en mensen er daadwerkelijk gebruik van gaan maken. Het kost namelijk meer tijd dan beschikbaar was tijdens de Versnellers-projecten om de mindshift die hiervoor nodig is bij professionals/verwijzers te bewerkstelligen. Eén regio benadrukte dat hiervoor een co-creatieve aanpak nodig is. Zij vermoedden dat zij zelf te veel aanbodgestuurd te werk zijn gegaan, waardoor het niet zo goed lukte om hier echt stappen in te zetten.

De sociale kaart (met o.a. zelfregie-initiatieven) is rondgestuurd, maar dat betekent nog niet dat mensen er ook gebruik van maken als ze niet echt goed weten en doordrongen zijn van wat het nou precies inhoudt. Men kent het nog niet goed: een herstelacademie of een herstelgroep, of wat dan ook. Zeker richting huisartsen, maar ook heel veel andere disciplines, daar moet nog wel wat bewustwording worden gecreëerd. Wij hebben dus behalve het delen en het verspreiden nog wat te doen in het uitleggen welke patiënten of burgers daar naartoe kunnen en wat de rol van de huisarts daarin moet zijn. Dat is echt totaal nog niet bekend bij de huisarts of in ieder geval onvoldoende.

De regio is geïnformeerd, maar bekendheid van deze initiatieven zou nog omhoog mogen.

Ook gebrek aan duurzame financiering van initiatieven, zorgde soms voor een barrière; bekendheid genereren en meer inbedden heeft feitelijk alleen zin als initiatieven duurzaam bestaansrecht hebben. In enkele regio's liep men ertegenaan dat er simpelweg nog weinig alternatief aanbod, bijvoorbeeld op het gebied van zelfregie, bestond. Er was wel wat aanbod van ervaringsdeskundigen, maar dat was nog vaak binnen de organisaties voor de eigen cliënten. In het vervolgesprek werd de structurele onderfinanciering van initiatieven benoemd als één van de redenen dat het aanbod beperkt is.

Effecten en meerwaarde

De centrale aanname in het mechanisme is dat door mogelijkheden in de sociale basis en het sociaal domein meer bekendheid te geven en te versterken, deze beter kunnen worden benut, waardoor mensen beter passende hulp vinden voor sociale problematiek en de instroom in de ggz wordt voorkómen of verminderd (afgebogen). Een secundaire aanname is dat de behandelduur van mensen die naast ggz-behandeling andere vormen van ondersteuning krijgen, verkort kan worden, en dat zij mogelijk ook minder snel terugvallen na behandeling. Bij dit mechanisme wordt ervan uitgegaan dat binnen het andere ondersteuningsaanbod (sociaal domein, eHealth, herstelgroepen) meer beroep wordt gedaan op de eigen regie van personen en er meer bewustzijn wordt gecreëerd, om zelf aan de slag te gaan met problemen. Alle zorg die door deze ondersteuningsmogelijkheden niet bij het zorgpersoneel terecht komt, zorgt voor een verlaging van de ervaren werkdruk van het zorgpersoneel en wachtlijsten, zo is het idee. Hoewel betrokkenen in de regio's veel verwachten van dit mechanisme, konden betrokkenen ten tijde van het vervolgesprek nog geen concrete effecten zien, en daardoor kan niet gesteld worden of bovenstaande aannames kloppen.

7.2.2 Brede triage

Omschrijving mechanisme

Onder het mechanisme 'brede triage' vallen werkwijzen om de gangbare route bij mentale problemen van huisarts naar ggz te doorbreken. Het idee is dat voordat iemand ('automatisch') naar de ggz gaat, de hulpvraag van een persoon in een breder perspectief wordt gezien om na te gaan wat er écht nodig is aan zorg en/of ondersteuning. Deze werkwijzen moeten het professionals mogelijk maken gerichter en tijdiger te kunnen doorverwijzen naar passende zorg of ondersteuning, ook buiten de ggz.

Als twee ggz-professionals aan tafel zitten, bewegen zij redelijk snel dezelfde kant op. Zet je daar echter iemand tegenover die zegt: "Ja, hartstikke leuk natuurlijk — angstklachten vragen soms misschien om een vorm van behandeling — maar hoe ziet het netwerk er eigenlijk uit en waar komt die angst mogelijk vandaan?", dan ga je veel meer kijken naar oplossingen die aansluiten bij waar het probleem zit, in plaats van het probleem uitsluitend te willen oplossen door middel van behandeling.

Het verkennend gesprek is niet zozeer naar diagnoses kijken maar: wat heb jij nodig? Ik denk dat je met dezelfde problemen of diagnoses tot verschillende uitkomsten kan komen. Je gaat nooit het gesprek in met het doel om iemand af te buigen. Dat moet een soort opbrengst zijn zonder dat je daar naartoe werkt. Dus dan moet iemand eigenlijk zelf al zich realiseren of bedenken van "Oh ja, je kan ook dat en dat doen en daar heb ik misschien wel voldoende aan."

Aanpak in de Versnellers-regio's

Het doel van de regio's met betrekking tot brede triage was het ontwikkelen van een werkwijze en het uittesten daarvan op kleine schaal, eventueel aangevuld met een rapportage over de effecten en een implementatieplan voor uitbreiding op groter schaal. Daarbij is vooral ingezet op het verkennend gesprek (VG) (soms ook herstelondersteund gesprek genoemd), wat te begrijpen is vanuit de opkomst van het IZA en de prominente plek van de Mentale gezondheidsnetwerken daarbinnen, tijdens de periode van de versnellersprojecten. Het VG is een werkwijze waarbij een hulpvrager een breed, verkennend gesprek voert (minimaal een uur) met een duo van professionals (veelal een professional uit het sociaal domein en de ggz) over zijn hulpvraag. Soms is ook een ervaringsdeskundige of een POH-ggz gespreksvoerder. De doelgroep bestaat in de meeste regio's uit mensen met mentale problemen én andersoortige problematiek (er spelen ook sociale problemen of de huisarts vermoedt dat meer aan de hand is) of mensen waarover de huisarts twijfelt of die niet ook op andere manieren geholpen kunnen worden dan een ggz-behandeling. Kenmerkend is de holistische aanpak (het is geen diagnostisch gesprek), waarbij gekeken wordt naar alle levensgebieden en ook een beroep wordt gedaan op de eigen regie van de persoon. Huisartsen zijn meestal degenen die een VG aanvragen voor hun patiënt. Zij krijgen vanuit het VG een advies over de vervolgstap waar de persoon het best mee geholpen is.

In enkele regio's heeft men gewerkt aan een bredere werkwijze rond brede triage, in de vorm van een Centraal toeleidingspunt (CTP) (Arnhem/Nijmegen, Flevoland) of verwijsorganisatie (Apeldoorn-Zutphen). Hier wordt ook gewerkt met een VG door een multidisciplinair team (ggz, sociaal domein, huisarts). Het idee is alleen dat alle mensen, of in ieder geval het grootste deel van de mensen, met mentale klachten via dit punt gaan, niet alleen mensen waarover de huisarts twijfelt¹⁵. Vaak zijn in deze variant ook andere functies zoals de overleg- en transfertafel geïntegreerd. Dat wil zeggen: er wordt gekeken naar het best passende aanbod, waar ook plek is. Dat kan zijn in de ggz, in het sociaal domein of allebei, of terug naar huisartsenzorg of informele zorg. Ook worden er vanuit het toeleidingspunt interventies beschikbaar gesteld aan cliënten om tijdens

15 Bij het CTP wordt benadrukt dat de directe route van huisarts naar ggz ook behouden moet blijven.

wachttijd al aan hun herstel te kunnen werken. Bij de verwijfsorganisatie is het uiteindelijke idee dat het deze zélf naar het juiste aanbod kan verwijzen (i.p.v. dat er een advies wordt uitgebracht aan de verwijzer), maar dit was geen doelstelling binnen het Versnellers-project.

Wat is er gelukt (en wat niet)?

In alle regio's die doelen hadden opgesteld rond brede triage is het gelukt om een werkwijze of leidraad voor brede triage, inclusief procesafspraken, uit te werken, en in enkele regio's zijn er ook (meestal kleinschalige) pilots¹⁶ geweest waarbij de werkwijze in de praktijk is uitgetest¹⁷. De aanloop naar de pilots duurde vaak lang, omdat er veel zaken moesten worden uitgewerkt en geregeld (voor wie is het, wie voeren het gesprek, hoe gaan we ze trainen, waar vindt het plaats etc.), omdat het tijd kost voordat iedereen elkaar kende en omdat het niet gemakkelijk was om de benodigde partijen ook operationeel aangehaakt te krijgen. Voor dit laatste is voldoende commitment van betrokken bestuurders nodig, zodat daadwerkelijk capaciteit wordt vrijgespeeld. Daarom is het in sommige regio's niet gelukt om de werkwijze rond brede triage daadwerkelijk uit te testen.

Ik ben vooral tevreden met de inspanningen die we aan het doen zijn en de route die we met elkaar hebben ingeslagen. Als je sec kijkt naar de resultaten, dan zou je misschien lager moeten scoren. We hebben van de 8 gemeenten nog maar 1 pilot lopen. Maar dan zit die meer op de inspanning, de commitment van de wethouder, de bestuurder van de ggz. Het is een hele lange aanloop, dan hebben we het over een aanloop van een jaar, om te gaan piloten met dat verkennend gesprek.

Procesafspraken zoals: hoe snel zullen we dan reageren? Wie vormt het team van de Verwijsorganisatie? Er komt een verwijzing binnen, dan wordt dat beoordeeld. Wie gaat dat doen? Hoe snel krijgt een huisarts een reactie? Kan de Verwijsorganisatie een verwijzing zelf doorsturen of moet dat eerst via de huisarts en dan weer terug of hoe loopt dat proces dus? Daar zijn eigenlijk allerlei dingen voor uitgewerkt, maar niet uitgevoerd, zeg maar en ook nog niet getest.

In regio's waar het gelukt is om de werkwijze in een pilot uit te testen, is dit vrij goed verlopen. Een werkzame factor was een gedreven trekker/coördinator die de processen rond de pilots met brede triage kon sturen¹⁸. Dit hielp om ervoor te zorgen dat alle partijen ook echt meededen in de uitvoering. Alsnog liepen regio's tegen verschillende knelpunten aan. Veel regio's hebben geworsteld met de positionering van het mechanisme: is het iets dat aan de voordeur van de ggz geplaatst moet worden, of moet het meer als verlengstuk van de huisarts worden gezien? Regio's maakten hier verschillende keuzes in.

16 Bijvoorbeeld rond één of enkele huisartsenpraktijken.

17 In sommige regio's is dat niet gelukt omdat de werkwijze uitwerken al zoveel tijd kostte.

18 In sommige gevallen de versneller. Soms werd er een aparte coördinator aangewezen.

Dit raakt voor mij aan de discussie waar wil je het CTP precies positioneren? Nu hing het tegen de ggz aan. Een van de lessen die we geleerd hebben: maak het nou juist expliciet geen onderdeel van de ggz. Het verkennend gesprek is geen diagnostisch interview, maar hulpvraagverhelderend. Terwijl cliënten zo iets hadden van: "De huisarts heeft mij hier-naar doorverwezen. Ik ben nu in de ggz terechtgekomen." Deze verwachtingen moeten we helder gaan neerzetten. Maar heeft ook te maken met hoe ga je CTP het doorontwikkelen.

Ook hadden regio's last van issues rond systemen, privacy in de samenwerking en een gebrek aan brede financiering. De Versnellers-subsidie was vaak niet toereikend om deze pilots te financieren, daarom was externe financiering en/of financiering door de partijen zelf (eigen middelen) nodig.¹⁹ Rond ervaringsdeskundigheid speelde tevens een financieringsvraagstuk. De inzet van ervaringsdeskundigen bij het VG wordt alleen vergoed als zij een hoog opleidingsniveau hebben (niveau 6). In de regio's zijn er echter maar weinig ervaringsdeskundigen die voldoen aan deze opleidingseis, waardoor de betrokkenheid van ervaringsdeskundigheid in de brede gespreksvoering niet optimaal uit de verf kwam.

Het vraagt wel veel van organisaties. Nu gebruiken we software/Zorgdomein van ggz-centraal, maar straks moeten we een ander systeem hebben. Dit is nu voor de huisartsen makkelijker, maar straks moet het toeleidingspunt een eigen site hebben. Maar dat moet beantwoorden aan privacy-wensen, niet iedereen mag alles kunnen zien bij een verkennend gesprek. Dus dossiervorming en AVG is even zoeken. Alles moet aan alle regels voldoen en samenwerken.

Het was niet mogelijk om het wijkteam structureel in te zetten. In onze regio was hier geen extra geld voor. We moesten aansluiten bij hun werkwijze, dat werd ingewikkeld inplannen. In onze buurregio zijn medewerkers gewoon een middag geblokt voor het CTP.

As je het in een betaaltitel giet, daarmee oormerk je het en daarmee heb je direct een richting die je meegeeft. Dat geldt bijvoorbeeld voor ervaringsdeskundigen. Dat mag alleen vanaf niveau 6 zijn. Dat zijn hbo-opgeleiden. Hartstikke leuk, maar iemand die al jarenlang met psychische kwetsbaarheid te maken heeft en daar heel goed in gesprekken op kan reflecteren, die is voor mij net zo waardevol. Daar zegt de opleiding echt niks over. Ik denk ook dat iemand met zoveel levenservaring misschien nog waardevoller is.

¹⁹ Het IZA-addendum voor de financiering van de bijdrage sociaal domein werd pas later van kracht, dus was er vaak 'gedoe' rond de inzet van professionals vanuit sociaal domein.

Een factor die in sommige regio's voor vertraging heeft gezorgd waren de ontwikkelingen rond het opstellen en indienen van het IZA-transformatieplan (met een centrale plek voor het ontwikkelen van regionale Mentale gezondheidsnetwerken) (zie 5.3.2 en 6.3.6). Sommige regio's geven aan dat partijen minder makkelijk aanhaakten in de pilots omdat ze wilden 'wachten' waar de ontwikkelingen rond het Mentaal gezondheidsnetwerk naar toe zouden gaan (bijvoorbeeld hoe het VG daarbinnen gepositioneerd wordt). Ook kwamen er extra bureaucratie en overlegstructuren (die deels overlaptten, maar deels ook niet). Het kostte betrokkenen moeite om de inspanningen die al verricht waren op het gebied van brede triage, aan te haken bij de nieuwe ontwikkelingen rond de Mentale gezondheidsnetwerken.

We waren al begonnen met doorontwikkelen en in die periode kwam het IZA ook op. Moesten we daarop wachten? De versneller probeerde het wel door te laten gaan, maar organisaties wilden blijven wachten. Het IZA-proces kregen we opgelegd. Maar als we door hadden kunnen gaan vanuit dit initiatief hadden we sneller stappen kunnen zetten. Dit heeft ons de laatste maanden vertraagd. Als je kijkt naar de doelen van het project is het daardoor niet gelukt. Het had prima wel gekund, maar IZA liep er doorheen. Het zijn dezelfde mensen die daar in het traject gaan. Je bent ineens op twee schaakborden tegelijk bezig. Straks wordt het hopelijk weer één schaakbord.

De kaders zijn opgesteld, er is een plan [voor het verkennend gesprek]. Maar er is geen tijd geweest om het in uitvoering te brengen. We wilden het zorgvuldig doen, we hebben dus ook gekeken naar wat is er al, dat een nieuw initiatief echt goed zou aansluiten bij wat er in de regio nodig is. Er zijn geen inhoudelijke redenen dat het nog niet gelukt is. Niemand is ertegen. Maar het is meer de beperkte tijd. We hebben dat nu voor de snelle toets voorgelegd.

Effecten en meerwaarde

De aanname van het mechanisme brede triage is dat het eraan bijdraagt dat mensen met een hulpvraag snel passende zorg of ondersteuning op de juiste plek wordt geboden (en dus geen 'onnodige' zorg). Het idee is dat hierdoor het totaal aantal verwijzingen naar de ggz wordt verminderd, en dat mensen die wel ggz behoeven, daar sneller terecht kunnen en minder 'dubbel' op wachtlijsten staan. Tevens wordt aangenomen dat het mechanisme bijdraagt aan een betere overbrugging van de wachttijd en aan een effectievere behandeling of kortere behandelduur in de ggz, vanwege de inzet van andere interventies die vooraf of simultaan worden ingezet. Ook wordt verwacht dat dit mechanisme het werkplezier van professionals verhoogt, onder andere omdat het helpt te voorkómen dat professionals zich moeten bezighouden met wellicht té complexe of te laag-complexe zorg. Enkele regio's benadrukken dat het vooral een middel is om de samenwerking met elkaar anders te gaan inrichten, en met elkaar op een andere manier naar inwoners en hun hulpvragen te kijken. Daarbij wordt voor iedereen inzichtelijker welke hulpvragen waar het best opgepakt kunnen worden en kunnen professionals van elkaar leren.

Ik probeer wel te framen dat het niet per se afbuigen is, maar dat veel ggz-verwijzingen nu niet altijd passen, bv. iemand is voor sggz verwezen, maar uiteindelijk blijkt een zelfhulpmodule prima te werken. De cliënt was zelf ook wel geschrokken van de sggz-verwijzing en heel blij met deze oplossing die heel behulpzaam bleek. De juiste plek vinden voor iemand is het centrale doel, en niet per se het afbuigen van sggz. Soms is er ook een combinatie: bijvoorbeeld dat iemand dezelfde dag van het verkennend gesprek een herstelgroep in kan, naast de ggz-hulp die nog gaat komen. Dus juiste hulp op juiste plek, niet per se afbuigen. Verwachting is wel echt dat minder mensen de ggz in komen en als ze komen ze op de juiste plek komen. Op de juiste wachtlijst bij een passend aanbod, dus dat iemand niet heen en weer gepingeld wordt.

In de vervolggesprekken geven betrokkenen aan het waarschijnlijk of zeer waarschijnlijk te vinden dat bovenstaande effecten worden bereikt maar vinden zij het te vroeg om hier echt harde uitspraken over te doen. Dit komt met name omdat de effecten zeer beperkt gemonitord zijn, en het vooralsnog om kleine aantallen gesprekken gaat. In sommige regio's is wel enig zicht op 'afbuigingspercentages' en dan is wel op kleine schaal zichtbaar dat alternatieven buiten de ggz zijn gevonden, zoals het sociaal domein en EHealth oplossingen. Daaruit concluderen betrokkenen dat de brede triage ruimte lijkt te geven voor professionals om op een andere wijze het gesprek te voeren en andere oplossingen te vinden. Ook is zichtbaar dat de verwijzingen naar ggz beter zijn verspreid over verschillende ggz-organisaties, omdat beter gebruik is gemaakt van 'verborgen capaciteit'.

Ons idee was dat als we verkennende gesprekken voeren en beter stil staan bij de hulpvraag, we kunnen ombuigen naar ander, beter zorgaanbod. We zien nu dat dat in de tientallen procenten ook gebeurt: mensen met een vermoeden van psychische klachten worden geholpen met ander aanbod dan ggz. In meer 30 procent van de gevallen vindt deze ombuiging plaats.

Het beoogde aantal gesprekken is niet gehaald. Wel geven de resultaten tot nu toe een inzicht van afbuiging van de ggz.

