

# \*Factsheet\*

## GGZ tussen eerste lijn, tweede lijn en sociaal domein



**Aanleiding:** Stichting Transmurale Zorg wil de grootste knelpunten onderzoeken m.b.t. GGZ-patiënten binnen de keten ziekenhuis, VVT, huisartsenzorg en Beschermd Wonen om vervolgens met alle ketenpartners tot een verbeterplan te komen. In Q3 2019 zal STZ een bijeenkomst organiseren om alle ketenpartners bij elkaar te brengen om vervolgens werkafspraken te kunnen maken die leiden tot verbeteringen in deze keten.

**Doel:** JZOJP verbeteren rondom deze specifieke doelgroep (GGZ-)patiënten die uitstromen uit de 1e of 2e lijn naar beschermd wonen / sociaal domein.

### Betrokken partijen:

**Ziekenhuizen, VVT, POH-GGZ, Gemeente Den Haag en de 'uitstroompartners', namelijk: Anton Constandse, RIBW Fonteyenburg, Leger des Heils, Kessler Stichting en de ParnasiaGroep. 11 respondenten ( 8 verwijspartners, 3 instroompartners)**

- ◇ Verwijspartners zijn partijen die patiënten met bijkomende GGZ-problematiek verwijzen naar instanties voor beschermd wonen of voor behandeling van de GGZ problematiek.
- ◇ Instroompartners zijn organisaties die beschermd wonen of behandeling voor deze specifieke doelgroep aanbieden.

## knelpunten

### Verwijspartners: (VVT/ZKH/POH-GGZ)

Knelpunten ( van hoogste naar minder hoge knelpunt):

- ⇒ Wachlijsten
- ⇒ Vergoedingen / beschikbare middelen
- ⇒ Hulpvraag van de patiënt is onduidelijk / onduidelijke indicatiestelling voor ontvangende organisatie
- ⇒ Inzicht in aanbod
- ⇒ Delen van verantwoordelijkheid tussen organisaties

### Instroompartners: (BW/sociaal domein)

Knelpunten ( van hoogste naar minder hoge knelpunt):

- ⇒ Wachlijsten
- ⇒ Delen van medische informatie
- ⇒ Hulpvraag van de patiënt is onduidelijk / onduidelijke indicatiestelling door verwijzende organisatie
- ⇒ Delen van verantwoordelijkheid tussen organisaties

Voor de knelpunten is er een schaalverdeling (1 = laag & 10 is hoog knelpunt) gehanteerd. De knelpunten die meer dan de helft ( hoger dan 5 punten) scoren zijn in deze factsheet beschreven.



# \*Factsheet\*

## GGZ tussen eerste lijn, tweede lijn en sociaal domein



### Verwijzende partners geven aan:

Gemiddeld per maand worden er 2 tot 20 patiënten of cliënten met bijkomende GGZ problematiek verwezen naar sociaal domein/ beschermd wonen

Gemiddeld 1 tot 15 patiënten worden maandelijks daadwerkelijk in behandeling genomen (per organisatie)

De wachttijden gemiddeld per patiënt variëren van 14 tot 180 dagen

Oorzaken voor wachttijden zijn: geen plek, weinig verloop, geen capaciteit/expertise, geen passende zorg, onvoldoende beschermd wonen-kamers beschikbaar, personeelstekort

Gemiddeld 1 tot 10 patiënten wordt maandelijks afgewezen ( per organisatie)

Oorzaken voor afwijzingen zijn: wachtlijsten, psychiatrie teveel op de voorgrond, mix zorgzwaarte/zorgaanbod, geen passende indicatie, onvoldoende expertise in huis bij instroompartner, onvoldoende ketenafspraken.

### Instroompartners geven aan:

Gemiddeld per maand worden er 1 tot 30 patiënten of cliënten met bijkomende GGZ problematiek verwezen naar sociaal domein/ beschermd wonen

Gemiddeld 1 tot 25 patiënten worden maandelijks daadwerkelijk in behandeling genomen (per organisatie)

De wachttijden gemiddeld per patiënt variëren van 3 tot 200 dagen

Oorzaken voor wachttijden zijn: te weinig doorstroom naar vervolgwoningen, onvoldoende beschermd wonen-plekken beschikbaar

Gemiddeld 1 tot 5 patiënten wordt maandelijks afgewezen ( per organisatie)

Oorzaken voor afwijzingen zijn: contra-indicaties (bijv. harddruggebruik, verstandelijke beperking staat voorop, zorgvraag niet passend bij aanbod)

## Behoeften

### **Verwijspartners:** (VVT/ZKH/POH-GGZ)

- ⇒ Sociale kaart in beeld
- ⇒ Veilige overdracht van informatie (d.m.v. o.a. POINT), inclusief heldere omschrijving gedrag, medische en psychiatrische voorgeschiedenis. Transparantie.
- ⇒ Meer expertise en financiële middelen
- ⇒ Aanbod revalidatie/herstelplekken voor deze specifieke doelgroep (combi somatiek met GGZ problematiek) moet opgeschaald worden
- ⇒ Ketenafspraken maken om discussies over triage, opnamemogelijkheden etc. te voorkomen (JZOJP verbeteren)
- ⇒ Gezamenlijke verantwoordelijkheid voor deze specifieke patiënten dragen
- ⇒ Meer betrokkenheid en samenwerking tussen Zorgverzekeraars, Zorgkantoor, CIZ, VVT, ziekenhuizen, casemanagers.

### **Instroompartners:** (BW/sociaal domein)

- ⇒ Betere ketensamenwerking (vnl. met de GGZ) om escalaties te kunnen voorkomen; meer preventie
- ⇒ Betere/ zorgvuldige afstemming en overdracht door verwijzers
- ⇒ Financiering verhelderen: welke route hoort een patiënt af te leggen om de JZOJP te kunnen krijgen?

