

## Bijlagen bij Tussenevaluatie Actieplan Wachttijden

### Inhoudsopgave

## Inhoudsopgave

<b>Volgen: Actuele wachttijden</b>	<b>3</b>
<b>Aantal wachtenden</b>	<b>3</b>
<b>Kwalitatief beeld per regio</b>	<b>3</b>
AMSTERDAM	3
APELDOORN/ZUTPHEN E.O.	4
ARNHEM	4
DRENTHE	5
FLEVOLAND	5
FRIESLAND	5
GRONINGEN	6
HAAGLANDEN	6
KENNEMERLAND	6
MIDDEN-BRABANT	6
MIDDEN-HOLLAND	6
MIDDEN-IJSSEL	7
NIJMEGEN	7
NOORD-HOLLAND NOORD	7
NOORD- EN MIDDEN-LIMBURG	7
NOORDOOST-BRABANT	8
ROTTERDAM	8
TWENTE	9
UTRECHT	9
WAARDENLAND	9
WESTLAND SCHIELAND EN DELFLAND	9
ZAANSTREEK/WATERLAND	10
ZEELAND	10
ZUID-HOLLAND NOORD	10
ZUID-HOLLANDSE EILANDEN	10

ZUID-LIMBURG	11
ZUIDOOST-BRABANT	11
ZWOLLE	11
<b>Voortgang per regio</b>	<b>12</b>
<b>Verdiepen</b>	<b>13</b>
<b>Persoonlijkheidsstoornissen</b>	<b>13</b>
<b>Autisme</b>	<b>13</b>
<b>Restgroep-diagnosen</b>	<b>13</b>
<b>Aandachttekort en gedragsstoornissen</b>	<b>14</b>
<b>Verslaving en psychiatrische problematiek</b>	<b>14</b>
<b>Eetstoornissen</b>	<b>14</b>
<b>Trauma</b>	<b>14</b>
<b>Wachttijdbegeleiding</b>	<b>14</b>
<b>Versnellen</b>	<b>15</b>
<b>Utrecht</b>	<b>15</b>
<b>Zuid-Limburg</b>	<b>15</b>
<b>Voortzetten</b>	<b>15</b>
<b>Vertellen</b>	<b>16</b>

## Volgen: Actuele wachttijden

### Aantal wachtenden

GGZ Nederland en MEERGGZ hebben een uitvraag gedaan bij hun leden om zicht te krijgen op de aantallen wachtenden. De uitvraag ging over de maanden maart en april 2020, de beginperiode van de coronacrisis. Deze uitzonderlijke situatie maakt het moeilijk om cijfers van 2020 te vergelijken met vorige metingen uit 2019. Het is daarom niet wenselijk om al te verregaande conclusies over stijgingen/dalingen tussen beide jaren te trekken.

Eind mei 2020 waren 30.500 personen aangemeld voor specialistische ggz. 48,4% van deze mensen hebben binnen vier weken hun intakegesprek gehad. 51,6 % van de mensen die een behandeling in deze periode zijn gestart hebben langer dan vier weken moeten wachten op hun intake. 68,8% van deze mensen is binnen de Treeknorm voor de behandeling gestart. 31,2% heeft langer moeten wachten dan de Treeknorm.

De overschrijdingen vinden met name plaats voor de behandeling van de diagnosegroepen pervasieve -, persoonlijkheids- en eetstoornissen. De behandeling van deze stoornissen is vaak langdurig van aard en de behandelcapaciteit voor deze complexere stoornissen is mede daardoor beperkt. Voor een meerderheid van de diagnosegroepen is behandeling binnen de Treeknorm wel mogelijk.

#### *Uitsplitsing van de wachttijd in de gespecialiseerde GGZ onderverdeeld naar hoofd diagnosegroepen:*

In de uitvraag is per diagnosegroep het aantal ingestroomde patiënten met hun gemiddelde wachttijd opgehaald. In onderstaande tabel staat de gemiddelde wachttijden met de aantallen patiënten voor GGZ Nederland en MeerGGZ gezamenlijk. In de laatste kolom staan de gemiddelde wachttijden zoals Vektis die over de in mei aangeleverde wachttijden heeft berekend. De mei-aanlevering bij Vektis betreft dezelfde periode (dus gegevens over maart en april), maar hierin zijn de aantallen patiënten niet meegewogen.

Diagnosegroep	Aantal weken totale wachttijd	Aantal patiënten	Boven Treeknorm?	Vektis hotspot mei
Aandacht	17	837	Ja	14
Alcohol	14	842	Nee*	13
Angst	19	3.109	Ja	15
Bipolair	11	325	Nee	12
Delirium Dementie	12	325	Nee	14
Depressie	16	2.810	Ja	13
Eetstoornissen	19	394	Ja	15
Overige aan een middel gebonden stoornissen	14	827	Nee	13
Overige stoornissen in de kindertijd	17	134	Ja	14
Persoonlijkheid	19	1.225	Ja	18
Pervasieve stoornissen	20	773	Ja	22
Restgroep	13	977	Nee	15
Schizofrenie	8	518	Nee	10
Somatoforme stoornissen	23	840	Ja	10
<b>Totaal</b>	<b>17</b>	<b>13.936</b>	<b>Ja</b>	

\*=*Gemiddelde was 14,3 weken*

### Kwalitatief beeld per regio

De cijfers van maart 2020 geven het beeld van de eerste twee maanden van 2020 weer. Door de coronacrisis kunnen we niet varen op de getallen van de wachttijd in weken (Vektis) of op de aantallen wachtenden (GGZ Nederland en MEERGGZ). Daarom volgen we de regio's in deze rapportage vooral op de kwalitatieve aspecten.

### AMSTERDAM

In deze regio wordt goed samengewerkt in de regionale taskforce, maar het effect op de wachttijden is nog niet zichtbaar. De IGJ en de NZa hebben in de regio toezichtbezoeken gebracht. Ook heeft de staatssecretaris

hier een werkbezoek gebracht. De regionale taskforce heeft ook in coronatijd nog steeds overleg, maar wel met een iets lagere frequentie.

Er is voorrang gegeven aan het continueren van de zorg aan al in behandeling zijnde cliënten. Nieuwe spoedaanmeldingen zijn steeds in behandeling genomen. Op dit moment is het aantal wachtenden voor intake nog substantieel hoger dan normaal.