Echter, omdat niet structureel gemonitord is hoe het met hulpvragers is gegaan na de triage, is niet te zeggen of zij ook daadwerkelijk passende zorg en/of ondersteuning hebben ontvangen. Dit maakt dat betrokkenen voorzichtig zijn met uitspraken doen over effecten en meerwaarde.

We zien wel resultaten. Maar laten we eerlijk zijn: het verkennend gesprek heeft nog nooit op grotere schaal zijn waarde bewezen. Wij zijn er allemaal heel erg mee bezig. Dat is best wel, nou ja, opvallend, dat er toch heel veel wordt ingezet op een mechanisme waar we niet van weten of het zin heeft.

De eerste pilot van 50 gesprekken is nu geweest, de evaluatie volgt. Alles is nu nog gebaseerd op de aanname dat de wachtlijst en zorg hierdoor verbetert, maar we weten het nog niet.

Ook hebben betrokkenen ook zorgen over eventuele negatieve bijeffecten. Wat met name speelt is de vraag of er in het sociaal domein wel voldoende capaciteit is om een deel van de mensen die nu in de ggz terechtkomt, te ondersteunen.

Het zorgt voor een betere verdeling inderdaad. Maar ik heb wel zorgen over het effect van die ombuiging. We verwachten nu wel heel veel van het sociaal domein. Is daar wel capaciteit? Er spelen daar ook bezuinigingen.

Ik erken dat er in het sociaal domein ook beperkingen zijn: er is geen oneindige capaciteit. Dus de vraag waar iemand het beste geholpen is, is relevant. Maar we moeten oppassen om de (capaciteits)problemen niet te verleggen naar sociaal domein.

Hoopvol zijn wel de kwalitatieve aanwijzingen dat het mechanisme in de regio's in ieder geval door betrokkenen wordt gewaardeerd. Dat geldt voor verkenner maar ook bijvoorbeeld voor huisartsen. En een belangrijke bijvangst was dat de betrokken professionals van elkaar leerden. In Arnhem/Nijmegen is er door MIND een kleinschalige evaluatie gedaan van het CTP waarbij ervaringen in kaart zijn gebracht. Er zijn onder andere interviews gedaan met zes mensen die een VG hadden gehad. Hieruit kwam naar voren dat het CTP klantvriendelijker kan worden ingericht, maar dat mensen het gesprek wel als waardevol hebben ervaren. Deze positieve ervaring leek ook samen te hangen met het feit dat er een ervaringsdeskundige aanwezig was.

Maar wat ik een hele mooie bij de evaluatie van MIND ook wel vond, is dat meerdere mensen hebben gezegd: "Ik heb eindelijk een gesprek gehad waarbij mensen de tijd voor me hadden." Daarbij kwam ook de ervaringsdeskundige als factor heel erg naar voren. Mensen zeiden: "Ik heb handvatten gekregen. Ik kon eigenlijk direct zelf wat doen. Het werd voor mij herkenbaar dat ik niet de enige ben met deze problemen." Ja, weet je, het zijn een beetje de standaarddingen die we allemaal weten, maar nu staat het wel papier.

Vanzelfsprekend is niet iedere hulpvrager tevreden met de (uitkomst van de) brede triage, wat ook samenhangt met de manier waarop mentaal lijden in onze samenleving wordt gemedicaliseerd, waardoor men ook simpelweg een ggz-oplossing wil.

Mensen waren niet altijd blij. "Ik wil EMDR." En dan wil de professional een breed gesprek gaan voeren. Dan is er een dikke mismatch. Aan de andere kant hoorden we ook van: "oh het is dus normaal wat ik heb." Het is dus wisselend. Het is heel belangrijk om die verwachtingen scherp te hebben: wat mag je nou verwachten van een verkennend gesprek?

7.2.3 Matchen vraag en aanbod

Omschrijving mechanisme

Onder dit mechanisme vallen werkwijzen die het doel hebben om de mismatch die er kan ontstaan tussen vraag enerzijds en aanbod anderzijds, op te lossen, en daarmee te zorgen voor tijdige en passende zorg en/of ondersteuning voor individuen of groepen (al dan niet op de wachtlijst). Dit mechanisme waarin professionals vanuit verschillende organisaties en/of domeinen samenwerken, moet ertoe leiden dat minder mensen met een ggz-vraag en/of complexe problematiek tussen wal en schip vallen.

Aanpak in Versnellers-regio's

Veel regio's hebben in hun Versnellers-projecten doelen opgenomen rond het matchen van vraag en aanbod. Meestal ging het om het opzetten of verbeteren en testen van één of meerdere overlegtafels of het doorontwikkelen of gestroomlijnder krijgen van een bestaand transfermechanisme. Onder de doelen bevinden zich het ontwikkelen van een duidelijke(re) taakbeschrijving, procesafspraken en kwaliteitsstandaarden, het vergroten van de vindbaarheid en inbedding van het overleg, het ontwikkelen van een monitoringsinstrument, en het uitbreiden met partners uit andere organisaties, partijen en/of werkgebied. Versnellers hadden meestal een ondersteunende rol op afstand (meestal zelf niet aanwezig bij de overleggen) en soms hebben zij een rol gespeeld in het evalueren en optimaliseren van de tafels.

Transfermechanisme:

Een transfermechanisme of -tafel is een overleg tussen ggz-aanbieders, waarin wordt gekeken wie er ruimte heeft voor welk type cliënt. In sommige regio's zijn ook huisartsen en verzekeraars betrokken bij dit overleg. Doelstelling in de Versnellers-regio's was vaak om een bestaande transfertafel te verstevigen zodat meer aanbieders, ook kleine- en vrijgevestigden- vertegenwoordigd zijn.²⁰ Een transfertafel komt gemiddeld een keer in de maand of zes weken samen.

²⁰ In sommige regio's zijn ook experttafels rond een bepaalde diagnosegroep georganiseerd, maar hier hebben wij te weinig gegevens over verzameld om nader op in te gaan.

Het gaat er vooral over dat men [aanbieders] vertelt of ze nog ruimte hebben, of we groepen kunnen overhevelen. Er wordt ook gevraagd of er nog ideeën zijn om de wachtlijsten te verkorten. Het biedt ook kansen. Kunnen we misschien gezamenlijk groepen gaan organiseren? Of gaan we bijvoorbeeld een gezamenlijke EMDR-straat maken? Je gaat eigenlijk de capaciteit matchen met de wachtenden.

Overlegtafel:

De overlegtafel²¹ is een overleg waarin regionale samenwerkingspartners (huisartsen, ggz, sociaal domein) passende zorg en/of ondersteuning regelen voor specifieke personen. Het gaat daarbij om personen die bij één van de samenwerkingspartners om hulp hebben gevraagd, maar waarbij deze partner de hulp niet, niet tijdig of niet alleen kan leveren. Ook als de zorg of ondersteuning die een persoon van een samenwerkingspartner ontvangt niet (meer) passend is, kan deze persoon worden besproken op de overlegtafel. Het doel is dat complexe problematiek vanuit verschillende invalshoeken wordt bekeken, zodat de persoon passende zorg en/of ondersteuning op de juiste plek krijgt. Het overleg, waarbij de persoon zelf niet aanwezig is en anoniem wordt besproken, resulteert in een concrete oplossing voor de betrokken persoon: er is helder wat de vervolgstap is en wie de casus verder oppakt. Regio's zien de overlegtafel als een vrij kleinschalige overlegstructuur, werkend volgens de herstelvisie²², bedoeld om iets te doen aan het 'tussen wal en schip vallen' van mensen met complexe problematiek waarbij dikwijls al veel zorg is ingezet in het verleden. Met andere woorden: een overleg waar aanbieders gezamenlijk een plek vinden voor cliënten waarvoor dat via de reguliere (verwijs)route niet lukt. Overlegtafels komen gemiddeld twee tot vier keer per maand bijeen waarbij iedere keer een aantal casussen worden besproken. In de regel gaat het om relatief lage aantallen.

Wat is gelukt (en niet gelukt)

Doelen rond het opzetten of uitbreiden van de transfermechanismes en overlegtafels zijn grotendeels gelukt in de Versnellers-projecten. Dat wil zeggen dat het in veel regio's gelukt is om één of meer functionerende, of beter functionerende overleg- of transfertafels te realiseren, waarbij de meeste beoogde partijen zijn aangehaakt²³. Daarbij zijn er meestal ook stappen gezet op het gebied van bredere bekendheid, inbedding en procesafspraken (o.a. dat de functie van de tafel duidelijk is voor de betrokken partijen). Belangrijkste winst was dat partijen elkaar beter kenden en daardoor minder het gevoel hadden dat mensen 'over de schutting' werden gegooid. In veel regio's is de ervaring dat betrokkenen de overleggen waarderen.

21 Het valt op dat er veel verschillende namen worden gebruikt voor de overlegtafel, zoals casuïstiektafel en regio-tafel. In sommige regio's wordt zelfs de term transfermechanisme gebruikt, terwijl het feitelijk geen dergelijke functie heeft (dat is namelijk een overleg primair van ggz-organisaties). In sommige regio's is de naam veranderd in domeinoverstijgend casuoverleg (DOCO). Dit is ook de benaming die wordt gehanteerd in de landelijke werkwijze ontwikkeling Mentale gezondheidsnetwerken (Programma MGN, 2024).

22 Om deze reden zit in veel regio's een ervaringsdeskundige aan tafel.

23 Er waren altijd wel partijen die alsnog ontbraken, maar de regio's waren desondanks tevreden met de resultaten.

De leden van de transfertafel zijn erg betrokken, dit is te zien aan de (bijna) volledige aanwezigheid tijdens overleggen, het elkaar laagdrempelig opzoeken om cliënten uit te wisselen en de inhoudelijke betrokkenheid. We ervaren dat een groeiend aantal partijen de maatschappelijke opdracht snappen en graag meedenken.

Als je hier aan tafel zit en je spreekt goed met elkaar dan leer je elkaar beter kennen. Je leert elkaars wereld beter kennen en dat je niet zomaar casussen over de schutting gekieperd krijgt, want je was er zelf bij.

De continuïteit, dat het wekelijks is. Het is echt uniek dat je met zo veel partijen elkaar spreekt over de zorg draagt voor 2-3 casussen en elkaar daardoor leert kennen. Omdat het wekelijks is, is het ingebouwd. Ik vind dat een kracht. Dat er weinig casuïstiek is, is echt maar af en toe.

Toch waren er ook veel knelpunten. Bij de transfertafel was de belangrijkste belemmerende factor dat het regelmatig voorkwam dat alle betrokken partijen geen capaciteit hadden, waardoor er uiteindelijk weinig getransfereerd kon worden. Ook waren de logistieke processen nog niet altijd op orde om het mechanisme goed te laten lopen. Bij de overlegtafel hadden de belemmeringen vooral te maken met het goed op gang krijgen van de overleggen. Belemmerende factoren waren onder andere: te veel personele wisselingen bij deelnemers, het niet frequent aanwezig zijn van verschillende partijen vanuit de ggz of het sociaal domein, knelpunten in het gebruik van het platform ZorgDomein in de verwijzing, gebrek aan mandaat van de partners, te weinig inbreng van casussen, en gebrek aan vergoedingen waardoor kleinere partijen soms niet willen/kunnen deelnemen. Dit soort knelpunten maakten het overleg minder effectief. In sommige regio's waren er meerdere overlegtafels die onderling niet goed afstemden, wat bijdroeg aan beperkte efficiëntie. Verder zijn er zorgen over de duurzame inbedding. Hierbij speelde mee dat in sommige regio's een duidelijke koers voor de overlegtafel ontbrak.

Een ander knelpunt is mandatering. Op operationeel vlak wordt ervaren dat bepaalde afspraken en mandatering ontbreken. Bijvoorbeeld als op de overlegtafel besloten wordt 'wij gaan de casus overnemen'. Welk kader is er als het gaat om binnen welke tijd een cliënt dan gezien wordt en mag die voorgaan op de wachtlijst? Dat zijn kaders waarvoor we de bestuurders nodig hebben en dat vervolg gaat komen. Dat valt buiten dit en de versnellersopdracht. Maar er lopen gesprekken.

Dat domeinoverstijgend casuoverleg, dat is gewoon hartstikke moeilijk om daar goed de schwung in te krijgen, dat daar voldoende aanbieders zitten uit het sociaal domein.

Aanvulling is dat er nog meer casuïstiek moet binnenkomen. Buiten de werkgroep heb je een grote groep mensen die er te weinig feeling mee heeft, die weten niet wanneer je een casus inbrengt op een overlegtafel. Daarin moeten we nog de grote groep meenemen. De praktijk op de hoogte brengen van dat de overlegtafel er is. Huisartsen moeten hun interne communicatie daarover ook verbeteren, zodat het project ook draagvlak krijgt.

Succesfactoren waren de hulp van de versnellers, procesafspraken zoals het rouleren van het voorzitterschap, en het maken van afspraken bij de start van de samenwerking, zoals: “we helpen elkaar”, “we laten niemand zitten” en “als je niet aanwezig kunt zijn, zorg je voor een vervanger”. Ook het gewoon zien wat het effect kan zijn voor besproken casussen helpt om het overleg beter te laten lopen. Het waren soms dit soort simpele dingen die veel verschil maakten, aldus versnellers.

We gaan in onze organisaties continu op zoek naar casuïstiek. Dan merk je als je een aantal keren goede casussen hebt besproken en goede gesprekken hebt gehad, dat mensen zeggen: “oh wacht dan heb ik ook wel een casus.” Dan gaat het lopen.

Effecten en meerwaarde

De aanname is dat de tafels de toegankelijkheid van zorg en ondersteuning verbeteren doordat meer mogelijkheden worden benut. Het idee is dat personen hierdoor sneller passende zorg en/of ondersteuning kan worden geboden. Hoewel geen primair doel, wordt de overlegtafel ook gezien als mechanisme dat bij kan dragen aan de beoogde ‘afbuiging’ naar sociaal domein, zij het in kleine aantallen, omdat beter gebruik wordt gemaakt van mogelijkheden in de sociale basis en het sociaal domein. Beoogde ‘bijvangst’ van de tafels is dat partijen elkaar en elkaars aanbod beter leren kennen, waardoor zij beter kennisdelen en afspraken maken over doorverwijzen. De tafels worden dus ook als vliegwiel gezien voor betere regionale samenwerking.

In de vervolggesprekken werd duidelijk dat betrokkenen het waarschijnlijk vinden dat de transfer- en overlegtafel bijdragen aan betere zorg voor mensen met een hulpvraag, al is dit nog moeilijk te onderbouwen. Dat heeft er ook mee te maken dat er in de regel niet of slechts beperkt is gemonitord wat er met de getransfereerde mensen of besproken casussen gebeurd is, na het overleg. In de wandelgangen horen betrokkenen wel dat het gelukt is om passende zorg of ondersteuning te regelen, maar ze weten dit niet zeker.

Ook zijn betrokkenen terughoudend om effecten te benoemen op het verminderen van de wachttijd. Verschillende betrokkenen geven aan dat de praktijk leert dat dergelijke overlegtafels op zichzelf onvoldoende is om de wachtlijstproblematiek aan te pakken. “Het is één van de middelen om het te borgen binnen netwerkzorg.” Wel signaleren betrokkenen duidelijke effecten op/meerwaarde voor de betrokken professionals. Zij zijn in de regel heel tevreden en enthousiast en weten elkaar beter te vinden.

Met name aan doelen op het gebied van elkaars zorgaanbod kennen, kennis delen en afspraken over doorverwijzen heeft het project een bijdrage geleverd. De gemiddelde wachttijd verkorten daar kunnen we nog geen uitspraak over doen, omdat we onvoldoende grip hebben op de wachtlijsten in de regio.

Er zijn nog geen kwantitatieve resultaten beschikbaar. We horen wel mondeling dat besproken cliënten vaak niet worden doorverwezen naar de ggz als resultaat van het domeinoverstijgend overleg.

We kunnen nog niet een effect zien op de casussen die zij besproken. Het effect wat je al merkt: het draagt bij aan beter leren kennen, makkelijker vinden, cliënten overdragen. Inzicht krijgen in expertise in de regio.

Wij denken dat je elkaar beter leert kennen en daarna beter één-op-één kan schakelen. De bijvangst is dan dat je elkaar beter spreekt en beter leert kennen en dat verspreidt zich binnen de organisatie, ook wat betreft de wachttijden.

7.3.4 Consultatie

Omschrijving mechanisme

We komen nu aan bij de mechanismen die door een kleiner deel van de regio's zijn opgenomen in hun plan van aanpak voor de Versnellers-projecten. De eerste die we bespreken is consultatie. Dit mechanisme draait om 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. Het doel is dat zoveel mogelijk mensen direct en laagdrempelig geholpen kunnen worden, en verwijzingen naar de ggz alleen plaatsvinden waar nodig.

Aanpak Versnellers-regio's

Onder de doelen bevinden zich:

- Het verkennen van de consultatiefunctie voor de eerste lijn, inclusief inzicht in gewenste aantal consultaties, randvoorwaarden, en inbedding binnen netwerk;
- Het ontwikkelen van een werkwijze voor consultatie en kennisuitwisseling tussen ggz, sociaal domein, en huisartsenzorg; en deze uittesten in een pilot;
- Het vergroten van de bekendheid van mogelijkheden voor consultatie bij huisartsen, het vergroten van de uniformiteit in het benaderen van consultatiegevers en het organiseren van consultatiemogelijkheden voor het sociaal domein; en
- Het ontwikkelen van een regionale infrastructuur voor de meedenkconsultatie in de ggz.

Wat is gelukt (en wat niet)?

In de betrokken regio's zijn ten tijde van het vervolggesprek vooral voorbereidende activiteiten gelukt, dat wil zeggen: de processen zijn verhelderd en soms ook (lokaal, rond één of enkele huisartsen) ingericht, maar de regionale consultatiefunctie zoals gewenst is nog niet in werking

getreden. De belangrijkste reden die wordt genoemd is dat het een bewerkelijk proces bleek en het Versnellers-project simpelweg een te korte looptijd had. Die bewerkelijkheid zat met name in het uniform krijgen van het proces. Om te voorkomen dat iedere huisarts elke consultatie apart moet declareren, is het nodig dat er in de hele regio op dezelfde manier wordt gewerkt en iedereen de processen kennen. Dit kost veel tijd en aandacht. Consultatie binnen het sociaal domein bleek nog ingewikkelder. Voor het inregelen daarvan zijn, ten tijde van het vervolggesprek, benodigde randvoorwaarden nog niet aanwezig. Het helpt volgens geïnterviewden ook niet dat het onderwerp vaak 'van de agenda afvalt', of werd verdrongen door andere onderwerpen zoals het VG. In sommige regio's werd het inrichten uiteindelijk (deels) onder andere projectsubsidies gebracht of werd het thema doorgeschoven naar, ondergebracht in het IZA-transformatieplan.

De digitale consultatie, die gaat binnenkort van start met eerst twee partijen, twee ggz-instellingen en de huisartsen. En die wordt daarna uitgerold. Dus daar zijn we heel ver mee. We hebben al tarieven. We hebben al een overeenkomst. We hebben het proces al ingericht. We hebben de digitale personen al erbij betrokken, dus dat gaat echt, dat gaat er komen.

Bij consultatie is er niet echt een inhoudelijke reden dat dat niet gelukt is, maar vooral de tijd. Het is een te bewerkelijk proces.

Wat mij heel erg is opgevallen bij het onderwerp consultatie en ik denk dat dit een meerwaarde is geweest van de inzet van de versnellers, is dat het onderwerp altijd van de agenda afviel. Ik denk dat doordat ik hem toch wel steeds weer terug heb gebracht en toch wel weer steeds de mensen bij elkaar heb gezet van: "jongens, we moeten het hier ook met elkaar over hebben." Het was vaak verkennend gesprek slash consultatie en 90% van de energie ging naar verkennend gesprek. En 'oh ja, we hebben ook nog consultatie' en dat kwam ook echt omdat het vaag was, van waarom werkt het nu niet en wat hebben we nodig? Waar willen we naartoe? En het verkennend gesprek was concreet, daar stroomde alle energie heen. Ik denk dat de consultatie wel 10 keer van de agenda af is gevallen bij de pilot, maar ook op de huisartsenagenda, maar ook in de overlegjes die wij dan hadden met de huisartsenvertegenwoordiger. Denk juist omdat hij zo ongrijpbaar was voor een tijd en hij is nu wel helderder geworden.

Effecten en meerwaarde

De aanname van dit mechanisme is dat door de consultatiefunctie huisartsen en POH's-ggz gerichter en passender kunnen verwijzen naar de ggz, of hier helemaal niet meer naar toe te hoeven verwijzen. Met andere woorden: het idee is dat consultatie de 'zorgkracht' van huisartsen en POH's-ggz vergroot, en op deze manier kan bijdragen aan het verminderen van de wachttijden.

Regio's vinden het waarschijnlijk dat deze effecten behaald worden, maar daarvoor moet het mechanisme eerst op grotere schaal worden geïmplementeerd. Er zijn ten tijde van het vervolggesprek dus nog geen onderbouwingen te geven voor de verwachte effecten. Wel signaleren betrokkenen uit regio's waar de consultatie wel in werking is getreden, dat professionals uit de huisartsenzorg en de ggz meer met elkaar in gesprek komen.

Het is nog te vroeg om hier al uitspraken over te doen. De eerste resultaten van de eerste pilot lijken hoopvol. (...). Je merkt wel al dat je met elkaar veel in gesprek komt en ik denk dat dat ook helpend is.

7.2.5 Actuele sturingsinformatie en tools

Omschrijving mechanisme

Een volgend mechanisme gaat om het bevorderen van het gebruik van actuele data en (AI) tools waarmee de toeleiding naar passende zorg kan worden verbeterd/ ondersteund.

Aanpak in Versnellers-regio's

Verschillende regio's hebben in hun plan van aanpak doelen opgenomen rond het ontwikkelen van data-geïnformeerde digitale tools. Daarbij gaat het in alle gevallen om een (digitaal) overzicht/platform van/met het in de regio bestaande ggz-aanbod *inclusief* actuele wachttijden. In sommige gevallen was de ambitie om dit te koppelen aan een (AI-gestuurde) matchingtool, waarbij er op basis van verwijsbrieven in het platform ZorgDomein een matchingsvoorstel wordt gegenereerd, bij een aanbieder die zowel passend is als ruimte heeft. Doel is dat het toeleidingsproces kan worden vergemakkelijkt en dat wordt voorkomen dat mensen dubbel op wachtlijsten staan. Inzicht in wachttijden moet ook helpen om de opbrengsten van de wachttijdenaanpak, beter te kunnen monitoren.

Wat is gelukt (en wat niet)?

Veel betrokkenen vonden het werken aan beter inzicht in ggz-aanbod en wachttijden flink tegenvallen. Het bleek ingewikkeld om een 'net' overzicht te krijgen. Bijvoorbeeld in een regio was het lastig om inzicht te krijgen in de wachttijden van de grootste ggz-aanbieder, mogelijk vanwege de complexe organisatiestructuur en boekhouding van die organisatie. In een andere regio lukte het om meer kwantitatieve informatie beschikbaar te krijgen, bijvoorbeeld over het aantal wachtenden per aanbieder, per gemeente, per leeftijdscategorie. Dit biedt echter nog te weinig stuurinformatie en heeft nog doorontwikkeling nodig.

In een regio is er een proof-of-concept van het platform gerealiseerd op basis van een gedeelde visie en in afstemming met de klankbordgroep. Maar ook hier is het nog niet uitgetest en gelukt om de wachttijden en wachtenden 100% inzichtelijk te maken. "Zover zijn we nog niet", aldus betrokkenen tijdens het vervolgesprek.

Dat uitwerken is een behoorlijke IT-opgave. Daar is geld mee gemoeid. We financieren het nu uit eigen pocket.

In een andere regio is het gelukt om respectievelijk 65 en 80 partijen in het dashboard te krijgen. Maar omdat het onmogelijk bleek om de namen te krijgen van de mensen die ingeschreven staan bij alle instellingen, is een centrale wachtrij niet gelukt (dus staan er nog steeds mensen

op meerdere wachtlijsten). Een aandachtspunt is het feit dat zo'n dashboard alleen werkt als de wachttijdgegevens actueel worden gehouden.

Een laatste voorbeeld is dat er in een regio een uitwerking van het aantal wachtenden is gemaakt. Maar er is veel handwerk van ggz-organisaties nodig om de data goed met elkaar te kunnen delen. Er zijn ten tijde van het vervolgesprek twijfels of het haalbaar en wenselijk is om de benodigde randvoorwaarden hiervoor te creëren. "Als je dit echt goed wil doen moeten alle zorgaanbieders op dezelfde manier naar de dataset kijken. Dit is eigenlijk een landelijk vraagstuk."

Effecten en meerwaarde

Betrokkenen hebben hoge verwachtingen van de meerwaarde van dit mechanisme en zien dit als een belangrijke schakel in het 'herverdelingsvraagstuk', als ondersteuning van het professionele oordeel/ gesprek. Maar er zijn ten tijde van het vervolgesprek nog geen gegevens die deze verwachtingen ondersteunen, behoudens wat anekdotisch bewijs.

Het dashboard heeft geholpen om te zien waar er ruimte was en waar geen ruimte was. Daardoor hebben we direct naar die partij door kunnen zetten.

7.2.6 Uniform Instroommodel (Limburg)

Omschrijving mechanisme

Het uniform instroommodel is een mechanisme waarin alle bovenstaande mechanismen samen worden gebracht. Het kan gezien worden als een breed samenwerkingsverband om de toegang tot zorg of ondersteuning voor mensen met mentale klachten te verbeteren, door een centrale, gestroomlijnde route te creëren. Het instroommodel heeft als doel dat voor iedere betrokkene bij instroom in de keten/het netwerk duidelijk is welke opties er zijn en hoe verschillende opties zich tot elkaar verhouden. Uitgangspunten van het model zijn netwerkzorg, vraaggericht werken, positieve gezondheid en herstelondersteunend werken. Het instroommodel kan gezien worden als een soort voorloper van het Mentale gezondheidsnetwerk.

Aanpak Versnellers-regio's

Het uniform instroommodel is ontwikkeld in Zuid-Limburg. In dit oorspronkelijke instroommodel waren bestaande mechanismen in de regio (zoals transfertafels, consultatiefunctie, multidisciplinaire overleggen (MDO) en regionale doorzettingsmacht (RDM)) geïntegreerd. In deze regio is de Versnellers-subsidie aangewend om dit eerste model verder uit te werken en te optimaliseren/ uit te breiden met nieuwe functies zoals het VG, een digitale matchingtool, en methoden om samenwerking tussen huisartsenzorg, sociaal domein en ggz, en de bekendheid van sociaal domein aanbod, te verbeteren. In Midden en Noord-Limburg is onderzocht hoe aan de hand van dit model de cliëntreis in deze regio's kan worden geoptimaliseerd. Het doel van het instroommodel is om sneller de juiste passende hulp (binnen of buiten de ggz) te bieden, met focus op eigen regie, preventie en ervaringsdeskundigheid, om wachttijden te verkorten en mensen beter te ondersteunen.

Wat is gelukt (en wat niet)?

Het instroommodel is ten tijde van het vervolgesprek in alle drie de regio's omarmd als model voor toekomstbestendige zorg in de regio. Er is een goede samenwerking tot stand gekomen tussen de drie regio's, waarbij er van elkaar wordt geleerd. Voor alle drie de regio's geldt dat er procesmatige stappen zijn gezet zoals het (verder) uitwerken van de programmastructuur voor de implementatie van het (vernieuwde) model. En er zijn diverse inhoudelijke stappen gezet waaronder: het inventariseren van kansrijke initiatieven die doorontwikkeld/ opgeschaald kunnen worden; het via regiobijeenkomsten informeren van alle relevante partijen over het nieuwe model; het onderzoeken hoe transfertafels geïntegreerd kunnen worden, het ontwikkelen van tools om het proces van verwijzen te ondersteunen; nadenken over de beste manier om perspectief van cliënten en burgers te betrekken.

Het model is ten tijde van de vervolgesprekken nog niet volledig operationeel/ in werking getreden (dat geldt vooral voor Midden en Noord). Wel is er op kleine schaal geëxperimenteerd met (nieuwe) onderdelen uit het model zoals het VG en het domeinoverstijgend casusoverleg (DOCO). Professionals zijn daartoe getraind, onder andere op basis van positieve gezondheid.

Versnellers die wij spraken geven aan dat het veel tijd heeft gekost om alles goed te positioneren en voor te bereiden en dat het niet haalbaar was om het volledig in werking te laten treden. Daarom hebben de drie regio's IZA-transformatiemiddelen aangevraagd om de verdere implementatie van het instroommodel te kunnen financieren.

Het is heel erg, maar voordat je daar eens overeenstemming over hebt met elkaar, ben je echt een tijd verder. Nou ja, hoe lang zijn we ondertussen bezig? 3/4 jaar? Je kan aan de ene kant denken, ja, dat is heel bedroevend, maar het is wel zoals het gaat als je met zoveel partijen moet samenwerken.

Een groot deel van de beoogde activiteiten in het plan moeten nu verder uitgerold gaan worden. We zijn dus nog maar net gestart met de praktische uitrol.

We nemen dingen over van 'Zuid' en 'Midden'. De manier hoe zij het DOCO hebben gekoppeld aan de transfertafel werkt goed daar. Ik merk dat bij onze transfertafel, door marktwerking, partijen het toch lastig vinden om mensen in te brengen. Het is makkelijker om een cliënt terug te sturen naar de huisarts en te zeggen deze persoon hoort niet bij mij. Omdat mensen in Midden-Limburg daadwerkelijk met elkaar aan tafel zitten en elkaar leren kennen, wordt dat minder.

Een aandachtspunt dat in alle drie de regio's lijkt te spelen is het betrekken van het perspectief van cliënten, ervaringsdeskundigen en burgers in de ontwikkeling van het instroommodel. Zo geeft de versneller in Midden- Limburg aan dat er weinig ervaringsdeskundigen zijn en dat cliëntvertegenwoordigers weinig tijd hebben. In alle drie de regio's zijn er daarom plannen om burgers meer te gaan betrekken, maar dit blijkt wel lastig.

Effecten en meerwaarde

De algemene aanname van het instroom-model is dat het eraan bijdraagt dat vaker tijdig en passend gebruik wordt gemaakt van de mogelijkheden vooraan in de keten (d.w.z. in de huisartsenzorg, het sociaal domein, het informele netwerk/sociale basis). Het idee is dat hierdoor onnodige verwijzingen naar de ggz worden voorkómen en de wachttijden in de ggz zullen verminderen. Echter, omdat de uitvoering van (de onderdelen van) het model nog niet volledig van start is gegaan is ten tijde van het vervolgesprek, is nog niet te zeggen dat deze effecten worden behaald.

We gaan het evalueren maar zover is het nog niet. Daar zijn we nog niet. Aan het einde van het jaar hebben we als het goed is die data. Dit is allemaal gebaseerd op een aanname dat dit het gaat verbeteren en ik hoop het echt van harte, want ik zie de schrijnende werkelijkheid elke dag. En ik wil er iets voor verzinnen, want ik vind het mijn verantwoordelijk voor al die mensen die op de wachtlijst staan, die we gewoon nu niet van de best passende zorg kunnen voorzien. Dus ik hoop het echt dat dit gaat helpen, maar dat dat daar kan ik je nu nog niks over zeggen helaas.

Betrokkenen vinden het wel waarschijnlijk tot zeer waarschijnlijk dat, als alles operationeel is, deze effecten uiteindelijk behaald worden. Zij hebben vooral hoop dat een minder medische kijk gaat helpen. Wel zeggen zij dat het lang gaat duren voordat de eerste effecten zichtbaar worden.

Ik denk wel dat het zinvol is om vanuit een 'minder diagnosticeren'-gedachtegoed naar hulpvragen te kijken. Want dat doen we nu; we proberen mensen in hokjes van een diagnose te plaatsen en dat is lang niet altijd waarmee je mensen het beste helpt. Dus ik geloof wel echt persoonlijk geloof ik heel erg in het gedachtegoed wat hierachter zit. Maar als ik heel eerlijk ben, denk ik dat we pas over 3 jaar gaan zien wat het effect is. Dat gaan we niet eerder vinden, denk ik.

Als je echt goed kijkt van wat heeft iemand nu nodig, dan zie je ook dat tot 30/ 35% van aanmeldingen die normaal binnen de ggz terechtkomen op een andere plek beter terechtkomen. Dus in die zin zijn we ervan overtuigd ook door gegevens die je nu al ziet bij andere projecten dat je gewoon heel veel kunt gaan afbuigen. En dat is niet zozeer van 'duw ze weg,' maar gewoon: nog betere zorg bieden, die beter geschikt is.

Betrokkenen geven ook aan dat het belangrijk is om waakzaam te zijn op negatieve neveneffecten, zoals het verschuiven van wachttijden naar sociaal domein. Ook omdat het niet gezegd is dat in het sociaal domein de capaciteit en mentaliteit aanwezig is om veel meer mensen met mentale problemen te helpen. Een ervaringsdeskundige verwoordt dit als volgt:

Ik heb gezegd, van luister, jullie [gemeenten] schreeuwen heel hard dat jullie vinden dat mensen moeten komen als ze schulden hebben of dreigen te krijgen, maar op het moment dat ze komen, zijn jullie vooral bezig om ze zo snel mogelijk kwijt te raken. Dus daar moet ook een mentaliteitsverandering in komen hè?

We moeten gaan kijken, van waar kan je iemand dan het beste mee helpen? En dat er dus sommige mensen wellicht beter geholpen kunnen worden door bijvoorbeeld een maatschappelijk werker. Maar ook die capaciteit is beperkt in Nederland, hè? Eigenlijk overal dus. We moeten ook wel voor waken dat we niet problemen gaan verleggen, want daar zijn mensen ook niet bij gebaat. Dus ja, daar maak ik me persoonlijk nog wel zorgen over of dit uiteindelijk de redding gaat zijn die we zoeken.

7.2.7 Bevorderen van door- en uitstroom

Omschrijving mechanisme

Onder dit mechanisme vallen werkwijzen die de uitstroom uit de (specialistische) ggz moeten verbeteren en bevorderen. Rationale is dat door afschaling en afsluiting van behandeling te faciliteren, cliënten die nu (onnodig) lang in de ggz blijven, sneller kunnen uitstromen en plaatsmaken voor andere (nieuwe) cliënten.

Aanpak in Versnellers-regio's

Slechts twee regio's hadden binnen hun Versnellers-projecten doelen opgenomen over het bevorderen van uitstroom. Het ging om:

- Het ontwikkelen van een breed gedragen visie over door- en uitstroom en het op basis daarvan ontwikkelen van een dashboard waarin het uitstroompotentieel van een bepaalde cliëntgroep inzichtelijk wordt gemaakt. Specifieker gezegd: het doel van dit dashboard is het zichtbaar maken waar een behandeltraject afwijkt van de gezamenlijk geformuleerde doelen/normen, en dat daarna het gesprek daarover wordt gevoerd.
- Een domeinoverstijgende werkwijze/ uitstroomoverleg (gericht op s-ggz cliënten) met regionale afspraken over de samenwerking tussen ggz-organisaties, wijkteams, huisartsen en de gemeente over de inzet van het sociaal domein en de samenwerking rond de cliënt tijdens de fase van afschaling en afsluiting van behandeling in de ggz. Daarbij worden afspraken gemaakt over terugvalpreventie, goede bereikbaarheid voor overleg en consultatie, mogelijkheid van direct opschalen zodra dat nodig is (terugkom-/terugkeergarantie), warme overdracht naar een andere hulpverlener (ook naar huisarts), en helder medicatiebeleid.

Wat is gelukt (en wat niet)?

Het ontwikkelen van een domeinoverstijgende visie/ werkwijze op uitstroom is in de twee betreffende regio's aardig gelukt. In een regio is dit ook op kleine schaal uitgetest. In de andere regio wordt het uitvoeren ervan onderdeel van het IZA-transformatieplan. Wel is het dashboard met inzicht in uitstroompotentieel al uitgetest. Dat is een dashboard per instelling geworden. Een overkoepelend regionaal dashboard bleek niet haalbaar. Knelpunt was dat niet alle grote ggz-aanbieders inzicht wilden geven in door- en uitstroomcijfers en dat een grote instelling halverwege het project besloot om een eigen dashboard te ontwikkelen.

Interviewer: Je vertelde dat het technisch ingewikkeld is om door- en uitstroom inzichtelijk te maken, dat is hier wel gelukt? - Bij de twee grote instellingen is het moeizaam gegaan. Maar bij de kleinere is het goed gelukt. De verzekeraar zegt nu: we willen dat het overal wordt ingevoerd. Het helpt als de verzekeraar zegt: ik verwacht geen smoesjes.

Effecten en meerwaarde

De pilot in de ene regio was ten tijde van het vervolgesprek nog niet afgerond. Wel werd al zichtbaar dat door de domeinoverstijgende werkwijze in 10 tot 25% van de gevallen de behandeling eerder afgeschaald of afgesloten werd (per team verschilde dit iets). Het ging dan om de groep mensen die drie jaar of langer in behandeling was. Omdat niet is gemonitord hoe het met deze mensen is gegaan na de afschaling of afsluiting, is het moeilijk om harde uitspraken te doen over of zij nu passende vervolgzorg of -ondersteuning ontvangen. Wel is naar voren gekomen dat de teams zelf heel tevreden waren met de werkwijze.

In de andere regio is het gebruik van het dashboard niet gemonitord. Wel zijn er voor de versneller, vanuit zijn betrokkenheid bij de teams, een aantal effecten merkbaar. Zo bleek ten eerste dat het dashboard, als ermee wordt gestart, bijdraagt aan het opschonen van het cliëntenbestand (bijvoorbeeld door het identificeren van mensen die al lang niet meer in zorg zijn). Ten tweede werd bij een instelling die het dashboard gebruikte zichtbaar dat de behandelduur verkort wordt, maar dat de behandelintensiteit toeneemt. Dat komt omdat mensen die al lang in behandeling waren en waar de behandelaars afscheid van hebben genomen, juist de mensen waren die laagfrequent werden gezien. Een bijvangst van het werken met het dashboard is geweest dat instellingen beter zijn gaan nadenken hoe ze het afscheid/ de afsluiting beter kunnen doen, met minder kans op ontregeling.