Daarnaast zijn er signalen dat veel cliënten met lichte klachten zich momenteel niet snel melden bij de huisarts/ ggz-aanbieders. De aanname is helaas dat deze cliënten zich mogelijk straks wel gaan melden, maar de kans is groot dat de klachten dan zijn verergerd. GGD en andere organisaties in Amsterdam proberen hiervoor maatschappelijke aandacht te vragen en deze cliënten alsnog te bewegen om wel juist nu contact op te nemen en niet te wachten. Bij diverse aanbieders is ook een toename in de zoekresultaten voor trauma te zien. Hiervoor hebben aanbieders inmiddels diverse hulplijnen opengesteld.

Er vinden diverse regio-overleggen plaats, o.a. in ROAZ-verband, op bestuurlijk- en werkniveau om ervoor te zorgen dat in de regio voor voldoende corona-capaciteit, crisiszorg en reguliere capaciteit beschikbaar is. Dat loopt vooralsnog naar tevredenheid. Er wordt nu gewerkt met een uitbreiding van de crisisbeoordelingsplekken met gescheiden wel/niet corona-routes en er is gezamenlijk een uitgebreidere crisismonitor gerealiseerd, onder regie van de GGD, om de regiocapaciteit wekelijks/dagelijks te monitoren.

## **APELDOORN/ZUTPHEN E.O.**

In deze regio zijn de inspanningen om de wachttijden terug te dringen ondergebracht bij de EPA Taskforce Midden IJssel – Oost Veluwe. In het plan van aanpak wordt ingezet op vijf pilots (ketenoverleg, uitwisseling personeel wijkteams/FACT, gezamenlijke intake verwarde personen/problemen op meerdere levensgebieden, faciliteren netwerkzorg en vergroten inzet ervaringsdeskundigen door oprichting Herstelacademie). De grote gemene deler in deze pilots is dat ze bijdragen aan goede zorgstructuren in de wijk. Deze pilots zijn actief in de periode 2019-2021.

De dominante aanbieder sluit zoveel als mogelijk aan bij campagnes en initiatief die om meer aandacht vragen rondom mentale gezondheid. Hij doet er alles aan om de burgers, mantelzorgers én zorgmedewerkers in zijn werkgebied mentaal gezond te houden (via o.a. een zelfhulplijn voor zorgmedewerkers, gratis online zelfhulpmodules tot algemeen preventief aanbod).

## **ARNHEM**

In deze regio is voldoende inzet voor wat betreft de samenwerking in de regionale taskforce, maar het effect op de wachttijden is nog niet zichtbaar. In deze regio wachten cliënten uit de meeste diagnosegroepen langer dan de Treeknorm. Er worden samen stappen gezet in RT-verband om de wachttijd terug te brengen naar de aanvaardbare normen. De IGJ en de NZa hebben in de regio toezichtbezoeken gebracht (zie [www.igj.nl](http://www.igj.nl)). Zorgaanbieders benaderen de cliënten op de wachtlijst persoonlijk en proberen een alternatief op maat te organiseren. Een paar voorbeelden hiervan zijn een intake in een andere regio, een digitale intake of een intake door Indigo (B-GGZ) in plaats van het diagnose-specifieke zorgprogramma-team. Het versnellen van de plannen voor het ontschotten van de zorg is op dit moment één van de belangrijkste speerpunten. Zorgaanbieder Pro Persona gaat in de toekomst haar voordeurbeleid structureel herzien. Daartoe loopt een omvangrijk veranderprogramma waar 'Pro Persona Connect' een onderdeel van is. Binnen Pro Persona Connect krijgt elke cliënt een generalistische intake en werken generalisten en specialisten nauw samen waardoor behandelingen sneller op- en afgeschaald kunnen worden. Tevens zal (o.a. in overleg met VGZ voor de regio Nijmegen) gekeken worden hoe er meer hybride diagnostiek kan worden ingezet in de eerste fase. Ook het onderling afstemmen en overdragen tussen zorgprogramma's zal hierdoor vereenvoudigd worden. Dit heeft gevolgen voor de aard van de in te zetten behandelingen en heeft tevens gevolgen voor de (interne) doorstroom. Het zal een vermindering van de totale doorlooptijd opleveren. Tijdens een pilot in de regio Ede nam het aandeel van generalistische behandelingen toe van 40% naar 60% van de ambulante caseload.

Pro Persona heeft samen met Menzis het initiatief genomen om regio-breed een verbeterde regie over beschikbare capaciteit en verdeling wachtlijsten te realiseren door middel van een centrale wachtlijst. Het

bureau ProScoop heeft opdracht gekregen om de taskforce hierbij te ondersteunen. Daarnaast is het projectinitiatief "Samen voor Herstel" gepresenteerd in de regio. Daarnaast heeft Pro Persona drie projecten opgestart die van invloed zijn op de interne en externe wachtlijsten. De overeenkomst in deze drie projecten is de complexe hulpvraag van de betrokken cliënten die niet de juiste zorg op de juiste plek krijgen.

## DRENTHE

Sinds eind 2019 is er een regionale taskforce actief, bestaand uit zeven ggz-organisaties. De taskforce investeert in verdiepend onderzoek naar opbouw van de wachtlijsten (aantallen, oorzaken en verbeteracties) en het delen van 'good practices' met als achterliggend doel een sneeuwbaaleffect creëren. Een concreet resultaat is het verbeteren van de aanmeldprocedure voor mensen met verstandelijke beperkingen en psychische klachten. De gemiddelde wachttijd (intake+behandeling) is teruggebracht van 70 naar 28 weken. De dominante ggz-aanbieder wil verder de verbinding tussen het 'aanmeldcentrum' en de ketenpartners versterken ten behoeve van coördinatie van in-, door- en uitstroom en er wordt nagedacht over de ontwikkeling van een centrale voordeurscreening. Een belangrijk aandachtspunt in de regio is de beschikbaarheid van personeel. Via het samenwerkingsverband Noord-Nederland wordt daarom geïnvesteerd in de werving van HBO-V studenten voor de ggz..

## FLEVOLAND

De regionale taskforce wachttijden onderneemt diverse acties om de wachttijden te reduceren. Zo wordt geïnvesteerd in een "gezamenlijke voordeur" voor de basis- en specialistische ggz en zijn er verschillende afspraken die helpen om de kwaliteit van verwijzing, intake en doorverwijzing te verbeteren. Alle verwijzingen moeten voldoen aan de NHG-richtlijn en bij onderling doorverwijzen wordt de diagnose én de wachttijd overgenomen, zonder tussenkomst van de huisarts/verwijzer. Binnen ggz-instellingen wordt gewerkt aan de verdere uitrol van eHealth, digitale poliklinieken en aan manieren om patiënten te ondersteunen bij de intake. De regionale taskforce bereidt ook plannen voor om de door- en uitstroom te verbeteren, als volgende verbeterstap. Betere en meer uitstroom geeft ruimte aan de voordeur en zal leiden tot grotere instroom en dus kortere wachttijden.

## FRIESLAND

In deze regio is voldoende inzet op samenwerking en wacht niemand langer dan de Treeknorm op ggz-zorg. De partners blijven investeren in de samenwerkingsrelaties, zetten de cliëntreis voorop en hanteren samen een combinatie van factoren die maken dat de wachttijden binnen de Treeknormen zijn. Er is geen regionale taskforce wachttijden omdat de samenwerking al loopt. Voor de combinatie GGZ – VG-problematiek (met Aliade), op forensische problematiek (met het FINNN), voor de ouderenzorg (met de V&V-sector). De echt moeilijke situaties worden in het ZVH besproken, of op ad hoc basis. Dan worden ook de financiële aspecten besproken met de zorgverzekeraar en de gemeenten. Succesfactoren:

- Het logistieke proces bij aanmelding is gestroomlijnd: er wordt zo snel mogelijk, na aanmelding aanvullende informatie verzameld om het behandeltraject zo goed mogelijk in te zetten. De cliënt heeft dan ook direct het gevoel dat er al is gestart.
- In de provincie wordt geïnvesteerd in vroegtijdige onderkenning en preventie. Dit wordt o.a. gedaan op een ROC (laagdrempelig spreekuur) en door in vrijwel elke huisartsenpraktijk te werken met een POH GGZ. Daar is door de verzekeraar veel in geïnvesteerd.
- Voorkómen van overbehandeling via 'de kracht van het stoppen', door Synaeda (+ digitale poli).
- Sturing vanuit de zorgverzekeraar met behulp van de wachttijd cijfers.
- Spreiding over de locaties: keuze voor de cliënt.
- Samenwerking en in gesprek zijn met elkaar van zorgverzekeraar en zorgaanbieder (monitoring gesprekken, soms tussentijds bij bijzonderheden in wachttijden, inkoop gesprekken)

## **GRONINGEN**

De regionale taskforce is actief en er worden concrete stappen genomen in de ontwikkeling van een pilot 'Voorzorg'. Hierin werken partijen (huisarts, ggz aanbieders, zorgverzekeraar, gemeenten) samen om gedurende de wachttijd een vorm van voorzorg te bieden. Dit betreft een groepsaanbod met als uitgangspunt herstelondersteunende zorg en positieve gezondheid.

Er wordt onderzocht wat de effecten hiervan zijn (o.a. op de wachttijd, de duur van een eventueel vervolgttraject in de S-GGZ, cliënttevredenheid). Bij positieve resultaten zijn er binnen het huidige systeem wel knelpunten die het uitrollen belemmeren. Met name doordat bij het openen van een DBC de regiebehandelaar noodzakelijk is.

## **HAAGLANDEN**

In de regio Haaglanden is er voldoende voortgang, zowel in de aanpak van de werkwijzen (doorstroming, voorkomen overbehandeling) intern, als in gesprekken en samen optrekken met partners. De regionale taskforce is een actief samenwerkingsverband, waarbinnen met het sociaal domein (gemeente Den Haag), de cliëntenorganisatie én de huisartsen wordt samengewerkt. De cijfers van de wachttijd in weken laten een stabiel beeld zien .

## **KENNEMERLAND**

In de regio Kennemerland is er binnen de Parnassia Groep voldoende voortgang in de aanpak van de werkwijzen (doorstroming, voorkomen overbehandeling). GGZ Ingeest is één van de partners in de regio Kennemerland. Vanuit huisartsenzijde wordt gesignaleerd dat in de regionale taskforce onvoldoende voortgang in de samenwerking in de regio tussen de partners is. Er zijn intenties, waar alle leden van de RT met elkaar steeds geen gevolg aan geven om te komen tot concrete afspraken. Daar is niet één oorzaak voor aan te wijzen, maar men voelt kennelijk geen eigenaarschap. De cijfers van de wachttijd in weken laten ook voor deze regio een stabiel beeld zien.

## **MIDDEN-BRABANT**

De taskforce Midden Brabant loopt goed. De aanpak is een combinatie van een tweetal speerpunten, te weten

- (1) een vraaginventarisatie en triage in de huisartsenpraktijk om ervoor te zorgen dat de cliënt direct goed wordt verwezen, en
- (2) een aanpak gericht op het terugdringen van overbehandeling door in geval van chronische klachten eerder in te zetten op ondersteuning dan op behandeling. Daarnaast is er
- (3) een specifiek speerpunt gericht op persoonlijkheidsstoornissen, waarbij groepen tussen instellingen onderling worden gedeeld / opengesteld, zodat de beschikbare groeps capaciteit volledig kan worden benut.

Ten aanzien van de actuele wachtlijsten ziet de regio dat deze in de B-GGZ als gevolg van de coronapandemie korter zijn geworden, terwijl deze daardoor in de S-GGZ gelijk zijn gebleven of zelfs licht zijn gestegen.

## **MIDDEN-HOLLAND**

De taskforce Midden Holland loopt inmiddels goed en kent een overkoepelende generieke aanpak met een tweetal speerpunten. De eerste betreft de wijkgerichte aanpak GGZ binnen het programma Gedeelde Zorg. Het tweede speerpunt betreft de ontwikkeling van een app die kan worden ingezet om patiënten en professionals sneller aan elkaar te koppelen. Over de impact van het coronavirus op de actuele wachttijden is geen informatie beschikbaar.

## **MIDDEN-IJSSEL**

De insteek in de regio Midden-IJssel is, om in samenspel, met gemeenten, huisartsen en andere aanbieders, het aanbod zo op elkaar af te stemmen dat niemand tussen wal en schip valt. Hiervoor is het nodig om elkaar en elkaars aanbod goed te kennen. Dit realiseren partijen door twee keer per jaar met alle aanbieders en verwijzers in de regio bijeen te komen om ontwikkelingen uit te wisselen en onderling af te stemmen (regionaal platform GGZ). Samenwerkingsverbanden worden gestimuleerd, bijvoorbeeld tussen Vriendendiensten en Dimence. Ook zijn er recent afspraken gemaakt tussen de huisartsen en Dimence over de inzet van consultatie bij de huisarts. Ten aanzien van de escalatiemogelijkheden voor complexe casussen worden de mogelijkheden voor een virtuele overlegtafel onderzocht.