Het vraagt lef. De inhoudelijke mensen gaven aan: als ik richting afronding ga, en daadwerkelijk de afronding ga doen, dan gaan mensen ontregelen. Bij persoonlijkheidsproblemen gebeurt dat vaker dan bij depressie en angst. Daar zijn ze gaan praten over; hoe kunnen we dat afscheid beter doen. Dus ook daar zie je dat de data heeft geholpen om kwalitatief betere zorg te leveren.

Al met al lijkt het erop dat de belangrijkste meerwaarde van het dashboard is dat het helpt om het gesprek rond afschalen en afsluiten aan te gaan, zowel met cliënten als professionals onderling.

7.3 Generieke werkzame elementen bij de uitvoering van mechanismen

We zagen dat in de uitvoering van plannen van aanpak vooral het voorbereidende, opbouwende werk goed is gelukt, dat betrokken professionals elkaar beter kennen en weten te vinden en dat er 'tussenresultaten' behaald zijn in het in werking stellen van mechanismen om de wachttijden aan te pakken. In deze paragraaf reflecteren we op generieke factoren die de uitvoering van de plannen positief hebben beïnvloed, ongeacht welk(e) mechanisme(n) werd(en) ontwikkeld. De meeste factoren die genoemd werden in hoofdstuk zes, zoals de zachte factoren, zijn ook hier geldend, maar daarnaast zijn er een aantal specifieke aspecten in relatie tot de uitvoering die we hier de revue laten passeren.

7.3.1 Rol van de versneller

Versnellers hebben in de uitvoering van de plannen een ondersteunende, stimulerende en evaluerende rol gehad. Vaak werd er voor de uitwerking en uitrol van een pilot een aparte projectleider aangewezen, waardoor de versneller het overzicht kon houden over alle deelprojecten. Gevolg was wel dat versnellers soms iets meer op afstand stonden van de ontwikkelingen in de deelprojecten rond mechanismen. Wel werd in de vervolggesprekken duidelijk dat de versneller ook in deze fase veel waarde heeft kunnen toevoegen. Belangrijkste was het ondersteunen van de projectleider, het evalueren van het proces, het signaleren en uit de weg ruimen van knelpunten en het terugkoppelen vanuit de pilots naar de bestuurlijke laag.

Wij [versnellers] hebben ook een rol in de uitvoering. Maar daarin proberen we wel dat het meer op het ondersteunen of het sparren is, zonder een al te grote rol in te nemen, want die is gewoon structureel belegd bij de voorzitter van de werkgroep. Maar wij zijn wel degenen met wat ruimte om dingen die lastig gaan op te kunnen pakken, dus een beetje de brandjes blussen. En soms komen er vraagstukken, of komen er overdenkingen van de voorzitter, en dat sturen ze dan naar ons als versnellers en dan kunnen wij daarbij ondersteunen. Iets faciliteren, maar zij draaien in principe gewoon zelfstandig.

Toegevoegde waarde van de versneller is dat hij als versneller ervaring had in hoe je het kan aanvliegen, wat er nodig is en hoe het eruit kan zien. Hij heeft ook de eerste bijeenkomsten geleid en uitgelegd wat de overlegtafel is. Hij heeft echt de kar getrokken. Voor ons was het ondoenlijk geweest omdat wij met onze nek in de patiëntenzorg zitten.

Er zijn kartrekkers vanuit de eigen organisaties in de werkgroepen. Wij als versnellers faciliteren. We hebben misschien ideeën en informatie, daarna gaan we cocreatie doen. Vervolgens gaan we ernaast staan. En gaan zij het doen. Uiteindelijk stappen we eruit. En in die fase zitten we nu.

7.3.2 Draagvlak op operationeel niveau

In hoofdstuk 6 kwam al naar voren dat de transformatie niet alleen vraagt om bestuurlijk commitment om mechanismen te implementeren maar ook, misschien vooral, vraagt om draagvlak op operationeel niveau. Dat wil zeggen: de personen die de mechanismen in de praktijk gaan uitvoeren, moeten ook vertrouwen, bereidheid en urgentiebesef ervaren, willen zij effectief samenwerken. De 'zachte factoren' waar het in hoofdstuk 6 over ging, spelen hier ook een rol. Veel regio's benadrukken dat er een soort cirkel is van doen, leren en draagvlak. Dat wil zeggen dat er uiteraard een bepaalde basis van bereidheid en draagvlak moet zijn, om 'mee te gaan doen', bijvoorbeeld in een pilot, maar dat door het doen, de bereidheid en het draagvlak ook groeien. De intrinsieke motivatie wordt erdoor aangesproken. Essentieel hierbij is dat mensen elkaar goed leren kennen en dat niet de processen maar de *inhoud* leidend wordt gemaakt. Voor professionals geldt immers dat zij worden gedreven door de inhoud c.q. de wens om goede zorg of ondersteuning te bieden. Door een 'kijkje in de keuken' van andere professionals, ervaren ze hoe op verschillende manieren aan mentale gezondheid kan worden gewerkt en wat er geleerd kan worden van andere benaderingen. Wanneer zij ervaren dat het samenwerken met anderen in de context van de hiervoor beschreven mechanismen, leidt, of kan leiden tot betere zorg (learning by doing), zal de bereidheid groeien en wordt de uitvoering vergemakkelijkt. Andere werkzame elementen om draagvlak te vergroten zijn het expliciet bevorderen van goede communicatielijnen naar professionals, het stimuleren van eigenaarschap, het wegblijven van abstracties (concreet maken) en voorkómen van het top-down opleggen van werkzaamheden, het delen van successen, een duidelijke overleg- en verantwoordingsstructuur en het aandacht besteden aan het integreren van nieuwe in bestaande werkzaamheden (zodat het niet meer gezien wordt als 'extra' activiteit).

Het gaat erom niet blind een bestuurdersvisie uit te voeren, maar te kijken wat er speelt en leeft onder professionals en dat een plek te geven in de aanpak. Daarnaast toetsen we of er draagvlak is voor wat je van plan bent binnen de organisatie. Dit hebben we opgehaald in een bijeenkomst met professionals. Mechanismen moeten worden opgebouwd vanuit het primaire proces en de professionals.

Mensen die in (de pilot van) het toeleidingspunt zitten, hebben elkaar nog nooit gezien, komen er bij de eerste dag pas achter wat er van iedereen verwacht wordt, dus het is goed en nodig om hier veel aandacht aan te besteden.

De verschillende expertises stellen andere vragen en kijken anders, zo leren we ook van elkaar. Dus die 10 mensen leren elkaar kennen. Hebben in verschillende samenstellingen met elkaar gewerkt. Ook in het hele verband werd met elkaar over de inhoud gesproken.

Het is het vermogen om te willen samenwerken, het willen vanuit een innerlijke drive. Dit zagen we terug in de regio in de uitvoering voor alle zorgprofessionals. Dat merk je aan de nieuwsgierigheid, open instelling en gretigheid. Vragen zoals: "Gaan we al starten? Gaan we door?". Dit komt puur door de mensen die de gesprekken voeren: de praktijkmensen die dit werk doen, dat zijn onze signalen. Zij lopen tegen dingen aan, al een tijdje. Ze willen dat er daadwerkelijk iets gebeurt. Je gaat veel meer klankborden. Dat is een hele andere manier van werken en geeft meer voldoening.

7.3.3 Financiële ruimte voor professionals

Het ligt voor de hand, maar is toch belangrijk om te benoemen, dat de tijd die het professionals kost om mee te werken in de uitvoering van de mechanismen uit het plan van aanpak, financieel gedekt moet zijn. In het geval van de Versnellers-projecten was het vaak zo dat de activiteiten op operationeel niveau, niet gedekt werden door de Versnellers-subsidie en dat hier dus financiële bijdragen van de betrokken partijen, en/of dekking vanuit de zorgverzekeraar, voor nodig waren om de professionals daarvan te betalen. Verschillende versnellers geven aan dat het daarbij soms nodig was om financiële schotten te 'negeren'/omzeilen en activiteiten achteraf te verantwoorden.

Interviewer: De samenwerking in het CTP, hoe komt het dat het zo goed is gelukt? - Wat belangrijk was is dat in de stuurgroep is gezegd: laten we als partijen zelf financieel bijdragen. Elke partij draagt financieel bij zodat de professionals daarvan betaald kunnen worden. Dit was een heel belangrijk signaal en gaf ruimte om heel breed te gaan werken, vanuit verschillende disciplines en organisaties. Dan krijg je mensen die willen.

We hebben nu een werkvorm vanuit de verzekeraars gekregen dat we 500 gesprekken kunnen doen die vergoed zijn en er zal vanaf 2025 waarschijnlijk wel een domeinoverstijgende een financiering zijn.

Omdat kleinere organisaties zoals zelfregie- en herstelinitiatieven minder financiële ruimte hebben, is aanvullende financiering nodig om betrokkenheid in de uitvoering te regelen (zie ook paragraaf 6.3.5).

7.3.4 Aansluiten bij couleur locale en 'daar waar de energie is'

Een andere factor die mogelijk van invloed is geweest op de mate van succes was de gekozen werkwijze binnen de pilots. In sommige regio's werd een top-down strategie (eerst ontwerpen, dan uitrollen) gehanteerd, waar andere regio's juist kozen voor een bottom-up benadering (aansluiten bij bestaande situatie, kleinschalig beginnen, dan richting een ontwerp). In de vervolgesprekken kwam naar voren dat betrokkenen denken dat een werkwijze die meer rekenschap geeft aan en aansluit bij de bestaande regionale 'kleur', beter werkt. Veel versnellers benadrukken dat planmatig werken belangrijk is, maar dat een transformatie uiteindelijk mensenwerk is, en dat je dus ook flexibel moet zijn en moet kunnen afwijken van het plan als onderdelen niet goed blijken aan te sluiten bij de regionale of lokale context. Tevens is het van belang goed gebruik te maken van lokale initiatieven die er al zijn en daarop voort te bouwen, en niet het 'wiel' opnieuw uit te vinden. Ook was het essentieel om in te calculeren dat in het proces van het opstarten van mechanismen, vaak nog veel onduidelijk is, en dat er dus ruimte moet zijn om te leren, experimenteren en uit te proberen. Die ruimte moet expliciet gemaakt worden, en dat kan alleen als er, zeker in de beginfase, geen harde proces- of productie eisen worden neergelegd bij professionals.

We pakken het organisch aan. We laten het bewust zo lopen dat we niet beginnen met: we moeten de werkgroep zo ingericht hebben, want zo stond het in het plan. De pilot gaat lopen en gaandeweg sluiten verschillende partijen bij aan. Bottom-up.

Het gaat erom een beetje een sneeuwballetje te worden, denk ik, die echt gaat rollen en daar zijn lokale initiatieven gewoon belangrijk in. We laten het eerst gebeuren door de mensen die zelf al het initiatief nemen en dat is echt een succesfactor. Die lokale initiatieven in de buurt, daar kunnen we veel beter op aansluiten in plaats van dat we iets komen brengen. Van "je moet een verkennend gesprek" of "je moet dit of dat gaan doen". Dat hebben we bij de start van de Taskforce Wachtijden gezegd: niet het wiel opnieuw gaan uitvinden. Daarom is bijvoorbeeld ook Stadskanaal gekozen. Omdat er al een verbinding lag tussen sociaal domein, huisarts en ggz, dus dan is het heel makkelijk om zoiets te gaan starten.

Proefondervindelijk uitvogelen: doen, ervaren en leren. Het hoeft geen 10 te zijn voordat we iets in de praktijk gaan doen. Waar professionals eerst bang waren, zijn ze nu ook veel meer betrokken bij de ontwikkeling (een vorm van cocreatie).

7.3.5 Leren van andere regio's

Aansluiten bij de eigen regionale of lokale situatie is heel belangrijk, zo zagen we in de vorige paragraaf. Dat neemt niet weg dat het volgens versnellers ook heel goed is om van andere regio's te leren. Veel regio's hebben tijdens de uitvoering van hun plan van aanpak, veel uitgewisseld met andere regio's. De versnellers zijn vaak degenen geweest die deze kennis ook lieten terugvloeien in de eigen pilots. Zij benadrukken dat het heel bevorderend werkt om niet op een eilandje te gaan zitten, maar juist netwerken op te bouwen met andere regio's en daarin een lerende houding aan te nemen.

Dit is bijvoorbeeld een belangrijk instrument: dat we proberen ook de blik naar buiten toe te blijven houden. Bijvoorbeeld met die Noordelijke regio's, maar ook met Limburg. Daar zijn ook contacten mee om ook te kijken van 'wat zijn jullie ervaringen?', 'hoe ziet jullie pilot eruit en wat kunnen wij daar ook van leren?' Het is bijna action learning, zou je kunnen zeggen.

Kennisuitwisseling via het versnellersnetwerk. Het helpt hierbij als standaarddocumenten, bijvoorbeeld rondom de verkennende gesprekken, door iemand gebundeld en gedeeld worden. Verkennend gesprek en transfermechanisme, daarover wordt veel uitgewisseld. Bijvoorbeeld een sessie in Amersfoort, de chat, een groepje over het transformatieplan. Je krijgt voorbeelden en kan advies vragen. Fijn om kennis over uit te wisselen. Als iets werkt in een andere regio dan misschien ook in de eigen regio.

7.3.6 Ervaringskennis als onmisbare kennisbron

Zoals eerder toegelicht (paragraaf 6.3.5), is de samenwerking met ervaringsdeskundigen en het meenemen van het cliënten- en naastenperspectief niet in alle Versnellers-regio's optimaal uit de verf gekomen. Toch waren er wel degelijk regio's waarin dit wel goed lukte, of in ieder geval deels. Betrokkenen uit deze regio's zagen dit als een belangrijke succesfactor. Dit had niet alleen een ethische kant (nothing about us without us), maar ook een inhoudelijke. Ervaringskennis bleek namelijk een noodzakelijke bron van kennis om de gewenste processen vorm te geven. Betrokkenen waardeerden de inhoudelijke discussies, soms op het scherpst van de snede, die ervoor zorgden dat mechanismen zo werden ingericht dat het daadwerkelijk iets verbeterde voor de mensen met een hulpvraag. Het zorgde ervoor dat de focus van strategische doelstellingen (afbuigen) naar inhoudelijke doelstellingen (betere zorg) werd verlegd, en dat men scherp bleef op aspecten zoals herstelondersteunende bejegening en oog voor het hele verhaal.

De ervaringsdeskundige heeft een volwaardige rol gehad in het hele traject, en ik merk dat dat ook vaak niet gebeurt. Wij hebben gezegd: jongens, we moeten niet over mensen praten, maar met hen. Het was daardoor gewoon echt een superleuke groep die heel scherp erop is geweest dat we het goede bleven doen met het CTP.

Ervaringsdeskundigen zijn de belangrijkste succesfactor, want ze praten over ervaring en pakken het stukje menselijkheid. Dat is nodig, omdat professionals soms in een tunnelvisie zitten. Ervaringsdeskundigen zorgen dat je niet te veel focust op 'nu oplossen'.

Een meer praktische reden dat de betrokkenheid van ervaringsdeskundigen in de pilots belangrijk was, is dat er simpelweg nog veel onbekendheid is over wat ervaringsdeskundigen, bijvoorbeeld binnen herstelinitiatieven, kunnen betekenen voor mensen. Door de samenwerking met ervaringsdeskundigen raakten de andere betrokkenen veel beter op de hoogte van wat er mogelijk is en konden er scholingssessies worden ontwikkeld om de bekendheid te vergroten. Voor veel professionals die werkzaam zijn in de ggz of eerste lijn, geldt dat zij nog kennis hierover missen.

We gaan een scholing geven aan al die huisartsen. En dan krijgen herstelinitiatieven de gelegenheid om uit te leggen wat zij allemaal doen. Want dat is net zoals met het sociaal domein, dat was ook zo goed als niet bekend, daar hebben we ook heel lang over gedaan om dat uit te leggen. "Is het dan een maatschappelijk werk?" "Wat is dat dan?" "Wat is een welzijnscoach en is dat iets anders dan maatschappelijk werk?" En, "is dat iets anders dan de WMO?" Ja, echt, nu lach ik erom, maar die vragen kwamen gewoon. Ze hadden geen idee. Dat is precies wat ik bedoel: je hebt nog ontzettend veel te doen, naast investeren in de relatie, in het uitleggen van de inhoud van wie wat biedt. Het is niet zo gangbaar nog en daar hebben we ons denk ik ook wel in vergist.

Niemand denkt meteen aan het herstelinitiatief op dat moment, dus zij denken "het is toch heel logisch om deze vraag aan ons te stellen, want wij kunnen A, B, C bieden." Er is daar blijkbaar een soort continue reminder voor nodig over wat het aanbod inhoudt. (Vervolggesprek Apeldoorn-Zutphen).

7.3.7 Iets 'erbij' doen is makkelijker dan je primaire proces veranderen

De laatste generieke bevorderende factor die we bespreken is een beetje een curieuze en kan gezien worden als een indirecte factor, namelijk het feit dat het binnen de Versnellers-projecten veelal ging om iets 'extra's' toevoegen aan bestaande werkwijzen, en niet het aanpassen van de bestaande werkwijzen zelf. De werkwijzen van de verschillende organisaties bleven feitelijk ongewijzigd en dat vergemakkelijkte de uitvoering van de plannen van aanpak. Dat hangt ook samen met het feit dat de veranderstrategie vooral gericht was op het integraal samenwerken in het *toeleiden* of *verplaatsen* (waar moet iemand heen), en niet per se op het integraal samenwerken in de primaire processen van de betrokken organisaties zelf. Heel plat gezegd, nadat domeinoverstijgend wordt vastgesteld waar iemand 'thuishoort', komt die persoon alsnog in het primaire (niet integrale) proces terecht van de betreffende aanbieder. Hoewel we ons kunnen afvragen of dit wenselijk is, en of er niet een te beperkte uitwerking van 'domeinoverstijgend werken' wordt gehanteerd, was dit wel in het voordeel in de Versnellers-projecten, zo vertelden betrokkenen. In het vervolg van de ontwikkeling van domeinoverstijgend samenwerken is dit wel een aandachtspunt (anders wordt het een knelpunt).

Het was moeilijker geweest als je je huidige werkwijze echt moest aanpassen. We zijn met elkaar aan het veranderen maar dat is allemaal aan 'de leuke kant', we hebben niet aan de organisatiekant geprutst. Bijvoorbeeld: er is weinig aandacht geweest voor veranderingen in de ggz zelf. Meer op dingen daarbuiten. We zijn bezig met de cirkel van partijen, en we zitten in het midden samen te werken, maar niet in het huis zelf. Dat was veel moeilijker geweest om daar dingen anders te doen. IZA vraagt dat wel, om in dat eigen huis te veranderen. Daar gaat de crux komen: dan gaat het over euro's en mensen. Nu heb je alleen maar een gemeenschappelijk belang. Het is echt wel een goede basis om op verder te gaan, maar het echte werk moet nog komen. Het feit dat je niet aan elkaars inhoud hebt hoeven rommelen, kan je als succesfactor van dit project benoemen.