## **NIJMEGEN**

In deze regio is voldoende samenwerking in de regionale taskforce, maar het effect op de wachttijden is nog niet zichtbaar. In deze regio wachten cliënten uit de meeste diagnosegroepen langer dan de Treeknorm. Er worden samen stappen gezet in RT-verband om de wachttijd terug te brengen naar de aanvaardbare normen. Zorgaanbieders benaderen de cliënten op de wachtlijst persoonlijk en proberen een alternatief op maat te organiseren. Een paar voorbeelden hiervan zijn een intake in een andere regio, een digitale intake of een intake door Indigo (B-GGZ) in plaats van het diagnose-specifieke zorgprogramma-team.

Het versnellen van de plannen voor het ontschotten van de zorg is op dit moment één van de belangrijkste speerpunten. Zorgaanbieder Pro Persona gaat in de toekomst haar voordeurbeleid structureel herzien. Daartoe loopt een omvangrijk veranderprogramma waar 'Pro Persona Connect' een onderdeel van is. Binnen Pro Persona Connect krijgt elke cliënt een generalistische intake en werken generalisten en specialisten nauw samen waardoor behandelingen sneller op- en afgeschaald kunnen worden. Tevens zal (o.a. in overleg met VGZ) gekeken worden hoe er meer hybride diagnostiek kan worden ingezet in de eerste fase. Ook het onderling afstemmen en overdragen tussen zorgprogramma's zal hierdoor vereenvoudigd worden. Dit heeft gevolgen voor de aard van de in te zetten behandelingen en heeft tevens gevolgen voor de (interne) doorstroom. Het zal een vermindering van de totale doorlooptijd opleveren. Tijdens een pilot in de regio Ede nam het aandeel van generalistische behandelingen toe van 40% naar 60% van de ambulante caseload.

Daarnaast heeft Pro Persona drie projecten opgestart die van invloed zijn op de interne en externe wachtlijsten. De overeenkomst in deze drie projecten is de complexe hulpvraag van de betrokken cliënten en die niet de juiste zorg op de juiste plek krijgen

## **NOORD-HOLLAND NOORD**

In deze regio is wacht niemand langer dan de Treeknorm op ggz-zorg. Het overleg tussen huisartsen, gemeenten en andere ketenpartners vindt plaats aan samenwerkingstafels. Hierdoor is er geen aparte regionale taskforce wachttijden nodig geweest. De organisatie van de ggz-zorg is generalistisch in de wijk georganiseerd. Hierdoor zijn er geen (lange) wachtrijen per stoornis: de intakers 'pakken de patiënt gewoon op' voor de intake. Soms is er een interne wachttijd voor de drie regionaal georganiseerde teams, die in expertisecentra werken voor de cliënten met persoonlijkheidsstoornissen, eetstoornissen en autisme spectrumstoornissen. Het aantal aanmeldingen is de afgelopen twee maanden afgenomen, maar de wachtrij daalt maar matig, omdat cliënten nog niet durven komen (ondanks nabellen). Wat dit met de uitgestelde hulpvraag en het aantal hulpvragen gaat doen, is nog niet goed in te schatten.

## **NOORD- EN MIDDEN-LIMBURG**

Deze regio kent geen gerichte regionale taskforce; de inspanningen om de wachttijden terug te dringen worden gevolgd vanuit het regionaal platform GGZ. Vanwege de veelheid aan onderwerpen krijgen de wachttijden daar echter weinig aandacht. Er ontstaan langere wachttijden op het gebied van persoonlijkheidsstoornissen en eetstoornissen. Mogelijke oorzaak is dat er te weinig regionale capaciteit hiervoor beschikbaar is.

De huisartsen hebben geïnvesteerd in een gezamenlijke zorgketen, bestaand uit screening, intake en begeleiding. Patiënten worden via dit zorgpad behandeld. Waar nodig of wenselijk wordt eHealth, een

preventie cursus en/of expertise vanuit de B-GGZ- of S-GGZ ingezet. Vanuit Provico, de netwerkorganisatie voor de behandeling van psychische klachten in de huisartsenpraktijk, worden huisartsen met raad en daad bijgestaan over samenwerking met de GGZ. Er worden contracten gesloten met huisartsen en professionals in de basis-ggz en specialistische ggz, zodat samenwerking mogelijk en makkelijk wordt. Via bijvoorbeeld consultatie en diagnostiek kan de expertise uit de basis- en specialistische ggz snel en gemakkelijk worden ingezet in de huisartsenzorg.

## **NOORDOOST-BRABANT**

Deze regio kent geen regionale taskforce. De twee grote GGZ-instellingen hebben gekozen voor een aanpak op organisatieniveau, met waar nodig een gerichte samenwerking met partijen in de zorgketen. Eén van beide instellingen heeft al langer een gerichte aanpak die ervoor heeft gezorgd dat de wachttijden sinds een jaar rond de Treeknorm schommelen. Het belangrijkste speerpunt van de aanpak is gericht op een benadering vanuit positieve gezondheid en het tijdig afschalen, gekoppeld aan ondersteuning door partners in de zorgketen. De tweede instelling kent sinds kort een projectmatige aanpak met een hoofddoel om voor eind 2020 de behandeling binnen de Treeknorm te laten plaatsvinden. De focus ligt op een viertal diagnosegroepen: NAH, Persoonlijkheidsstoornissen, Autisme en Trauma. Op dagelijkse basis worden nu de wachtlijsten intern gepubliceerd om de aandacht ervoor te vergroten.

## **ROTTERDAM**

In deze regio is voldoende inzet op samenwerking in de regionale taskforce, maar het effect op de wachttijden blijft nog achter. De staatssecretaris heeft hier een werkbezoek gebracht. Met elkaar hebben aanbieders en verzekeraar de wachtlijstinformatie geanalyseerd. Wat opvalt is dat relatief kleine praktijken en instellingen ten opzichte van voorgaande perioden lange wachttijden laten zien op een breed spectrum van diagnosegroepen. Nader onderzoek en contact met deze instellingen is nodig. Deze actie wordt binnen de taskforce opgepakt.

Ook voor de B-GGZ wordt een verdiepende analyse uitgevoerd. De GGZ-aanbieders geven aan te willen sturen op het aantal wachtenden. Hiervoor zal in kaart worden gebracht wat het aantal wachtenden is per diagnosetype en organisatie. Daarnaast wordt de beschikbare capaciteit per diagnosetype en organisatie in kaart gebracht, zodat binnen de transfertafel Rotterdam gericht kan worden gestuurd op het verschuiven van cliënten tussen aanbieders onderling. Met als doel de gemiddelde wachttijden op korte termijn te verlagen. Daarnaast wordt aangegeven dat de cijfers vanuit Vektis retrospectief zijn en men het zinvoller vindt om te gaan sturen op "realtime" informatie. Hiervoor zal vanuit de transfertafel een "dashboard" worden ontwikkeld.