Eerder werd hier de beweging richting netwerkzorg gemaakt. Toen kwam het IZA-akkoord met het Mentale gezondheidsnetwerk. Dan denk je: hoe gaan we dat allemaal met elkaar goed inpassen? Je wil met elkaar de bedoeling hebben en je wil niet met elkaar gewoon functies inrichten. Want dat is geen netwerkzorg. Boven de interventies zit een bedoeling, een visie. Daar moet iedereen van doordrongen zijn. In plaats van 'je moet een Mentaal gezondheidsnetwerk gaan inrichten'. Want dat is geen netwerkzorg.

7.4 Generieke belemmerende factoren bij de uitvoering van mechanismen

Ook voor belemmerende factoren in de uitvoering van de plannen van aanpak, geldt dat deze grotendeels overlappen met de belemmerende factoren die eerder in hoofdstuk 6 werden beschreven inzake het realiseren van de regionale basis voor domeinoverstijgend werken. Wel zijn er enkele accentverschillen, die specifiek betrekking hebben op de uitvoering van pilots/mechanismen.

7.4.1 Tijd

De meest genoemde belemmerende factor in de uitvoering van de plannen van aanpak, was de beperkte tijd. De uitvoering kostte simpelweg meer tijd en was meer arbeidsintensief dan vooraf was ingeschat. Dit gold nog meer voor regio's met een plan van aanpak met een brede scope, dat wil zeggen: regio's die verschillende mechanismen, al dan niet in samenhang, wilden ontwikkelen en testen, of regio's waarin de plannen meerdere gemeenten omvatten. Het vinden van organisaties en professionals die bereid waren mee te doen in de pilots, en te zorgen dat de professionals ook daadwerkelijk in de pilots gingen meedraaien, waren geen sinecure. Bovendien, zoals al eerder vermeld, was het elkaar leren kennen een voorwaarde om effectief aan de slag te kunnen gaan, maar de tijd die hiervoor nodig was, was vooraf vaak niet ingecalculeerd. De veelheid en diversiteit van betrokken partijen maakte de uitvoering stroperig, aldus betrokkenen. Enkele betrokkenen vonden dat ook de bureaucratie die kwam kijken bij de Versnellers-subsidie zelf uit verhouding was met de beperkte duur en omvang van de subsidie.

Het is wel goed om zo weer eens terug te kijken naar het project en het projectplan. Het gaf ook wat ongemak. Het was uiteindelijk allemaal veel lastiger dan verwacht, ook om samen aan dit project te werken. Kost heel veel tijd. De doelstelling van elkaar leren kennen had ik graag meegenomen, want dat kostte het meeste tijd.

Je zult voor een pilot toch een groepje van mensen moeten organiseren rondom een huisartsenpraktijk. Het is niet alleen de huisartsenpraktijk die je mee moet hebben, maar dan moet ook een sociaal domein-partner bereid zijn om in te stappen binnen de gemeente en ook nog een of meerdere ggz-instellingen. Dus het is best wel een proces om zo'n groepje bij elkaar te krijgen om een pilot te starten. In de zorg doe je dingen gewoon niet zo heel makkelijk, zeker niet als het over meerdere organisaties gaat. Dat is echt moeilijk om te organiseren. Voor je het weet, ben je voor het opstarten van een kleine pilot al een half jaar verder. (...) We zijn daarom ook ongeveer een half jaar tot een jaar bezig geweest voordat we de eerste verkennende gesprekken konden starten. Nou hoop ik niet dat het bij elke pilot die we op willen starten eenzelfde soort lange doorlooptijd heeft. Maar een half jaar ben je zo kwijt voordat je effectief aan de slag bent.

Drenthe kent 12 gemeentes, met elke zorg- en welzijnsorganisaties. 12 verschillende opdrachten. Die moeten we allemaal op een lijn krijgen. Maar er zijn in een gemeente ook weer 20 huisartspraktijken. Daar moet je ook mensen zien te vinden die enthousiast zijn. Dit is vooral ingewikkeld in termen van tijd. Er is te weinig tijd om dit voor elkaar te krijgen.

7.4.2 De mindshift is pas net begonnen

Dat de uitvoering van de plannen binnen de Versnellers-projecten veel tijd kostte moet volgens betrokkenen ook gezien worden in de context van de grotere beweging waar de projecten feitelijk onderdeel van zijn. Zo reflecteerden betrokkenen dat de transformatie meer is dan het uitrollen van pilots en werkwijzen; het is feitelijk het implementeren van een andere manier van *denken*. Deze mindshift, die inhoudt dat professionals, bestuurders en burgers, anders naar zorg en ondersteuning (moeten) gaan kijken, en de systemen dat ook in toenemende mate (moeten) gaan faciliteren, gaat simpelweg niet over een nacht ijs. In de interviews benoemden betrokkenen in dit kader vooral dat de ggz nog helemaal niet ingericht is op integraal werken, waarbij er een “lappendeken aan partijen met ieder een eigen identiteit en in- en exclusiecriteria” bestaat, en het feit dat “de marktwerking nog in de hoofden van bestuurders zit”. Ook benoemen zij de “diagnosemaatschappij” die ervoor zorgt dat burgers mentale problemen buiten zichzelf en in een medisch kader plaatsen. Het feit dat de benodigde kanteling van denken over mentale problemen nog in de kinderschoenen staat, maakte de uitvoering van de plannen van aanpak complex. Betrokkenen geven aan dat de veranderprocessen tijd nodig hebben, vooral omdat het ook een cultuurverandering omvat.

We bewegen ons richting de vraag hoe we dit samen kunnen doen. Dat is echt cultuurverandering. Een omschakeling. Dat krijg je niet in een paar maanden voor elkaar. Alle medewerkers overtuigen van dat gedachtegoed. Maar ook voelen en ervaren dat het bijdraagt aan een betere zorg voor cliënten. Het is te utopisch om dat binnen een paar maanden voor elkaar te krijgen.

We weten dat de urgentie groot is en dat we moeten veranderen. Dat helpt, maar het is onderdeel van een veel grotere beweging. Uiteindelijk zit je met een ontwikkeling die gewoon wel een aantal jaren gaat duren, omdat je ook met zijn allen en ook vanuit de burger echt anders naar zorg moet gaan kijken en anders naar hulpverlening moet gaan kijken.

7.4.3 Bekostigingsstructuur

Regio's liepen er bij de uitvoering van plannen tegenaan dat de bekostigingsstructuur nog niet optimaal ondersteunend was voor domeinoverstijgend werken. Dit zorgde voor veel ‘gedoe’ en vertraging omdat betrokken organisaties veel onduidelijkheid ervoeren over de financiële dekking van hun activiteiten binnen de pilots. Alleen de organisaties die echt bereid waren om te pionieren en risico's te lopen, namen deel aan de pilots. Ook belemmerend was dat het uiteindelijke doel, het verminderen van de wachttijden in de ggz, binnen de huidige systemen, feitelijk een onaantrekkelijk doel is (“je hebt een zekere wachttijd nodig om financiële risico's in te dammen”). Andere belemmeringen rond bekostiging waren volgens betrokkenen dat er nog onvoldoende rekening wordt gehouden met de toename aan kosten/ financiële risico's die in de transformatie ontstaan voor het sociaal domein. In sommige regio's werd er ten tijde van de Versnellers-projecten zelfs bezuinigd op welzijn. Ook de bekostiging van ervaringsdeskundigen is over de hele linie onvoldoende geborgd.

Je bestaansrecht, daar gaat het om, hè? Want niemand wil wachttijden maar een grote organisatie heeft wachttijden nodig om gezond te blijven. Ja, dit is krom, hè?

We moeten transformeren, maar wel van het stelsel afblijven. Maar we kunnen niet transformeren als we niet naar de financiering kijken.

Die herinrichting van die hele zorg aan die voorkant, dat is gelijk ook de complexiteit hè, want het systeem is niet voorzien in deze herinrichting. Dat is onze struggle ook geweest en er is ook vertraging geweest. Wat we willen valt buiten de huidige structuur. Het valt buiten de verschillende betalingsmechanismes. Dat is gewoon wel heel erg worstelen van: hoe geraken we daar, want we weten wel waar we willen komen maar er zijn heel veel risico's, met betrekking tot financiering en personeel. We hebben nog echt een hele weg te gaan. We maakten afspraken maar er speelden toch partijbelangen, ook met verzekeraars en dan zie je dat dat niet altijd even gestroomlijnd loopt en dat je heel veel inspanning moet doen om het allemaal weer op één lijn te krijgen.

7.4.4 Personeelstekort en schaarste in aanbod

Bijna alle betrokkenen gaven aan dat personeelstekort en schaarste in aanbod belemmerend waren in de uitvoering van de plannen. Dit geldt voor alle domeinen. De mate waarin dit zo was, verschilde wel tussen regio's. In sommige regio's, zeker in provinciale gebieden, was het personeelstekort zo nijpend dat het ingewikkeld was om de beoogde uitvoering van ontwikkelde mechanismen te bemensen. Er was simpelweg in sommige regio's geen ruimte om mensen actief vrij te spelen voor dit soort projecten. Soms konden ze wel bemenst worden, maar hadden professionals zeer beperkte tijd ter beschikking. Dit zorgde voor stagnering en vertraging. Ook was er in sommige gebieden te weinig, of te weinig gevarieerd aanbod, of miste er specifiek aanbod voor een bepaalde diagnosegroep, waardoor de mechanismen die gericht waren op 'passende ondersteuning' vinden, niet goed uit de verf kwamen. Ook wisselingen in personeel konden grote impact hebben, vooral als dit binnen de pilots gebeurde.²⁴

²⁴ Veel betrokkenen signaleren dat in deze fase van de transformatie nog sterk leunt op de inzet van voorlopers/enthousiastelingen die graag willen bijdragen aan de verandering. Dit maakt de transformatie kwetsbaar.

De personele tekorten zijn in sommige gebieden zo groot, dan kan je van alles verzinnen maar dan zal een wachtlijst ook niet veranderen. Acties gericht op afbuigen zijn zeker zinvol en doen het goed, maar in sommige gebieden is de situatie zo schraal dat dit soort acties niet helpen.

Kleine ambulante ggz-partijen sturen mensen nu voornamelijk terug naar de huisarts. Komt door enorme krapte arbeidsmarkt. Soms hebben we gewoon geen behandelaar. Daardoor ook frustratie in de 1e lijn. Dat zijn de dingen waar we aan willen werken.

Capaciteit is een groter probleem waar het project geen invloed op heeft. In de hele ggz is er te weinig, daardoor 'overall file', en kun je maar beperkt doorverwijzen überhaupt. Daar lopen we tegen aan.

7.4.5 Weinig sturingsinformatie

Een andere belemmerende factor binnen de uitvoering van de projecten was dat er vaak geen betrouwbare sturingsinformatie voor handen was om de effecten van de projecten te kunnen monitoren en activiteiten bij te sturen. Zo hadden alle regio's moeite om een (regionaal) overzicht te krijgen van cijfers met betrekking tot wachttijden per aandoening, niet in de laatste plaats omdat deze op verschillende wijzen en gebrekkig worden geregistreerd door organisaties.

Toen zei ik: hé, hoeveel zicht hebben wij op die wachttijden? En toen bleek gewoon dat het ongelooflijk ingewikkeld was om een netjes overzicht te krijgen van de wachttijden, laat staan dat je kon vaststellen dat die wachttijden afnamen door onze inspanningen. En toen had ik zoiets van: oké, maar waar zijn we dan nu mee bezig? De versnellers hebben daar ook wel pogingen toe gedaan om dat regionaal bij elkaar te brengen, maar dat is nooit echt gelukt.

Ja, dan zit je een beetje in het donker te sturen, hè? Dat is wel lastig hieraan.

7.4.6 Juridische belemmeringen en mandatering

Andere belemmeringen hadden betrekking op het 'aftikken' van juridische vraagstukken en de mandatering, evenals op het vastleggen van praktische en organisatorische randvoorwaarden, zoals de inzet van personeel, het beschikbaar stellen van ruimtes en het gebruik van ICT-toepassingen. Dit soort aspecten zorgden ervoor dat de haalbaarheid van de oorspronkelijk opgestelde plannen terugkijkend in de vervolgesprekken meestal werd gerelativeerd (zie ook hoofdstuk 6).

Er is veel gedoe geweest met ICT-perikelen. Dit is geen enorme ramp, maar je verliest wel tijd. De regionale kerninstelling is daardoor eigenaar geworden. Dat voelt een beetje scheef, je wil namelijk dat het van iedereen is. Je wil dat het gelijkwaardiger wordt. Maar als de regionale kerninstelling zich niet zou bekommeren om de ICT, dan vragen wij ons af hoe dit verder zou lopen. Dit maakt het kwetsbaar.

7.4.7 IZA-ontwikkelingen

Zoals al in hoofdstuk 5 en 6 benoemd, had de opkomst van het IZA invloed op de Versnellers-projecten. Naast dat het óók positieve uitwerking had, onder andere omdat het de urgentie van de transformatie onderstreepte, kan gesteld worden dat het IZA op de uitvoering van de plannen van aanpak vooral een vertragend effect heeft gehad. Door veranderingen in de governance en onduidelijkheid over besluitvorming en overdracht ontstonden vertragingen in de uitvoering. De politieke dimensie en de voortdurende afstemming die nodig waren, kostten veel tijd, terwijl de versneller en andere betrokkenen juist vooruit wilden. In veel regio's werd gaandeweg de Versnellers-projecten de druk groter doordat transformatieplannen geschreven moesten worden. Dit ging gepaard met vragen over besluitvorming, mandaat en overlap met andere domeinen. Ook ontstond er versnippering: sommige partijen kozen toch weer hun eigen route, en trokken zich terug. Daarnaast leidde de landelijke beweging rond IZA tot het gevoel dat er topdown kaders werden opgelegd. Dit botste soms met de oorspronkelijke bottom-up visie van samenwerking en onafhankelijkheid. Verschillende betrokkenen vinden het proces rond de transformatieplannen bovendien te bureaucratisch. Sommige betrokkenen spraken zich tijdens de vervolgesprekken uit tegen de toenemende mate waarin transformatieprocessen worden 'vastgepind' in blauwdrukken, meetbare uitkomsten en Key Performance Indicators (KPI's). Deze werkwijze past in een al langer gaande tendens om grip te krijgen op veranderprocessen, waarbij men het risico signaleert dat dit ten koste gaat van creativiteit, dialoog en aandacht voor ervaringskennis. Zij pleiten dan ook voor meer experimenteerruimte en -tijd, en een verschuiving van de aandacht van het proces naar de inhoud, en van meetbaarheid naar waardegedrevenheid. Tevens ontstond in sommige regio's een timingsvraagstuk. Opgebouwde mechanismen moesten na het eindigen van de Versnellers-subsidieperiode weer worden opgeheven of 'on hold' zijn gezet omdat men nog 'wachtte op' de transformatiegelden. Dit laatste geldt bijvoorbeeld voor de regio's Arnhem en Nijmegen, waar het na de pilot met het Centraal Toeleidingspunt, het een tijdje 'stil heeft gelegen', in afwachting van structurele middelen vanuit het transformatieplan.

Het was wel een zoektocht toen IZA ertussen kwam: hoe kunnen we zorgen we dat ons project blijft aansluiten bij het IZA-overleg, want het tempo van IZA is echt anders dan ons tempo. We wilden niet wachten, daarom zijn we het Toeleidingspunt maar zelf gaan inrichten. Binnen IZA moest dat toch ook: op verwijzing van de huisarts een verkennend gesprek aanbieden, dus dat paste goed. Het vloeit nu steeds meer samen, ons project wordt een beetje een voorloper.

Ja, dit is de richting die we hebben gekozen met elkaar in Nederland om dit zo te doen. Maar het is natuurlijk een draak van een proces. De weg ernaartoe kost soms wel eens meer dan daadwerkelijk wat het oplevert.

Soms lopen landelijke richtlijnen er ook doorheen. Dan krijg je twijfel terwijl je net bezig bent om te ontdekken. Landelijke richtlijnen geven niet altijd ruimte om te experimenteren.

7.5 Samenvattend

Dit hoofdstuk beschrijft in detail hoe de uitvoering van de plannen van aanpak is verlopen en welke factoren daarbij hebben geholpen of juist hebben belemmerd. Een belangrijk uitgangspunt van de veranderstrategie van de Versnellers-projecten was dat vanuit een regionale basis voor domeinoverstijgende samenwerking **concrete mechanismen** konden worden ontwikkeld en in de praktijk beproefd om de wachttijden te verminderen. Hoewel alle regio's dit (op grotere of kleinere schaal) als doelstelling hadden geformuleerd, bleek de uitvoering in de praktijk vaak complexer en tijdsintensiever dan vooraf voorzien. Dit hing sterk samen met het feit dat de voorafgaande fase, het opbouwen van de juiste formele en relationele infrastructuur en het ontwikkelen van een gedeelde visie en gezamenlijke plannen, aanzienlijk meer tijd vergde dan verwacht. Dit betekent dat niet alle vooraf bepaalde doelen helemaal gelukt zijn. Desalniettemin zijn er diverse mechanismen uitgedacht en uitgetest.

Bekender maken van alternatief ondersteuningsaanbod

Veel Versnellers-regio's hebben activiteiten ontplooid, gericht op het verminderen van de instroom in de ggz middels het vergroten van de bekendheid en/of het uitbreiden van het aanbod van alternatieve ondersteuningsvormen. Hieronder valt het beter positioneren van ondersteuningsopties in het sociaal domein en herstelinitiatieven, en het ontwikkelen van sociale kaarten, wegwijzers en groepsprogramma's. Resultaten varieerden sterk tussen regio's. In de meeste gebieden kwam het inventariseren van mogelijkheden aardig van de grond, maar vaak bleek dat het stimuleren van verwijzers (zoals huisartsen) om deze alternatieven daadwerkelijk te benutten veel tijd kost. Ook ontbrak soms passend aanbod in het sociaal domein of financiering, waardoor structurele inbedding moeilijk was.

Brede triage

Het implementeren van brede triage, vaak in de vorm van het verkennend gesprek, was een ander belangrijk concreet onderdeel van veel plannen van aanpak in de Versnellers-regio's. Veel regio's wisten een werkwijze te ontwikkelen en soms pilots te draaien, maar de opstart vergde veel voorbereiding. Zo was afstemming nodig over allerlei zaken zoals doelgroep, training, systemen, privacy en financiering. Waar pilots plaatsvonden, waren betrokkenen enthousiast en werden regelmatig alternatieven voor ggz-behandeling gevonden. De werkwijzen voor brede triage zorgden bovendien voor het elkaar beter leren kennen en meer interdisciplinaire samenwerking, ook buiten de werkwijzen om. Tegelijkertijd leefden zorgen over capaciteit in het sociaal domein en over te strakke landelijke kaders, zoals eisen voor de inzet van ervarings-deskundigen.

Matchen van vraag en aanbod

Overlegtafels (casusoverleggen) en transfermechanismen werden in veel regio's middels de versnellersprojecten ingericht of verbeterd. Beide mechanismen zijn vormen van regionale samenwerking waarin belemmeringen, zoals wachtlijsten, worden omzeild door direct en met meerdere partijen te zoeken naar passende oplossingen. De overlegtafel heeft daarbij een multidisciplinair karakter en wordt ingezet om individuele hulpvragers sneller en effectiever naar de juiste vorm van zorg of ondersteuning te leiden. Het transfermechanisme bestaat doorgaans uit samenwerkende ggz-aanbieders en is primair gericht op het creëren van de snelste toegang tot zorg voor groepen hulpvragers. Het belangrijkste effect was dat professionals elkaar beter leerden kennen, wat de samenwerking versterkte, ook buiten de overleggen om. Wanneer overal capaciteitstekorten waren, bood een transfertafel beperkt uitkomst. Bij de overlegtafels waren gebrekkige mandatering, wisselende deelname en administratieve knelpunten belemmerend. Desalniettemin hebben betrokkenen de indruk dat de mechanismen bijdragen aan betere zorg, maar dit is moeilijk te onderbouwen omdat casussen en groepen niet gevolgd zijn.

Consultatie

Enkele regio's beoogden binnen de Versnellers-projecten ook een stap te zetten in het inrichten of verbeteren van de consultatiefunctie tussen huisartsenpraktijk, ggz en sociaal domein. Deze functie houdt in dat huisartsen en sociaal domein een laagdrempelig adviesgesprek kunnen aanvragen met een gespecialiseerde GGZ-professional (zoals een psychiater of klinisch psycholoog). Het doel is om advies te krijgen over complexe casussen, diagnostische twijfels te bespreken en passende zorg te bieden, vaak om zwaardere zorg te voorkomen. Binnen de Versnellers-projecten kwamen doelen rond de consultatiefunctie echter slechts beperkt van de grond door complexiteit, tijdgebrek en het geven van prioriteit aan andere thema's.

Digitale tools

Naast het ontwikkelen en uittesten van concrete mechanismen hadden regio's bij aanvang van de Versnellers-projecten hoge verwachtingen van een verbeterde datainfrastructuur met betrekking tot wachttijden en digitale instrumenten om de toeleiding naar passend aanbod te faciliteren, maar de praktijk bleek weerbarstig. Wachttijden bleken lastig inzichtelijk te krijgen, systemen sloten niet op elkaar aan, en AI-matchingtools bleken – ten tijde van de Versnellers-projecten – nog niet breed implementeerbaar. Desalniettemin zijn regio's aan het eind van de looptijd nog steeds enthousiast over het potentieel van deze mechanismen.

Door- en uitstroomechanismen

Slechts twee Versnellers-regio's richtten zich in hun Versnellers-aanpak op het bevorderen van uitstroom uit de ggz. Deze regio's ontwikkelden een gezamenlijke visie en praktische werkwijzen, zoals een dashboard om het uitstroompotentieel zichtbaar te maken en een domeinoverstijgend overleg om de uitstroom soepeler te laten verlopen. Eerste resultaten lieten zien dat een snellere uitstroom met deze werkwijzen mogelijk is, maar de bijdrage aan het grotere probleem van wachttijden is misschien beperkt omdat passende voorzieningen die nodig zijn voor uitstroom niet altijd voor handen zijn en huisartsen aangeven overbelast te zijn. De belangrijkste meerwaarde is echter dat teams bewuster en consistentier gaan nadenken over passende afronding van zorg, wat op langer termijn kan bijdragen aan het realiseren van meer passende uitstroombmogelijkheden.

Hoewel elke regio met zijn eigen (samenstelling van) mechanismen aan de slag ging, zijn er wel een aantal generieke succes- en belemmerende factoren te destilleren. Succesfactoren waren onder andere de sterke coördinatie door versnellers en kartrekkers, bottom-up werken, aansluiten bij lokale initiatieven en energie, en kleine stapjes zetten. Het leren door *doen*, samen experimenteren en elkaar in de praktijk ontmoeten bleken cruciaal voor draagvlak, alsook de zekerheid dat inzet van capaciteit in de mechanismen, op bestuurlijke dekking kon rekenen. In regio's waar ervaringsdeskundigen betrokken waren bij de uitvoering, droeg dit sterk bij aan de kwaliteit en mensgerichtheid van de mechanismen. Belangrijke belemmeringen waren beperkte tijd, personeelstekorten, financiële schotten, gebrek aan experimenteerruimte en onvoldoende sturingsinformatie. Ook zorgde de opkomst van het IZA voor vertraging door veranderende governance, extra overleglagen en het gevoel van top-down sturing, waardoor lokale energie soms werd afgeremd.

Samenvattend

Samenvattend hebben betrokkenen ervaren dat het ontwikkelen en beproeven van mechanismen om de wachttijden te verminderen, veel tijd en zorgvuldige voorbereiding vraagt. Dit was veel gevraagd voor de beperkte looptijd van de projecten, waardoor veel mechanismen niet volledig waren uitgekristalliseerd aan het einde van de projecten. Desalniettemin waren concrete mechanismen ontworpen, voorbereid en/of op kleine schaal uitgevoerd. Betrokkenen zijn in de regel tevreden met wat er gelukt is. Dit geldt vooral voor de mechanismen 'brede triage' en 'matchen vraag en aanbod' (met de andere mechanismen is nog minder ervaring opgedaan). Zij benoemen dat het ontwikkelen van deze mechanismen heeft gezorgd dat organisaties en professionals elkaar veel beter kennen en vinden. De samenwerking is zichtbaar gegroeid. Ook zijn aan het eind van de Versnellers-projecten de mechanismen 'gereed' om verder of breder uit te rollen, de aanpak staat als het ware 'in de startblokken'. En in veel regio's is het gelukt om deze verder onder te brengen bij de IZA-transformatieplannen, wat hoopvol stemt voor toekomstige doorontwikkeling en implementatie op grotere schaal.

8 Effecten en meerwaarde van de aanpak



Dit hoofdstuk heeft betrekking op de bovenste (blauwe) laag van de verandertheorie: de impactdoelen van de Versnellers-aanpakken.

8.1 Doelen en scores

In de vorige hoofdstukken is uitvoerig besproken hoe de Versnellers-projecten zijn verlopen, wat daarin goed en minder goed werkte en waarom. In dit laatste hoofdstuk zijn we aanbeland bij de hamvraag: hebben de projecten daadwerkelijk impact gehad? Dat wil zeggen: is er impact waargenomen op de vooraf geformuleerde doelen in relatie tot 'grip op in-, door- en uitstroom', 'structurele en duurzame domeinoverstijgende samenwerking', de mate waarin professionals in staat zijn (gesteld) om kwalitatief goede zorg en ondersteuning te bieden' en 'uitkomsten op hulpvrager-niveau' (beter herstel, hogere kwaliteit van leven, meer regie)? En hebben de projecten daarmee bijgedragen aan de overkoepelende 'droom' van een *goede ggz met korte wachttijden voor wie het nodig heeft*?

Scores

In de vervolggesprekken is aan betrokkenen uit de regio's gevraagd om 'waarschijnlijkheidsscores' toe te kennen aan de mate waarin hun Versnellers-aanpak heeft bijgedragen aan het behalen van deze impactdoelen. Hierbij is uitgegaan van een schaal lopend van 1 tot 7 (1=zeer onwaarschijnlijk, 2=onwaarschijnlijk, 3=enigszins onwaarschijnlijk, 4=niet waarschijnlijk/niet onwaarschijnlijk, 5=enigszins waarschijnlijk, 6=waarschijnlijk, 7=zeer waarschijnlijk). Tevens hadden betrokkenen de mogelijkheid om aan te geven dat zij geen uitspraken konden doen over het bereiken van impact (score 0). Bijlage 1 presenteert de scores van de 21 Versnellers-regio's. In de vervolggesprekken is hen gevraagd om de toegekende scores toe te lichten, te onderbouwen en erop te reflecteren. In dit laatste resultatenhoofdstuk lopen we de impactdoelen langs en bespreken we de belangrijkste overkoepelende resultaten. Ook gaan we in op wat regio's hebben gezegd over de mate waarin de projecten hebben bijgedragen aan de overkoepelende droom van een *goede ggz met korte wachttijden voor wie het nodig heeft*.

8.2 Impact op in-, door- en uitstroom

De meeste regio's vinden het 'waarschijnlijk' (n=9) of 'zeer waarschijnlijk' (n=7) dat het Versnellers-aanpak bijdraagt aan meer grip op in-, door- en uitstroom (gemiddelde score van 5,9). Uit de toelichtingen blijkt dat zij over het algemeen een groot vertrouwen hebben in het idee dat betere domeinoverstijgende samenwerking, integraler kijken en het implementeren van specifieke mechanismen zoals het VG en/of overlegtafels bijdragen aan het voorkómen van 'onnodige' instroom in de ggz en dat mensen vaker op andere plekken (met 'lichtere' zorg) geholpen kunnen en zullen worden (afbuigen). Dit zou vervolgens impact moeten geven op de in-, door- en uitstroom. Sommige regio's hebben in hun pilots daadwerkelijk een afbuiging van de instroom in

de ggz waargenomen, en onderbouwden daarmee hun score van 'waarschijnlijk'. Echter, in veel regio's waren er (nog) geen concrete gegevens om de aanname dat het project had bijgedragen aan betere in-, door-, en uitstroom te onderbouwen, en bleef het bij verwachtingen/hypotheses. Ook gaven regio's aan dat om echt duidelijke impact te kunnen maken op in-, door- en uitstroom, veel meer aandacht nodig is voor structurele, contextuele factoren, zoals het verouderde systeem van financiering en capaciteitstekorten. Zij zien de Versnellers-projecten veelal als een 'goed begin' van een groter proces. Enkele regio's wijzen in hun toelichting op mogelijke negatieve neveneffecten, zoals het ontstaan van wachttijden in het sociaal domein.

Op andere plekken in Nederland is info verzameld waaruit blijkt dat er afbuiging plaats gaat vinden. Dit is een algemene aanname. We hebben geen grafieken waar dit uit blijkt.

Onze inschatting is dat het waarschijnlijk is dat het project een bijdrage levert aan dit doel. Wel is er in de regio breder sprake van een verstopte keten met overal weinig capaciteit en dus wachttijden. De initiatieven binnen het project richten zich op het verminderen van de impact van een deel van de knelpunten, maar kunnen niet alles oplossen. Doordat de partijen regelmatig samen komen is de mogelijkheid er ook om bredere problematiek met elkaar te bespreken.

De vraag is of door ombuigen van de zorg geen nieuwe knelpunten ontstaan (mogelijk grotere toestroom naar sociaal domein en vraag of daar voldoende meebewogen kan worden).

8.3 Impact op domeinoverstijgende samenwerking

Het tweede impactdoel waar regio's aan wilden bijdragen met hun Versnellers-project was dat de regionale domeinoverstijgende samenwerking rond de aanpak van wachttijden een structureel en duurzaam karakter krijgt. Regio's beogen onder andere dat de gerealiseerde (overleg)structuren ingebed worden in reguliere activiteiten van de samenwerkingspartners, dat er continuïteit is in de inspanningen van partijen in de uitvoer en doorontwikkeling van specifieke samenwerkingsmechanismen, dat mechanismen breder worden uitgerold, dat er oplossingen zijn gevonden voor financieringsvraagstukken, en dat de kennis die tijdens de projecten ontwikkeld is, in het vervolg wordt meegenomen (evaluatie). Voorwaarden hiervoor zijn dat de betrokken netwerken ook eigenaarschap ervaren en zelfstandig kunnen functioneren zonder hulp van een versneller of tijdelijke projectsubsidie.

De meeste regio's vinden het 'zeer waarschijnlijk' (n=8) of 'waarschijnlijk' (n=8) dat hun Versnellers-projecten hebben bijgedragen aan structurele en duurzame regionale domeinoverstijgende samenwerking (gemiddelde score van 6,0). Dit onderbouwen betrokkenen door de veranderingen die ze zelf hebben waargenomen in hun regio. Zo hebben ze gemerkt dat de samenwerking tussen domeinen veel vanzelfsprekender is geworden (waar het voorheen helemaal niet gebeurde, wordt er nu veel ervaring mee opgedaan). Wel geven betrokkenen vrijwel allemaal

aan dat voor het daadwerkelijk realiseren van dit impactdoel, meer middelen, tijd en blijvende inspanningen nodig zijn. Vaak wordt hiervoor de link gelegd met de IZA-transformatiemiddelen. Betrokkenen verwachtten dat de structuren en geleerde lessen vanuit de Versnellers-projecten worden meegenomen in de regionale transformatieplannen, en vertrouwen er zodoende op dat deze uiteindelijk geïntegreerd worden binnen de ontwikkeling van de regionale Mentale gezondheidsnetwerken.

We zien dat de projectactiviteiten bijdragen aan de duurzame inrichting en het versterken van samenwerking, hoewel dit wel blijvende aandacht en inspanningen vraagt om te behouden.

Het project Verkennend Gesprek is opgenomen als een van de grotere projecten binnen het thema 'Versterken mentale gezondheid'. Op basis van de gedraaide pilot, de evaluatie en het opschalingsplan wordt er nu een transformatieplan geschreven om aanspraak te doen op de transformatiegelden voor de mentale gezondheidsnetwerken. Hierdoor is de continuering van het project geborgd en kan er opschaling van de pilot gaan plaatsvinden.

Wat ik wél heb gezien, is dat partijen met ROS-gelden de doorontwikkeling mogelijk gaan maken. Veel partijen geven aan dat ze deze doorontwikkeling willen realiseren. Ze gaan met elkaar om tafel om de vraag te beantwoorden hoe dit gefinancierd kan worden. In de regio is daarmee duidelijk iets ontstaan: "hé, dit gaan we doen."

8.4 Impact op professionals

Een derde impactdoel van de Versnellers-projecten had betrekking op het beter in staat stellen van professionals om kwalitatief goede, en passende zorg en ondersteuning te bieden. Dit doel werd in de meeste regio's verbonden aan aspecten als dat professionals elkaar en elkaars aanbod beter kennen, en dat zij meer kennis delen en onderlinge afspraken maken. Hierdoor hebben professionals meer begrip, waardering, en vertrouwen in elkaar en verbetert hun onderlinge samenwerking in de zorg en ondersteuning voor mensen met mentale problemen. Ook werden hier inhoudelijke doelen aan verbonden rond het meer integraal, breed en transdiagnostisch kijken en handelen door professionals (de 'andere manier van kijken en werken'), onder andere middels principes van positieve gezondheid, netwerkzorg en herstelondersteunend (demedicaliserend) werken. Dit alles zou moeten leiden tot kwalitatief betere zorg en in wisselwerking daarmee, ook kunnen bijdragen aan het verhogen van het werkplezier, de voldoening en de motivatie van professionals. In sommige regio's werden expliciete doelstellingen voor bepaalde beroepsgroepen toegevoegd, zoals het ondersteunen en ontlasten van huisartsen in de zorg voor mensen met mentale klachten, en het zorgen dat ggz-professionals zich beter kunnen focussen op/ meer tijd overhouden voor het behandelen van cliënten die echt ggz-zorg nodig hebben.

De meeste regio's achten het 'waarschijnlijk' (n=11) dat hun Versnellers-aanpakken hebben bijgedragen aan het behalen van de beoogde impact op professionals (gemiddelde score van 5,7).

Uit de nadere toelichting van betrokkenen blijkt dat daarbij het zwaartepunt van de bijdrage ligt bij betere multidisciplinaire samenwerking. Alle betrokkenen zijn ervan overtuigd dat binnen de opgerichte overlegstructuren en ontwikkelde samenwerkingsmechanismen, professionals elkaar beter hebben leren kennen en dat dit ook veel effect heeft gehad op hun handelen en denken. De onderbouwing hiervan ligt veelal in de directe ervaringen van betrokkenen, of 'verhalen uit de wandelgangen'.

Nou ja, wij vinden het nu als ggz best frustrerend dat we weten dat mensen op een hele lange wachtlijst staan en dat het dan best nog wel eens voorkomt dat zij, op het moment dat zo iemand eindelijk op intake komt, helemaal niet bij ons aan het juiste adres zijn. Dan hebben ze dus heel lang gewacht voor niks. Dat vinden onze zorgverleners ook heel erg frustrerend, want die willen mensen helpen en die balen daar dus van. Dus de hoop is dat als dat minder vaak voorkomt, dat dat dan wel bijdraagt aan het werkgeluk. Die zorgverleners hebben gewoon echt een hele grote, intrinsieke motivatie om mensen gewoon verder te helpen.

Bij de verkennende gesprekken zie je combinaties van professionals ontstaan. De combinaties zijn interessant. Bij overlegtafels zie je ook dat het elkaar opvolgt. Er komt advies voor het een, maar ook voor wat daarna. Mensen denken niet meer ad hoc maar bewegen richting trajectdenken. Uitvoerders geven aan dat deze manier van werken en denken plezierig is. De verantwoordelijkheid wordt gedeeld door allen en de inwoner wordt zelf als gelijkwaardige meegenomen. Het is anders werken, ander perspectief.

Wat betreft de professionals: we ervaren met de werkgroep echt dat men verandering wil met elkaar. Een verandering naar passende zorg, maar ook naar 'hoe gaan we anders kijken met elkaar'.

In enkele regio's is de impact op professionals geëvalueerd, dikwijls als onderdeel van het testen van ontwikkelde samenwerkingsmechanismen in de praktijk. Hieruit blijkt dat professionals de samenwerkingsmechanismen vaak als prettig en waardevol hebben ervaren (ook als ze vooraf sceptisch waren). Het is de vraag in hoeverre het voor betrokken professionals ook heeft gezorgd voor meer werkplezier en motivatie. Dit soort uitkomsten zijn niet of nauwelijks in kaart gebracht. Daarnaast geven verschillende betrokkenen aan dat hun Versnellers-projecten slechts een beperkt aantal professionals heeft bereikt. Waar professionals in de pilots van de samenwerkingsmechanismen mogelijk wel positieve impact hebben ervaren, kon het overgrote deel van de professionals in de regio gewoon door gaan met 'business as usual'.

Op het primaire proces van professionals die in de ggz werken heeft het niet zo veel impact. Wel op de professionals die zelf in het CTP werken.

8.5 Impact op de hulpvrager

Een andere beoogde impact van de Versnellers-projecten is dat het bijdraagt aan tijdigere zorg en/of ondersteuning die beter aansluit bij de hulpvraag van personen. Deze impact wordt in de verschillende projecten geconcretiseerd in doelen zoals het voorkomen dat mensen tussen wal en schip vallen, het verkorten van onnodige wachttijden, het zorgen dat cliënten in één keer op de juiste plek terechtkomen en het minimaliseren van de negatieve gevolgen van langdurig op de wachtlijst staan. Maar ook dat de burger meer centraal moet staan, een sterkere regierol, meer keuzevrijheid en meer mentale veerkracht ervaart, en een betere toegang (ook tijdens de wachttijd) heeft tot interventies die bijdragen aan kwaliteit van leven. Een onderliggende aanname is dat snellere en beter aansluitende hulp, bijdraagt aan betere uitkomsten bij individuele hulpvragers, zoals meer tevredenheid, hogere kwaliteit van leven, meer regie en/of beter herstel.