Andere acties:

- Start met pilot in Rotterdam Zuid, GGZ bij twee zorggroepen GGZ in de buurt waarbij de GGZ-expertise bij de huisarts wordt toegepast en zo complexe problematiek direct de juiste GGZ op de juiste plek organiseert.
- Intercultureel aanbod: onderzoeken welke doelgroepen en taalvraagstukken spelen en op deze wijze bijpassend GGZ-aanbod creëren.
- Gerichte aanpak ontwikkelen voor de uitkomsten van de analyse uitstroom en afschaling in de GGZ.
- Huisartsen zijn aan de slag met de ontwikkeling van een regionaal werkmodel om de samenwerking tussen huisartsen onderling en GGZ-aanbieders te versterken waardoor opschalen en afschalen van GGZ-zorg beter kan plaatsvinden.
- GGZ-aanbieder PG groep is bezig met een herinrichting van processen binnen PSyQ, en Antes (transdiagnostische teams, RACT, netwerkzorg), om zo bij te dragen aan het verminderen van de wachttijden.
- Het versterken van het regionale fundament tussen de verschillende bij de GGZ betrokken organisaties (huisartsen, ervaringsdeskundigen, verzekeraars, GGZ aanbieders en gemeente).



## TWENTE

In de regio Twente liggen de wachttijden onder de Treeknorm. Een eerste effect van de coronapandemie lijkt het teruglopen van de wachttijden, specifiek bij persoonlijkheidsstoornissen. Omdat de meeste mensen nu vanuit huis werken is het lastiger om de oorspronkelijke tijdslijnen van het plan van aanpak te blijven volgen; mogelijk treedt daarin dus vertraging op. Er is een sterke toename van digitale zorg; de organisaties blijven facte to face contact bieden aan de cliënten die deze vorm van zorg nodig hebben. Voorzieningen zoals dagbesteding en begeleiding staan door de coronamaatregelen onder druk.

Er is een werkgroep actief die specifiek werkt aan het terugdringen van de wachttijden voor de behandeling van pervasieve stoornissen, bestaande uit zorgaanbieders, huisartsen en cliënten. Doelstelling is om de hulpvraag beter in kaart te brengen, om zo te komen tot lagere instroom, doordat andere verwijzingen/behandelingen ook mogelijk zouden kunnen zijn.

De samenwerking rond hoogcomplexere cliënten loopt goed op casusniveau; wel is het zo dat door spanningen tussen instellingen plaatsing soms vertraging o loopt. Er is een vaste overlegtafel voor het bespreken van cliënten met delict-risico.

## UTRECHT

De regionale taskforce Utrecht heeft de afgelopen periode een projectleider ingezet om meer urgentie en tempo te creëren, zodat het plan dat er lag sneller resultaten oplevert. Inmiddels is een tweetal speerpunten gekozen:

- (1) de patiënt direct op de juiste plek, en
- (2) het bevorderen van door- en uitstroom.

De eerste effecten op de wachttijden moeten voor het eind van dit jaar zichtbaar worden.

## WAARDENLAND

In deze regio is voldoende inzet op samenwerking in de regionale taskforce, maar het effect op de wachttijden blijft nog achter. De behandelwachttijden zijn allemaal binnen de Treeknorm, de aanmeldwachttijden niet. Pervasief is het grootste knelpunt in deze regio, zoals bekend is dit ook een landelijk probleem. Ook de wachttijden voor behandeling van Eetstoornissen (zit grotendeels bij één aanbieder en gaat om een beperkt aantal cliënten) zijn te lang. Bij de overige overschrijdingen spelen enkele aanbieders een grote rol: Yulius, De Hoop en Antes (verslaving) en in mindere mate Perspectief.

Yulius gaat starten met het anders organiseren van het intakeproces. Dat is een omvangrijk verandering die in het vierde kwartaal van 2020 zal plaatsvinden. Het effect daarvan zal dat kwartaal al merkbaar zijn, maar nog meer in 2021. Bij De Hoop worden de wachttijden niet naar diagnoses uitgesplitst, maar wel naar B-GGZ en S-GGZ. Dat heeft te maken met de gehanteerde methodiek waarin zij de wachttijden *vooruitkijkend* bepalen. Dit wordt overigens omgezet naar een retrospectieve methodiek. Men wacht binnen de B- of S-GGZ op basis van de aanmelddatum, niet op basis van diagnose. De behandelwachttijd binnen beide afdelingen is bij de B-GGZ binnen de Treeknormen; binnen de S-GGZ een paar weken eroverheen. Dit betreft zowel de wachttijd voor intake als de wachttijd voor behandeling.

Er start een gezamenlijk project van alle ketenpartners: Regionale Consultatie Dienst (voor huisartsen). Dit zou al gestart zijn vanaf 1 april, maar is vanwege de corona-uitbraak tijdelijk uitgesteld. Eind Q2/ begin Q3 wordt er een bijeenkomst georganiseerd met partijen uit de regio, inclusief huisartsen. Er wordt bekeken of ondersteuning kan worden geleverd door KOEL (regionale ondersteuning) met als doel te bekijken welke additionele maatregelen er nog kunnen worden genomen om de wachttijden verder terug te dringen.

Voor de complexe zorgvragen gaan partijen onder leiding van de GGD aan de slag met een regionaal team Toeleiding en Bemoeizorg, het regionaal Expertteam personen met Verward gedrag en de Skaeve Huse (huisvesting voor mensen die voor zware overlast in de omgeving zorgen).

## WESTLAND SCHIELAND EN DELFLAND

De regionale verzekeraar vindt dat zij zorgplicht heeft en vanuit dat perspectief coördineert de verzekeraar vanuit haar inkooprol de sturing op de wachttijden. Er worden afspraken gemaakt met alle zorgverleners in de regio om ervoor te zorgen dat de Treeknormen worden gehaald.

## **ZAANSTREEK/WATERLAND**

In de regio Zaanstreek-Waterland is er voldoende voortgang: zowel in de aanpak van de werkwijzen (doorstroming, voorkomen overbehandeling) intern, als in de gesprekken en het gezamenlijk optrekken met partners. De cijfers van de wachttijd in weken laten een stabiel beeld zien.