De meeste regio's achten het 'waarschijnlijk' (n=9) of 'enigszins waarschijnlijk' (n=6) dat hun Versnellers-aanpakken hebben bijgedragen aan het bereiken van deze impact op het niveau van hulpvragers. De gemiddelde score van 5,0 voor dit impactdoel is het laagste gemiddelde van alle vijf de impactdoelen (zie bijlage 1). Wat heel duidelijk naar voren komt is dat betrokkenen weliswaar volledig achter hun veranderstrategie staan, maar nauwelijks tot geen zicht hebben of de beoogde impact op hulpvragers ook daadwerkelijk tot stand komt. Ervaringen en uitkomsten van hulpvragers zijn vooralsnog niet of nauwelijks in kaart gebracht. In enkele regio's zijn een paar hulpvragers bereid geweest om hun directe ervaringen met mechanismen zoals het VG te delen. Hun eerste ervaringen waren vrij positief, maar daarbij is geen zicht gekregen op hoe het daarna met de hulpvrager is gegaan. Dat wil zeggen: er is niet onderzocht of hulpvragers daadwerkelijk (vaker) snellere, passende hulp hebben gekregen. Er is alleen enige onderbouwing van anekdotische aard. Zo kennen betrokkenen meestal wel één of enkele casussen waarbij de hulpvrager zich gehoord heeft gevoeld en/of dankzij een ingezet mechanisme als het VG werd toegeleid naar passend zorg of ondersteuning. Maar structurele gegevens waarmee uitkomsten van hulpvragers over langere termijn worden gevolgd ontbreken vooralsnog. Hierbij speelde mee dat gegevens van hulpvragers niet bewaard en gekoppeld konden worden, waardoor men ze uit het oog verloor.

Wij zijn ervan overtuigd dat je heel veel kunt afbuigen. En dat is dan betere zorg. Vanuit de praktijk zie je dat als je geldproblemen gaat aanpakken, dan is daarna het ggz-probleem kleiner. Dat stukje sociaal aanpakken heeft echt invloed op de complexiteit. De ggz lost geen financiële problemen op.

Je kunt wel aannemen dat betere samenwerking leidt tot meer passende zorg, omdat ze elkaar kennen. Voor de persoon met psychische problemen is het fijn dat alle partijen waar ze mee te maken hebben, elkaar kennen, en met elkaar samenwerken. Daarom 'enigszins' waarschijnlijk.

Wij hebben niet alle getallen op een rijtje, dus laat ik voor mezelf spreken: zoals ik het heb ingevuld heb ik in ieder geval gezegd dat het bij wijze van spreken enigszins waarschijnlijk is. Omdat ik denk dat de goede dingen gebeurd zijn, maar ik kan ze niet op getallen zetten.

Ik denk dat dat gerechtvaardigd is. Ik denk dat er heel veel gebeurd is, maar hoeveel het er zijn en of die ook uiteindelijk allemaal passend zijn geholpen, dat is allemaal nog niet geëvalueerd, dus ja, dan geef je op een bepaald moment op gevoel antwoord.

Het idee is zoals omschreven. Hoe dit ervaren wordt door hulpvragers verdient meer onderzoek. Dit vraagt meer onderzoek en een sterkere positie van de client en naasten in het proces.

8.6 Impact op wachttijden

We komen aan bij het hoogste niveau van de verandertheorie: de 'droom' of stip op de horizon waar Versnellers-projecten een bijdrage aan zouden moeten leveren. Deze is door regio's als volgt geformuleerd: een toegankelijke en goede ggz met korte wachttijden, voor wie dat nodig. De meeste regio's achten het 'waarschijnlijk' (n=9) dat hun Versnellers-project hieraan heeft bijgedragen. De gemiddelde score van 5,2 blijft (net als de eerder gemiddelde score van 5,0 bij de impact voor hulpvragers) achter bij de gemiddelde scores voor de drie andere impactdoelen. Dit geeft aan dat er meer spreiding in de scores was. Betrokkenen vanuit de regio's die 'waarschijnlijk' of 'zeer waarschijnlijk' scoorden (n=13) geven aan dat de mechanismen van hun Versnellers-aanpakken inzetten op passende zorg en/of ondersteuning en dat het niet anders kan dat dit bijdraagt aan kortere wachttijden. Soms hebben ze ook gezien dat de instroom in de ggz, bijvoorbeeld bij een betrokken ggz-organisatie, makkelijker werd (hoofdzakelijk anekdotisch bewijs). Betrokkenen vanuit de resterende acht regio's die 'enigszins waarschijnlijk' of lager scoorden, benadrukken in hun toelichting tijdens de vervolgesprekken het niet-weten van de impact. Zij gaven aan dat dit niet goed gemonitord is om eerder beschreven redenen. Sommigen gaven aan geen impact op wachttijden te hebben waargenomen, waarbij ze wel benadrukken dat het daarvoor ook nog te vroeg is en dat de regio wel met de juiste stappen bezig is. Andere betrokkenen wijzen erop dat de Versnellers-aanpak veel operationele knelpunten adresseert, maar dat er fundamentele belemmeringen of problemen bestaan, zoals de bekostiging van het zorgsysteem (onbedoelde financiële prikkels die samenwerking en passende zorg tegenwerken), de inhoudelijke organisatie van de ggz-keten (met o.a. exclusiecriteria en een gebrek aan netwerksturing) alsook de stijgende vraag van mentale problemen die voortkomt uit sociaalmaatschappelijke- en sociaaleconomische ontwikkelingen. Deze systeem-, structuur- en cultuurgebonden vraagstukken konden (vanzelfsprekend) niet (of niet voldoende) worden opgelost binnen de huidige projectmatige aanpak. Daarmee blijven oplossingen kwetsbaar, contextafhankelijk en slechts deels effectief, zo stellen betrokkenen.

Een bijdrage hebben we zeker geleverd. Omdat het ombuigt en ontzorgt. En tegelijkertijd zijn we realistisch met de demografie én arbeidsmarktkrapte van onze regio dat wachttijden nooit 'kort' zullen worden.

We hebben natuurlijk wel een bijdrage hieraan geleverd, dus dat woord klopt wel. Maar we wilden een wachtlijst oplossen. Die bijdrage is wel getackeld, maar die had je denk ik al snel. Dat was niet de ambitie van het project.

Onze inschatting is dat het waarschijnlijk is dat het project een bijdrage levert aan dit doel. Wel is er in de regio breder sprake van een verstopte keten met overal weinig capaciteit en dus wachttijden. De initiatieven binnen het project richten zich op het verminderen van de impact van een deel van de knelpunten, maar kunnen niet alles oplossen.

Als je sec kijkt naar de wachtlijsten; zijn die nou verminderd? Nee, onvoldoende. Gewoon keihard nee, Het gaat onverminderd door. Er is wat aan de hand in onze populatie. Mensen hebben mentale ondersteuning nodig. Wachttijsten zijn een symptoom van oorzaken die veel verder gaan dan het functioneren van de GGZ! Dit zit ook sterk in de omgevingsfactoren zoals sociaaleconomische factoren. Aardbevingen, daaruit volgend sociale problematiek. Armoede is groot, slechte gezondheid. Dit gaat ggz-problemen veroorzaken. Als daar niets verandert, wordt de instroom niet minder. Maar we zijn wel de juiste stappen aan het zetten.

Er zijn nog steeds wachttijden, maar met voorzichtigheid durven we te zeggen dat het project een positieve (al dan niet beperkte) bijdrage levert aan de wachttijden.

Zowel voor onze regio als landelijk geldt dat ondanks alle inspanningen het aantal wachtenden langzaam stijgt. Dus hebben de interventies mogelijk een remmende werking op een stijging van wachttijden maar het beschreven doel is nog ver weg.

Er is meer bewustwording ontstaan bij partijen en we hopen dat de wachttijden gaan verminderen maar het is een complex probleem dat afhankelijk is van meerdere punten. Die ook gelegen zijn in de context en omgeving etc. Lastig te beïnvloeden parameters.

Het is niet zo dat het de wachttijden geholpen heeft. Het resultaat is niet dat de wachttijden zijn afgenomen maar wel dat de patiënt op de goede plek terecht komt.

Voor wie is de ggz bedoeld?

Een belangrijke aanname die ten grondslag ligt aan de Versnellers-aanpakken is dat er te veel mensen naar de ggz worden verwezen, en dat een deel van hen elders (buiten de ggz) beter passende zorg en/of ondersteuning kan vinden. Omdat dit zo'n centraal principe is van de aanpakken, vroegen we betrokkenen in de vervolggesprekken te reflecteren op de vraag: voor wie is de ggz eigenlijk bedoeld? Of anders geformuleerd: voor wie is vooral een toegankelijke ggz met korte wachttijden nodig?

Het antwoord op deze vraag is niet eenduidig. Veel betrokkenen geven aan dat de huidige situatie is dat veel mensen die écht ggz-zorg nodig hebben, de ggz juist nog niet of onvoldoende bereiken. Het gaat dan om mensen met (zeer) complexe psychische problemen waar niet altijd passend aanbod voor is. Tegelijkertijd signaleren betrokkenen dat er ook mensen ggz-zorg ontvangen, terwijl dat eigenlijk niet passend is. Hoe kan dit?

Doelgroepen

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen:

- 1 Grootste groep hulpvragers
 - Heeft *tijdelijke*, afgebakende behandelvragen.
 - Kortcyclische behandeling werkt het best en voorkomt chronificering.
 - Terugval komt voor, maar langdurige afhankelijkheid van een behandelaar werkt averechts.
- 2 Kleine groep met levenslange psychische kwetsbaarheid (EPA)
 - Heeft altijd, of regelmatig terugkerend een bepaalde mate van ondersteuning nodig.
 - Deze groep blijft nu vaak jarenlang in de ggz terwijl er andere, meer herstelgerichte vormen van begeleiding (als dan niet in combinatie met behandeling) nodig zouden zijn.
- 3 En dan is er volgens betrokkenen nog een derde groep: de groep mensen waarbij de problemen primair psychosociaal van aard zijn en niet zozeer psychisch.
 - Heeft meer baat bij psychosociale interventies en structurele beleidsmaatregelen.
 - Het oplossen van psychosociale problemen kan psychische klachten doen afnemen.
 - Het medicaliseren van de problemen werkt niet of zelfs averechts.

Cultuuromslag nodig

Volgens betrokkenen is het nodig om scherper onderscheid te maken tussen bovenstaande doelgroepen. Daarvoor is een cultuuromslag nodig met de volgende uitgangspunten:

- Niet alles wat mensen voelen of meemaken is een ggz-vraagstuk. Positieve gezondheid wordt steeds meer het uitgangspunt: ggz is niet altijd de oplossing, en stempeltjes vermijden is gewenst.
- Een open, breed gesprek met de huisarts of POH-ggz kan helpen.
- Complementaire zorg (ggz + sociaal domein + andere vormen van ondersteuning) moet beter op elkaar aansluiten.

8.7 Samenvattend

In hoofdstuk 8 staat de vraag centraal of de Versnellers-aanpak daadwerkelijk impact heeft gehad. Het uiteindelijke doel van de versnellersprojecten was niet alleen om de domeinoverstijgende samenwerking te verbeteren maar ook om daarmee bij te dragen aan een meer toegankelijke ggz, voor wie dat nodig heeft. Om te bepalen in hoeverre de aanpak daadwerkelijk impact hierop heeft gehad, is betrokkenen gevraagd de waarschijnlijkheid hiervan te beoordelen op vijf domeinen: meer grip op de in-, door- en uitstroom in de ggz; de mate van structurele en duurzame domeinoverstijgende samenwerking; de mate waarin professionals in staat zijn (gesteld) om goede zorg te leveren; betere uitkomsten voor hulpvragers; en kortere wachttijden in de ggz.

Gemiddeld over alle 21 Versnellers-regio's heen, wordt het allereerst 'waarschijnlijk' gevonden dat het Versnellers-project een positieve impact heeft (gehad) op in-, door- en uitstroom. Regio's hebben vertrouwen in het idee dat domeinoverstijgend werken, geoperationaliseerd in concrete mechanismen zoals verkennende gesprekken en overlegtafels, leidt tot minder onnodige instroom in de ggz en meer afbuiging naar aanbod buiten de ggz. In sommige pilots zijn daadwerkelijk (forse) afbuigingspercentages bereikt, maar structurele en meer lange termijn data ontbreken. Veel regio's benadrukken dat de Versnellers-aanpak slechts een begin vormt: structurele factoren zoals capaciteitstekorten en een niet passend financieringssysteem beperken de daadwerkelijke impact.

Een positieve impact op de interdisciplinaire samenwerking wordt door de regio's gemiddeld eveneens als 'waarschijnlijk' ingeschat. Regio's geven aan dat samenwerking tussen domeinen veel vanzelfsprekender is geworden en dat er een blijvende basis is gelegd, waarop kan worden voortgebouwd in de in te richten Mentale gezondheidsnetwerken. De infrastructuur uit de Versnellers-projecten (werkgroepen, overlegtafels, werkwijzen) wordt in veel regio's voortgezet of opgenomen in IZA-transformatieplannen. Tegelijkertijd is verdere borging van samenwerking afhankelijk van aanvullende middelen, tijd en blijvende inzet.

Een positieve impact op professionals wordt gemiddeld over de regio's heen ook als 'waarschijnlijk' ingeschat. Betrokkenen hebben ervaren (en dit bleek op kleine schaal uit evaluaties) dat professionals het waarderen dat zij elkaar beter kennen, meer kennis delen en vanuit gedeelde verantwoordelijkheid casuïstiek oppakken. Dit leidt mogelijk ook tot meer integraal en herstellend ondersteunend handelen en mogelijk tot meer werkplezier bij deze betrokken professionals, maar dit is beperkt gemonitord. De impact is vooral merkbaar voor professionals die direct betrokken waren bij pilots; het merendeel van de professionals in de regio's werkte aan het einde van de Versnellers-projecten nog volgens bestaande routines.

Een positieve impact op individuele hulpvragers wordt gemiddeld over de regio's heen als 'enigszins waarschijnlijk' ingeschat. Dit is verhoudingsgewijs de laagste score (samen met beoordeling van de impact op wachttijden, zie hieronder). Regio's geloven dat de aanpak uiteindelijk gaat bijdragen aan beter passende zorg en minder "tussen wal en schip"-situaties, maar zicht op daadwerkelijk betere uitkomsten voor hulpvragers ontbreekt. Monitoring van de effecten op hulpvragers was niet mogelijk door de beperkte schaalgrootte en/of de beperkte looptijd van projecten. Anekdotisch bewijs wijst op positieve casussen, maar structureel bewijs ontbreekt.

Het uiteindelijke doel – kortere wachttijden in de ggz voor wie dat nodig heeft – wordt eveneens gemiddeld als ‘enigszins waarschijnlijk’ beoordeeld. Regio's zijn voorzichtig: hoewel mechanismen logischerwijs zouden moeten bijdragen aan kortere wachttijden, ontbreken harde gegevens. Sommigen zagen lokale verbeteringen, zoals betere spreiding van verwijzingen naar verschillende domeinen, maar benadrukken dat wachttijden grotendeels worden bepaald door factoren die buiten de invloedssfeer van de Versnellers-aanpakken lagen (zoals stijgende vraag, personeelstekorten). Veel regio's vinden het simpelweg te vroeg om effecten te zien.

Samenvattend

Samenvattend heeft de Versnellers-aanpak geleid tot betere samenwerking en veranderde de manier van denken en handelen bij de betrokken organisaties en professionals. De impact op hulpvragers en wachttijden is veelbelovend maar nog onvoldoende meetbaar. Regio's zien de Versnellers-aanpak vooral als startpunt van een langdurige transformatie, waarbij structurele problemen en systeemfactoren bepalend zijn voor verdere vooruitgang.

9 Conclusies



Het evaluatietraject was erop gericht om op basis van de resultaten van de gesubsidieerde versnellerprojecten bij te dragen aan een goed werkende aanpak voor wachttijden. Daartoe zijn (mogelijk) werkzame elementen van de gehanteerde Versnellers-aanpakken geïdentificeerd, en is in kaart gebracht onder welke voorwaarden en in welke context hun werkzaamheid wordt bevorderd. Bijzondere aandacht is besteed aan regionale domeinoverstijgende samenwerking en de inzet van de regionale versnellers, aangezien dit focuspunten waren van de subsidies van het ZonMw-programma.

Dit rapport presenteert de resultaten van de hoofdstudie op basis van een begeleide zelfevaluatie met elk van de 21 regio's afzonderlijk. Deze was erop gericht om op systematische wijze te ontdekken 'wat werkt en niet werkt' in de (domeinoverstijgende) aanpak van wachttijden in de regio's met behulp van een Versneller. Daaronder valt het in kaart brengen van alle Versnellers-aanpakken van wachttijden, alsook de mate waarin de bijbehorende doelen op proces- en uitkomstniveau zijn behaald. Hiermee wilden we zicht krijgen op onderdelen die goed uit de verf zijn gekomen, maar ook op knelpunten en randvoorwaarden voor een succesvolle aanpak van wachttijden.

In deel 2 zijn de resultaten beschreven van de vervolggesprekken met alle regio's. We volgden daarbij de overkoepelende verandertheorie zoals opgesteld in de eerste fase van de evaluatie. Het valt op dat vooral de 'onderste lagen' van de verandertheorie goed uit de verf zijn gekomen (de activiteiten van de versneller en de 'outputs' waaronder een domeinoverstijgende governance en een gezamenlijk plan van aanpak). Met betrekking tot de 'bovenste lagen' (de concrete mechanismen en effecten van de aanpak) is er ten tijde van de vervolggesprekken nog veel onduidelijk. Op basis van deze resultaten kunnen we een aantal conclusies formuleren.

Conclusie 1: De Versnellers-aanpak heeft een fundament heeft gelegd maar vormt vooral het begin van een langere transformatie.

Het evaluatietraject laat zien dat de inzet van een versneller in alle deelnemende regio's een positieve en katalyserende rol heeft gespeeld in het realiseren van een regionale, domeinoverstijgende aanpak van wachttijden. De versneller was daarbij niet slechts een projectleider, maar een onafhankelijke verbinder, procesarchitect, aanjager, boundaryspanner en facilitator van samenwerking tussen domeinen die elkaar historisch vaak moeilijk vonden: ggz-aanbieders, huisartsen, gemeenten, sociaal domein, ervaringsdeskundigen en verzekeraars.

De geïdentificeerde werkzame ingrediënten van deze rol waren consistent:

- Onafhankelijkheid: een versneller, vrij van persoonlijk belang, die vrij kan bewegen tussen organisaties, hielp om oude patronen en bestaand wantrouwen te doorbreken.
- Pragmatiek én visie: het vermogen om tegelijkertijd strategisch te denken en praktisch te organiseren was cruciaal voor de voortgang.

- Procesregie: veel van de beschreven successen op het gebied van domeinoverstijgende samenwerking zijn het gevolg van stevige, continue procesbegeleiding. Deze bestond uit afstemming, het organiseren van bijeenkomsten, het houden van overzicht, bewaken van afspraken en het onderhouden van relaties.

Tegelijkertijd is duidelijk dat de Versnellers-projecten (slechts) een eerste stap zijn in een transformatie die veel omvangrijker is dan wat binnen de projecten haalbaar was. De projecten fungeerden vooral als startmotor; voor duurzame domeinoverstijgende samenwerking, netwerkworg, herinrichting en stelselbrede oplossingen voor wachttijden, moeten de behaalde resultaten in de komende jaren verder worden uitgebouwd, onder andere met de inrichting van de regionale Mentaal gezondheidsnetwerken en andere afspraken uit het IZA en AZWA.