## **ZEELAND**

In deze regio bestaan verschillende samenwerkingsverbanden. Er is geen sprake van structurele overschrijding van de Treeknormen. Een aantal (kleinere) behandelprogramma's zijn wel kwetsbaar, vanwege het beperkte aantal regiebehandelaren. Door uitval of wisseling van personeel kan tijdelijk een langere wachttijd ontstaan. Vanwege de corona-uitbraak is de aanname dat op korte termijn (binnen nu en drie maanden) de wachttijden zullen dalen/relatief gelijk blijven. Op middellange termijn (tussen drie en negen maanden) zullen die weer stijgen, waarna deze op langere termijn (negentien maanden) weer zullen normaliseren (gelijk blijven). De duur en de sterkte/zwaarte voor voorgenoemde beweging is (mede) afhankelijk de ontwikkelingen van het virus en de bijbehorende veiligheidsmaatregelen.

Vanuit Zorginkoop heeft CZ met alle relevante aanbieders in de regio Zeeland voor 2020 passende afspraken gemaakt (of is men druk doende deze te maken) om de wachttijden (verder) te reduceren. Bijvoorbeeld met Emergis, de grootste aanbieder, in de regio zijn afspraken zo gemaakt dat doorbehandeling (boven omzetplafond) tegen variabele meerkosten door CZ (volledig) wordt vergoed. Aandachtspunt (en wellicht een belemmerende factor) hierbij is de beschikbaarheid van zorgpersoneel in Zeeland om een fors hogere zorgvraag te beantwoorden.

Verzekerden van CZ kunnen bij het CZ Zorgteam terecht voor uitleg over regelingen, voor ondersteuning of voor vragen die met hun persoonlijke situatie te maken hebben. Ook biedt CZ voor al hun verzekerden wachtlijstbemiddeling. In voorkomende gevallen worden individuele casussen, al dan niet met tussenkomst van het CZ Zorgteam, met betrokken zorgaanbieders besproken. Vanuit Emergis is er op dit moment maandelijks overleg met de andere GGZ-aanbieders in de regio, om onderling af te stemmen. In dat overleg is ook afgesproken zo nodig van elkaars aanbod gebruik te maken, als dat nodig is.

## **ZUID-HOLLAND NOORD**

De samenwerking in deze regio tussen partijen verloopt goed. De regionale taskforce wachttijden heeft een duidelijke agenda (maar is als gevolg van de corona-uitbraak tijdelijk minder actief) en er is een actieve samenwerking op het niveau van bestuurders en uitvoerders die snel schakelen wanneer zich complexe problematiek voordoet. Aandachtspunt in de regio is de toenemende vraag naar GGZ-zorg. De regionale zorgverzekeraar zoekt in gesprek met de dominante GGZ-aanbieder en gemeenten naar manieren om hierop in te spelen.

## **ZUID-HOLLANDSE EILANDEN**

De regionale taskforce is vorig jaar opnieuw opgestart. Inmiddels functioneert de taskforce goed doordat er veel is geïnvesteerd in elkaar leren kennen en begrijpen. Op basis daarvan is recentelijk een plan van aanpak gemaakt waaraan alle partijen zich hebben gecommitteerd middels een convenant. De actuele wachttijden zijn tijdelijk korter geworden door de vraagitval als gevolg van de coronacrisis. De verwachting is dat deze in de loop van dit jaar weer zullen terugkeren naar het oorspronkelijke niveau.

## ZUID-LIMBURG

De IGJ en de NZa hebben in de regio toezichtbezoeken gebracht (zie [www.igj.nl](http://www.igj.nl)). Ook heeft de staatssecretaris hier een werkbezoek gebracht. De regionale taskforce is actief en heeft in de periode januari t/m juni ondersteuning van een versneller namens de stuurgroep Actieplan Wachttijden ontvangen. De versneller heeft een adviesrapport opgesteld met concrete interventies die moeten bijdragen aan de reductie van wachttijden. De taskforce heeft het adviesrapport omarmd en onderzoekt de mogelijkheden om de inzet van de versneller te verlengen.

In de regio zijn er diverse initiatieven om te voorkomen dat mensen tussen wal en schip vallen. Meest concrete en vergevorderde is een tweetal (opschalend naar vier) proeftuinen ten aanzien van "De nieuwe GGZ" waarbij de aspiratie is om die verder uit te bouwen. Verder is er een aantal samenwerkingsinitiatieven tussen het sociaal domein en de GGZ (zoals samenwerking maatschappelijke zorg en GGZ voor crisisopvang, pilots rond integrale behandeling en begeleiding bij cliënten met 'dubbele indicatie' (WMO en Zvw) en inzet van GGZ-expertise bij Sociale Teams.

## ZUIDOOST-BRABANT

In deze regio was er reeds voor de start van het Actieplan Wachttijden een regionaal overleg in de zorg, gericht op onder meer de GGZ. In december 2019 is er een convenant opgesteld en ondertekend door acht belangrijke partijen in de regionale GGZ-zorgketen, waarin zij zich committeren om de wachtlijsten structureel binnen de Treeknormen te brengen. De aanpak is bewust generiek en dus niet op specifieke diagnosegroepen omdat de mens centraal wordt gezet. Een belangrijk speerpunt is de triage voor complexe casuïstiek aan de voorkant.

## ZWOLLE

De regionale taskforce heeft een ambitieus actieplan dat zich voornamelijk richt op het beïnvloeden van de instroom naar de GGZ, en deels op de uitstroom (niet op specifieke diagnoses of complexe gevallen). Concrete initiatieven gaan over preventief signaleren, bevorderen consultatie GGZ door de huisarts, het inrichten van een (mogelijk regionaal) diagnostisch consult, het bevorderen van online-behandelingen en opzetten van gezamenlijke groepsbehandelingen.

Tegelijkertijd is er de reflectie bij sommige taskforceleden dat er meer en andere, vergaande en niet-vrijblijvende onderlinge afspraken tot stand moeten komen in de regio tussen huisartsen, zorgaanbieders, gemeenten en zorgverzekeraars om daadwerkelijke resultaten te boeken in het terugdringen van wachttijden. De vraag wordt gesteld of daarvoor meer externe sturing nodig cq. behulpzaam kan zijn.

## Voortgang per regio

Om inzichtelijk te maken hoe de afzonderlijke regio's ten opzichte van elkaar presteren (er in slagen om de wachttijden binnen de Treek-normen te blijven) zijn deze verdeeld in vier categorieën:

- Kritiek: 16+ weken (zwart),
- Boven Treeknorm: 14-16 weken (rood),
- Onder Treeknorm: 12-14 weken (donkergroen),
- Ruim onder Treeknorm: onder de 12 weken (lichtgroen).

Extra inzet voor het terugdringen van wachttijden zou zich logischerwijs moeten focussen op de zwarte en rode regio's, omdat daar cliënten te lang moeten wachten op de juiste zorg.

Regio	Gemiddelde wachttijd in weken over alle diagnoses heen: Mei 2020
Amsterdam	15,4
Apeldoorn/Zutphen e.o	15,5
Arnhem	13,1
Drenthe	16,0
Flevoland	16,6
Friesland	9,5
Groningen	18,2
Haaglanden	11,3
Kennemerland	11,9
Midden-IJssel	12,6
Midden-Brabant	13,1
Midden-Holland	9,9
Noord- en Midden-Limburg	10,0
Noord-Holland Noord	8,6
Noord Oost Brabant	12,4
Nijmegen	15,2
Rotterdam	18,5
Twente	12,4
Utrecht	13,1
Waardenland	13,9
West-Brabant	10,7
Westland Schieland Delfland	10,4
Zeeland	11,1
Zaanstreek-Waterland	11,7
Zuid-Hollandse Eilanden	9
Zuid-Holland Noord	12,7
Zuid-Limburg	16,3
Zuidoost-Brabant	13,1
Zwolle	13,8

## Verdiepen

### Persoonlijkheidsstoornissen

Op 3 maart kwam een schat aan aanbevelingen om de zorg en ondersteuning aan mensen met persoonlijkheidsstoornissen te verbeteren en wachttijden te bekorten. Rode draad in de voorgestelde oplossingen is de opdracht om het werk voor deze (en wellicht ook andere groepen) cliënten anders te organiseren. Teveel is de ondersteuning van mensen met een psychische aandoening 'weggeorganiseerd' naar de specialistische GGZ. Een van de effecten daarvan is dat er te veel wordt gekeken naar de aandoening en minder naar de mens als geheel.

Door ondersteuning en begeleiding van mensen met een kwetsbaarheid als doorlopend traject te organiseren, kunnen ander partijen in het steunsysteem daar een rol in krijgen. Met steun en begeleiding van huisarts en sociaal werk kunnen mensen met een persoonlijkheidsstoornis hulp krijgen bij het leren omgaan met hun aandoening. Liefst in een zo vroeg mogelijk stadium, om escalatie te voorkomen. Uitgangspunt daarbij moet de persoon zijn, niet de ziekte. De S-GGZ wordt in diezelfde optiek meer ingezet op punten/momenten waar dat nodig is. En laat weer los waar dat kan, zodra de cliënt genoeg heeft aan andere steunsystemen. Op die manier kunnen behandelingen korter duren en kan de schaarse behandelcapaciteit gericht worden ingezet. Daarbij is het belangrijk dat er ook een vorm van nazorg beschikbaar is, waarop cliënten een beroep kunnen doen bij een eventuele terugval. Niet opnieuw in de wachtrij, maar een direct lijntje met de behandelaar die snel en tijdig kan interveniëren. In de somatische zorg is zo'n vorm van nazorg – zonder nieuwe intake – ook gangbaar.

In samenwerking met het landelijk kenniscentrum persoonlijkheidsstoornissen gaan we met deze rijke oogst aan aanbevelingen gaan we in september de aanbevelingen omzetten in gerichte acties.

### Autisme

De Stuurgroep heeft het Netwerk Innovatie en Productontwikkeling Autisme (NIPA) – onderdeel van kenniscentrum Phrenos – gevraagd om een gerichte aanpak te ontwikkelen voor het terugdringen van de wachttijden voor autismspectrum stoornissen. Het NIPA heeft een zestal aanbevelingen geformuleerd die GGZ-organisaties op de korte en middellange termijn kunnen uitwerken en implementeren.

De vervolgstap is dat het NIPA de aanbevelingen voorlegt aan een brede focusgroep van autismedeskundigen en anderen uit het GGZ-veld. Daarna werkt het NIPA de aanbevelingen verder uit, waarbij de meest haalbaar geachte initiatieven voorrang krijgen, met stappenplan en bijbehorende benodigde middelen. Dan verspreiden het NIPA en de stuurgroep het advies en de aanbevelingen breed.

### Restgroep-diagnosen

In deze groep is een verzameling van cliëntgroepen opgenomen die:

- Of te klein van omvang zijn om enige zeggingskracht te hebben;
- Of te privacy gevoelig
- Of waarbij nog geen diagnose is gesteld
- Of de diagnose geen verzekerde zorg betreft

Als stuurgroep constateren wij dat de zeggingskracht van de diagnosehoofdgroep 'restgroep-diagnose' laag is en daarom hebben wij geen concrete aanknopingspunten om te sturen. Gelet op de overige prioriteiten nemen wij daarom nu geen actie.

## **Aandachttekort en gedragsstoornissen**

De stuurgroep zal in de tweede helft van 2020 samen met de patiëntenvereniging en een aantal experts een analyse laten maken van de problematiek in omvang en aard, gelijk aan de actie op autisme en persoonlijkheidsstoornissen. En een oplossingsrichting in proces en inhoud voorstellen om de wachttijden voor intake en behandeling verder aan te pakken.

## **Verslaving en psychiatrische problematiek**

Huisartsen ervaren problemen met het verwijzen van patiënten die een combinatie hebben van psychiatrische problematiek en verslaving. Voor huisartsen is dit bij verwijzing naar de GGZ epidemiologisch het meest voorkomende probleem in de praktijk.

Bij verwijzing voor het psychiatrische probleem geven GGZ-behandelaren regelmatig aan dat eerst de verslaving moet worden behandeld. En andersom: als eerst wordt verwezen naar de verslavingszorg geven behandelaren aan dat eerst aan het psychiatrische probleem gewerkt moet worden. Patiënten belanden daardoor tussen wal en schip, en het duurt langer voordat ze in behandeling komen.

De stuurgroep heeft besloten om op korte termijn (juni/juli 2020) een expertmeeting te organiseren om inzicht te krijgen in de onderliggende vraagstukken en knelpunten van dit reeds lang bestaande probleem. Gewenst resultaat: een leidraad voor verwijzers en behandelaren die op korte termijn kan worden ingezet.

## **Eetstoornissen**

De wachttijden voor eetstoornissen zijn hoog. Daarvoor wordt lokaal, regionaal en landelijk reeds veel actie op ondernomen, op het snijvlak van de Jeugdwet en de Zvw. Als stuurgroep constateren we daarom dat het nu onverstandig is om eigenstandig nieuwe acties te initiëren. In het najaar van 2020 evalueren wij, in gesprek met o.a. de Nederlandse Academie Eetstoornissen en de patiëntenvereniging, onze inzet op dit dossier.