Conclusie 2. Het belangrijkste resultaat is een relationele infrastructuur

Hoewel de projecten in eerste instantie gericht waren op het ontwikkelen van een governance structuur voor domeinoverstijgende samenwerking én het inzetten van concrete acties en mechanismen om de wachttijden te verminderen, wijzen alle regio's hetzelfde aan als de belangrijkste opbrengst: het bouwen van een relationele basis van vertrouwen, gezamenlijkheid en gedeelde urgentie: de 'zachte factoren' die harde verandering mogelijk maken. De evaluatie laat daarbij een consistent patroon zien:

- Vooraf kenden partijen elkaar niet goed, was er onbekendheid met elkaars aanbod, was er soms zelfs sprake van wantrouwen, en bestonden er sterke ingesloten beelden ('wij-zij', andere paradigma's over mentale gezondheid, machtsverhoudingen).
- De versneller doorbrak dit door partijen structureel bij elkaar te brengen, gezamenlijke visievorming te begeleiden, spanningen bespreekbaar te maken en te normaliseren, en een sfeer van gezamenlijk probleemeigenaarschap te creëren.
- Hierdoor ontstond geleidelijk een 'wij'-gevoel, dat door vrijwel alle regio's wordt benoemd als noodzakelijke basis voor alle volgende stappen.

Regio's benadrukken dat logistieke structuren houvast bieden, maar dat samenwerking in essentie draait om relationaliteit. Dit relationele fundament wordt door bijna alle regio's beoordeeld als één van de grootste successen van de Versnellers-subsidie, en vormt het fundament waarop IZA en AZWA-ontwikkelingen (m.n. de uitrol van de Mentale gezondheidsnetwerken) nu kunnen voortbouwen.

Conclusie 3. Domeinoverstijgende samenwerking is van de grond gekomen c.q. versterkt, maar nog kwetsbaar en sterk afhankelijk van verdere borging

De evaluatie laat zien dat vrijwel alle regio's erin zijn geslaagd om een werkende governancestructuur te creëren met bestuurlijke tafels, operationele werkgroepen en mechanismen waarin ggz, huisartsen, gemeenten, sociaal domein en (in veel regio's) ervaringsdeskundigen en verzekeraars vertegenwoordigd waren. Deze structuren waren functioneel om elkaar en elkaars aanbod te leren kennen, om afspraken te maken en te blijven herijken, om mechanismen om de wachttijd te verminderen te ontwerpen, uit te rollen en/of te verbeteren, om pilots uit te voeren en domeinen te verbinden die elkaar voorheen niet vonden. De samenwerking binnen deze structuren werd als positief ervaren en vormde een vliegwiel voor meer en betere samenwerking over de hele linie.

Toch is deze samenwerking nog niet stabiel of vanzelfsprekend, om een aantal redenen:

- Draagvlak voor samenwerking vertaalt zich nog niet altijd naar daadwerkelijke actiebereidheid/ het leveren van capaciteit.
- Huisartsen ervaren capaciteitsdruk en kunnen niet altijd meebewegen.
- Gemeenten worstelen met mandaat, rolonduidelijkheid en onzekerheid over financiering.
- Kleine ggz-aanbieders en vrijevestigden zijn moeilijk te organiseren en hebben minder financiële ruimte.
- Sociaal domeinpartners zijn niet altijd structureel of voldoende gefinancierd voor hun rol in de wachttijdenaanpak.
- Ervaringsdeskundigheid is vaak kwetsbaar georganiseerd, ondergefinancierd en onvoldoende geborgd in de samenwerkingsverbanden.

Hierdoor blijft de samenwerking afhankelijk van blijvende regie, tijd en aandacht, en is de continuïteit niet vanzelfsprekend na afloop van projectsubsidies. Daar komt bij dat IZA-ontwikkelingen in sommige regio's tijdens het Versnellers-project voor meer bureaucratie en vertraging zorgden: extra overlegstructuren, nieuwe verdeling van verantwoordelijkheden en topdown kaders en richtlijnen, waren enigszins verstorend voor de ontluikende samenwerkingen, terwijl lokale kleur en context juist essentieel zijn voor een effectieve domeinoverstijgende aanpak. Volgens betrokkenen zou een blijvend onafhankelijke procesregisseur of netwerkcoördinator die domeinoverstijgend mandaat heeft – niet vanuit één organisatie, maar in dienst van het netwerk kunnen helpen om de benodigde stappen te zetten richting betere borging.

Conclusie 4. Mechanismen voor de aanpak van wachttijden zijn ontwikkeld, maar vaak nog pril of kleinschalig

De Versnellers-regio's hebben een variatie aan mechanismen ontwikkeld en/of versterkt, zij het vooral gericht op de 'instroomkant' van de ggz. In sommige regio's werd ingezet op één mechanisme en in andere regio's op meerdere mechanismen, al dan niet in samenhang met elkaar (bijv. het 'uniform instroommodel' in Zuid-Limburg). De meest gebruikte mechanismen binnen de Versnellers-aanpakken waren:

- Brede triage/ verkennende gesprekken
Regio's ontwikkelden triagemodellen waarin sociaal domein, ggz en soms ervaringsdeskundigen samen een eerste verkennend gesprek voeren. Betrokkenen zijn enthousiast over de kwaliteit, verbinding en het vermogen om onnodige instroom te voorkomen. Toch vergde implementatie veel voorbereiding (training, privacy, systemen), is de schaal nog klein, en is er geen zicht op de 'passendheid' op langer termijn van de oplossingen waar naartoe is verwezen.
- Transfertafels en overlegtafels (ook wel domeinoverstijgend casusoverleg genoemd). Deze veelgebruikte mechanismen leiden tot beter inzicht in elkaar, warmere overdrachten, minder 'kastje-naar-de-muur'-verplaatsingen. Maar hun effectiviteit werd beperkt door gebrek aan mandaat, capaciteitsknelpunten, inconsistentie in deelname, beperkte mogelijkheden bij algehele schaarste aan aanbod. De impact op instroom was beperkt vanwege lage aantallen; effecten op passende zorg liggen daarentegen voor de hand.

In hoofdstukken 6 en 7 worden bevindingen en conclusies van onze achtergrondstudies met betrekking tot deze twee mechanismen beschreven.

Conclusie 5: Versnellers-aanpakken hebben vooral structuren toegevoegd, niet de bestaande structuren veranderd.

Binnen de Versnellers-projecten vond de vernieuwing vooral buiten de bestaande primaire processen van de betrokken organisaties plaats. De projecten richtten zich met name op het toevoegen van iets extra's – zoals nieuwe samenwerkingsmechanismen aan de voorkant van de ggz - zonder dat dit ingrijpende veranderingen vereiste in de interne werkwijzen van de betrokken organisaties zelf. Dit maakte het mogelijk om in korte tijd stappen te zetten, draagvlak te behouden en samenwerking op te bouwen zonder de complexiteit van interne systeemveranderingen. Tegelijkertijd zit hier ook een kwetsbaarheid van de aanpak. Immers, de essentie van integraal werken is niet slechts een instrument voor een verdelingsvraagstuk (welke hulpvraag hoort waar thuis), maar een methode voor goede, waardegedreven zorg voor mensen met (complexe) problemen. Betrokkenen waarschuwen dat de manier waarop er nu invulling wordt gegeven aan het concept integraal werken (ook binnen de Mentale gezondheidsnetwerken), mogelijk te beperkt is en het nodig is om veel meer terug te keren naar de oorspronkelijke bedoeling van het integraal werken (bijv. transdiagnostisch werken binnen de ggz).

Conclusie 6. De daadwerkelijke impact op wachttijden en hulpvragers blijft (nog) beperkt en slecht meetbaar

Wanneer betrokkenen zelf de impact van de Versnellers-aanpakken op verschillende niveaus beoordeelden, bleek:

- Meer grip op in, door en uitstroom wordt door regio's als 'waarschijnlijk' gezien, maar groten-deels op basis van aannames, kleinschalige pilots en anekdotes.
- Betere domeinoverstijgende samenwerking is voor alle betrokkenen waarneembaar; het is aannemelijk dat de Versnellers-projecten hier succesvol in zijn geweest.
- Positieve impact (o.a. in termen van elkaar beter leren kennen waardoor kortere lijnen ontstaan) op professionals is merkbaar, vooral bij hen die in de pilots werkten.
- Betere uitkomsten voor hulpvragers zijn 'enigszins waarschijnlijk': regio's zijn overtuigd van de uiteindelijke impact, maar goede monitoring ontbreekt. Het is niet duidelijk of hulpvragers daadwerkelijk (sneller) hulp hebben ontvangen die past bij hun hulpvraag.
- Bijdragen aan het verminderen van wachttijden wordt ook als 'enigszins waarschijnlijk' inge-schat, maar is in de meeste regio's niet zichtbaar. De looptijd was te kort en wachttijden worden mede bepaald door factoren buiten de invloedssfeer van de projecten (schaarste; toegenomen vraag; personeelstekorten; systeemprikkels die instroom stimuleren; medicalisering).

Conclusie 7. De grootste knelpunten zitten buiten de invloedssfeer van de projecten.

Een belangrijke bevinding was dat betrokkenen aangaven dat veel van de oorzaken van wacht-tijden buiten de beïnvloedingssfeer van een regionale aanpak liggen. Het gaat dan onder andere over financiële schotten, gebrek aan domeinoverstijgende financiering, prikkels in contractering die risicoselectie of hoge drempels in de ggz versterken, gebrek aan integraal werken *binnen* de ggz, en capaciteitstekorten bij ggz, sociaal domein en huisartsen. Daarnaast spelen er ook sociaal-maatschappelijke ontwikkelingen die de vraag naar zorg beïnvloeden, zoals sociaaleconomische factoren en medicalisering van psychisch lijden. Samenvattend werken de aannames die aan de Versnellers-aanpakken ten grondslag liggen, en die we ook terugzien in het IZA, de illusie van controle in de hand. Dat wil zeggen: het beleid focust op wachttijden en het verminderen van instroom door samenwerking, maar wachttijden zijn vooral een symptoom van grotere systeem-vraagstukken. De evaluatie laat zien dat regionale samenwerking wél kan optimaliseren, maar niet het systeem kan repareren.

Conclusie 8. De geleerde lessen uit de Versnellers-aanpakken wijzen de weg naar een toekomstbestendige aanpak van wachttijden

De geleerde lessen uit de regio's zijn behoorlijk eensluidend en kunnen helpen om toekomstige trajecten (waaronder de uitvoering van transformatieplannen/ de inrichting van de Mentale gezondheidsnetwerken) verder te helpen:

- Systeemverandering kost veel meer tijd dan gedacht. 'Drie stappen achteruit, één vooruit' is normaal is normaal; planning moet hierop zijn ingericht.
- Relaties en vertrouwen zijn randvoorwaardelijk.
- Urgentie en eigenaarschap ontstaan in de praktijk, niet op papier. Koplopers, kleine successen en leren door doen zijn cruciaal.
- Systeemkaders kunnen de plank misslaan; experimenteerruimte is nodig. Regio's hebben binnen de projecten vaak 'buiten de kaders' moeten werken; structurele verandering vraagt landelijke keuzes.
- Burger- en ervaringsdeskundige participatie moet structureler en eerder. Dit is nu nog kwetsbaar en onvoldoende geborgd.
- Monitoring moet waardegedreven, leergericht en tijdig worden ingericht.
- Klein beginnen werkt, maar randvoorwaarden moeten meegroeien. Veel mechanismen liepen tegen grenzen aan van financiering, capaciteit of regelgeving.

Tot Slot

De Versnellers-projecten laten zien dat het structureel investeren in domeinoverstijgende samenwerking, praktische experimenten en een cultuur van gezamenlijkheid op draagvlak kan rekenen en oplossingen voor knelpunten dichterbij brengt. De regionale Versnellers-aanpak heeft een kwalitatieve transformatie ingezet of versterkt die niet vanzelfsprekend was ontstaan of gecontinueerd zonder onafhankelijke regie, gerichte subsidies en het opbouwen van relationele netwerken. De aanpak heeft laten zien dat regionale domeinoverstijgende samenwerking *mogelijk en effectief* is, maar alleen als vertrouwen wordt opgebouwd, processen goed worden begeleid, ruimte bestaat om te experimenteren, en randvoorwaarden stelselbreed worden herzien. De Versnellers-aanpak heeft de basis gelegd, de neuzen dezelfde kant op gekregen, mechanismen ontworpen, en de eerste successen geboekt. De regio's zijn nu klaar voor een volgende fase. Maar echte impact op wachttijden, uitstroom en passende zorg vraagt structurele, landelijke keuzes en continuering van domeinoverstijgende regie.



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](#)

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

Nuijen, J., Boumans, J., Magnée, T., Janson, I., & Leemrijse, C. (2024). Regionale Versnellers-aanpakken wachttijden in de ggz in kaart gebracht. Utrecht: Trimbos-instituut. [TRI75-012-Versnellers-aanpakken-ggz.pdf](#)

NZa (2025). Informatiekaart wachttijden ggz oktober 2024. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit. [Informatiekaart wachttijden ggz - oktober 2024](#)

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

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

Bijlage 1 Scores mate van doelrealisatie



Basisformuleringen doelen regio

Per regio zijn de beoogde doelen van de Versnellers-aanpak van wachttijden in de ggz gestructureerd en eenduidig in kaart gebracht en geformuleerd. Het gaat om de volgende 11 doelen:

Niveaus activiteiten, outputs en mechanismen

- 1 De activiteiten van de versneller(s) zijn op de beoogde wijze uitgevoerd: ... [*regio-specifieke beschrijving*]
- 2 Er is een passende structuur (bestuurlijk en operationeel) voor een regionale wachtlijst-aanpak met domein-overstijgende samenwerking: ... [*regio-specifieke beschrijving*]
- 3 Er is sprake van vertrouwen, urgentiebesef en bereidheid bij de betrokken partijen om gezamenlijk verantwoordelijkheid te dragen voor de regionale wachtlijst-aanpak (*generiek doel**)
- 4 Er is een uitvoerbaar en haalbaar plan van aanpak gereed voor (de doorontwikkeling van) de regionale wachtlijst-aanpak op basis van een gedeelde visie tussen betrokken partijen (*generiek doel**)
- 5 Het plan van aanpak wordt op de beoogde wijze uitgevoerd: ... [*regio-specifieke beschrijving*]
- 6 Betrokken partijen werken op de beoogde wijze samen in de uitvoer van het plan van aanpak (*generiek doel**)

- Doelen 1 t/m 6 worden door regio's gescoord op een schaal lopend van 0 (*nog niet begonnen met het doel*) tot 10 (*het doel is volledig gerealiseerd*).

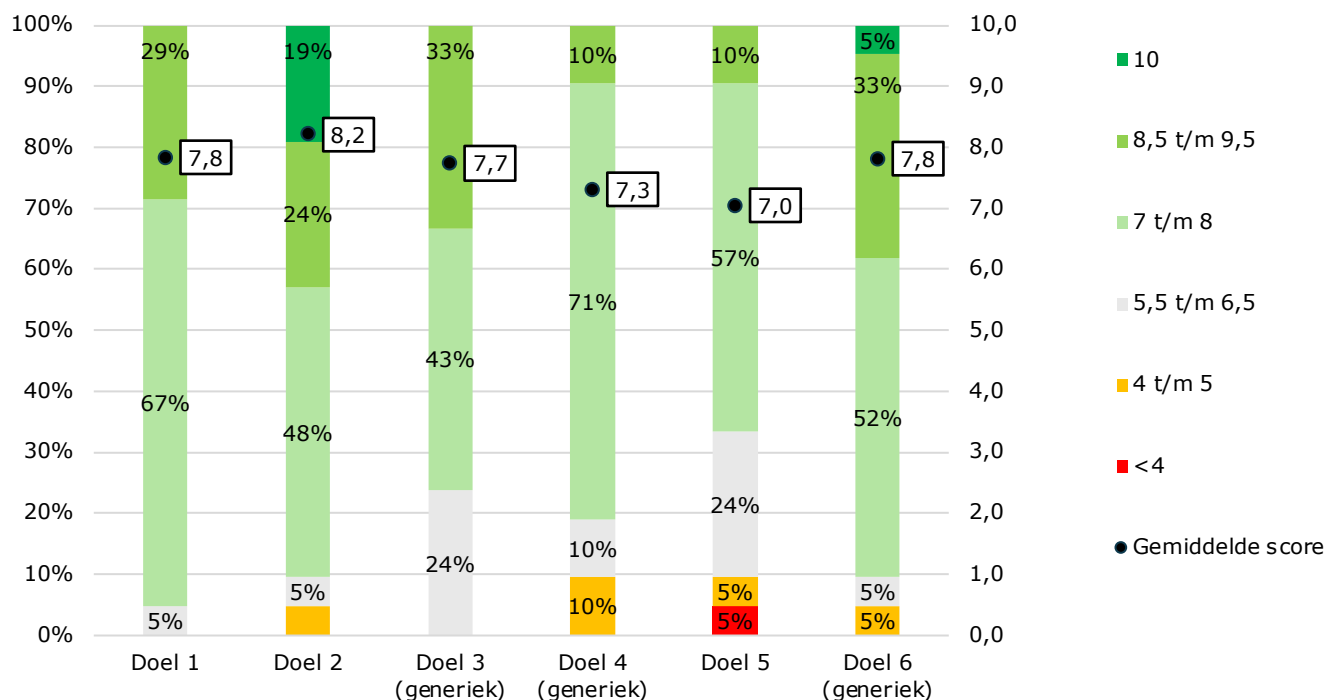
Niveaus effecten en impact

- 7 De aanpak draagt bij aan de beoogde verbetering van in-, door- en/of uit-stroom in de ggz: ... [*regio-specifieke beschrijving*]
- 8 De aanpak draagt bij aan een meer structurele en duurzame domein-overstijgende samenwerking: ... [*regio-specifieke beschrijving*]
- 9 De aanpak draagt eraan bij dat personen met psychische problemen beter herstellen, een hogere kwaliteit van leven hebben, en meer eigen regie ervaren: ... [*regio-specifieke beschrijving*]
- 10 De aanpak draagt eraan bij dat professionals beter in staat zijn (gesteld) om kwalitatief goede zorg en ondersteuning te bieden: ... [*regio-specifieke beschrijving*]
- 11 De aanpak draagt bij aan toegankelijke en goede ggz met korte wachttijden, voor wie dat nodig heeft (*generiek doel**)

- Doelen 7 t/m 11 worden door regio's gescoord op een schaal: Hierover kunnen wij echt geen uitspraak doen; Zeer onwaarschijnlijk; Onwaarschijnlijk; Enigszins onwaarschijnlijk; Niet waarschijnlijk en niet onwaarschijnlijk; Enigszins waarschijnlijk; Waarschijnlijk; Zeer waarschijnlijk.

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

Verdeling scores 21 regio's op doelen 1 t/m 6, op een schaal lopend van 0 (nog niet begonnen met het doel) tot 10 (het doel is volledig gerealiseerd).



Verdeling scores 21 regio's op doelen 7 t/m 11.