## **Trauma**

Het Zorginstituut heeft met haar Zinnige Zorg-traject onderzocht in hoeverre er 'zinnige zorg' voor PTSS wordt geleverd. In vervolg op dat onderzoek sturen VWS en het Zorginstituut op aanvullende (implementatie) actie door de veldpartijen om méér en betere zinnige zorg te leveren. In het najaar van 2020 evalueren wij, in gesprek met o.a. het Zorginstituut en de trekkers namens zorgaanbieders en brancheverenigingen onze inzet op dit dossier.

## **Wachttijdbegeleiding**

Uit het kwalitatief beeld van de inspanningen per regio blijkt dat zorgaanbieders en huisartsen veel actie ondernemen om wachtenden te ondersteunen. Het onderliggende vraagstuk is dat de verantwoordelijkheidsverdeling tussen verwijzing en intake niet zodanig is, dat het in het belang is van GGZ-aanbieders om snel de intake te plannen. Dit is een knelpunt dat hopelijk verduidelijkt kan worden als er sectorbrede afspraken over triage, verwijzing, intake en diagnostiek worden gemaakt. Akwa GGZ ontwikkelt hiervoor in opdracht van de veldpartijen een generieke module. Als stuurgroep hebben wij dit knelpunt onder de aandacht gebracht van deze werkgroep, met de vraag daar duidelijke richtlijnen voor verdeling van de verantwoordelijkheden in op te nemen.

## Versnellen

De landelijke stuurgroep heeft besloten om in 2020 budget vrij te maken om enkele regio's te ondersteunen met budget voor een tijdelijke projectmanager om versnelling te creëren in de betreffende regio's. In de regio's Zuid-Limburg en Utrecht is inmiddels de eerste ervaring opgedaan.

### Utrecht

De inzet van de projectmanager was/is succesvol en heeft het beoogde resultaat gehad. Het is wel van belang te vermelden dat een grote instelling in de regio zelf de hulpvraag stelde en aangaf dat er weliswaar een plan lag en er initieel commitment was, maar dat een aanjager nodig was om 'hen zelf en andere partijen achter de broek aan te zitten'.

De gerichte inzet van een professionele projectmanager die goed bekend is met de GGZ maar er geen onderdeel van is, heeft binnen zes maanden gerealiseerd in een aantal concrete resultaten:

- Van mondeling commitment naar actief meedoen.
- Van tientallen prioriteiten naar twee concrete plannen.
- Een start met de realisatie van beide plannen.

Wegens een gebrek aan resterend budget voor 2020 heeft de stuurgroep besloten om de inzet van de projectmanager niet langer te financieren. De partijen in de regio onderzoeken thans de mogelijkheid om het continueren van deze inzet gezamenlijk zelf verder te financieren.

### Zuid-Limburg

De inzet van een versneller was/is succesvol gebleken en heeft het beoogde resultaat gehad. De versneller heeft een adviesrapport opgesteld met concrete interventies die moeten bijdragen aan de reductie van wachttijden. De taskforce heeft het adviesrapport omarmd en brengt dit nu in uitvoering.

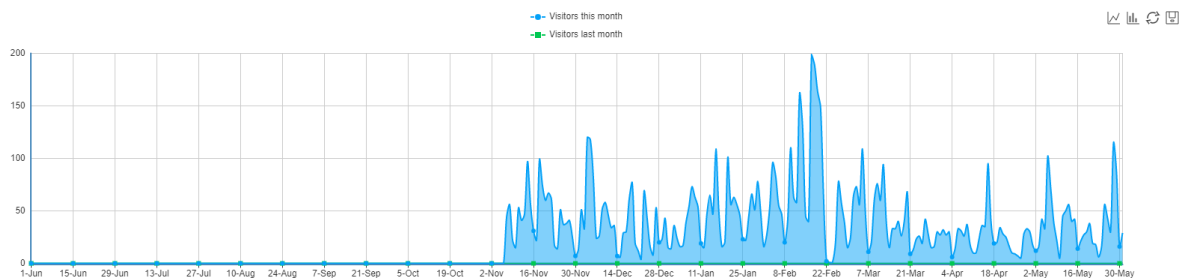
Wegens een gebrek aan resterend budget voor 2020 heeft de stuurgroep besloten om de inzet van de projectmanager niet langer te financieren. De partijen in de regio onderzoeken thans de mogelijkheid om het continueren van deze inzet gezamenlijk zelf verder te financieren.

### Voortzetten

Op basis van de evaluatie van de inzet van versnellingsgelden in deze twee regio's concludeert de stuurgroep dat het wenselijk is hier ook in 2021 financiële ruimte voor te creëren. Hierbij is het wel van belang dat vooraf streng wordt getoetst op de randvoorwaarden die aan de regionale taskforce worden gesteld, en dat de projectmanager het professionele niveau en de ervaring heeft om een dergelijk project op zgn. inter-organisatie niveau aan te kunnen sturen.

## Vertellen

De vernieuwde website [wegvandewachtlijst.nl](http://wegvandewachtlijst.nl) trekt meer bezoekers. Het dagelijkse aantal schommelt op werkdagen tussen de 25 en 100, met een enkele uitschieter tot boven de 200.



In totaal bezochten 9.867 mensen de website en bekeken bijna 20.000 pagina's. Het meest bekeken zijn de praktijkvoorbeelden, met voorbeelden van een aanpak vanuit verschillende regio's. Dat de artikelen deelbaar zijn via sociale media werpt ook zijn vruchten af: 624 maal kwam een bezoeker via LinkedIn, 169 maal via Facebook en 53 keer via Twitter op de website.

Vertellen zou ook centraal hebben gestaan op het derde landelijke congres *Wachttijden GGZ pakken we samen aan!*, dat oorspronkelijk stond geprogrammeerd voor april 2020. De focus lag in het programma op werksessies waarin het samenwerken in de regio centraal stond, aan de hand van aansprekende voorbeelden. Door de coronapandemie is dit verschoven naar 22 september 2020. Hoogstwaarschijnlijk is het onmogelijk de bijeenkomst op die datum door te laten gaan vanwege de nog altijd geldende beperkingen voor evenementen. Inmiddels hebben zich meer dan 200 mensen aangemeld en de huidige richtlijnen staan een bijeenkomst van die omvang niet toe. We bekijken de mogelijkheden om een andere vorm te vinden om deze kennis te delen met het werkveld, bijvoorbeeld in de vorm van webinars.