

Het domeinoverstijgend casusoverleg nader bekeken

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

Het domeinoverstijgend casusoverleg nader bekeken

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

Trimbos-instituut, Utrecht, Nederland, 2026

Colofon

Auteurs

Jurre Heijmens Visser, Trimbos-instituut
Jasper Nuijen, Trimbos-instituut
Jenny Boumans, Trimbos-instituut

Met medewerking van

Jan Dijkgraaf, MIND
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-75-044

©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

1 Inleiding	5
1.1 De Versnellers-aanpakken	5
1.2 Het evaluatietraject	6
1.3 Verdiepend deelonderzoek naar het domeinoverstijgend casusoverleg	7
1.4 Leeswijzer	9
2 Het domeinoverstijgend casusoverleg: resultaten uit de documentenstudie	10
2.1 Groningen	10
2.2 Zwolle	13
2.3 Midden-IJssel	16
2.4 De Liemers	18
2.5 't Gooi	19
2.6 Flevoland	21
2.7 Samenvatting resultaten uit documentenstudie	21
3 Het domeinoverstijgend casusoverleg: resultaten uit de interviews	25
3.1 Doel en uitvoering	26
3.2 Ervaren meerwaarde van het DOCO	34
3.3 Bevorderende en belemmerende factoren	38
3.4 Samenvatting resultaten uit interviews	45
4 Algemene samenvatting	49
4.1 Doel en uitvoering	49
4.2 Aantal casusbesprekingen en oplossingen	50
4.3 Ervaringen	51
4.4 Aandachtspunten	52
Literatuur	54
Bijlage 1 Topiclijst deelnemers DOCO	55

1 Inleiding



1.1 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%)³. 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](#)

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

1.2 Het evaluatietraject

In de periode augustus 2023-maart 2026 hebben het Trimbos-instituut, het Nivel⁴, 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 beschreven⁵:

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 'Wat werkt in de domeinoverstijgende samenwerking rond wachttijden?' 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 naar de uitvoering van en ervaringen met het domeinoverstijgend casusoverleg (DOCO). Het DOCO was een ander veelgebruikt mechanisme in de Versnellers-aanpakken.

Het voorliggende achtergrondrapport betreft het verdiepend deelonderzoek naar het DOCO.

5. 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.

4 Tot mei 2025 betrokken.

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

1.3 Verdiepend deelonderzoek naar het domeinoverstijgend casusoverleg

1.3.1 Achtergrond

Als startpunt van het evaluatietraject is een overkoepelende verandertheorie van alle regionale Versnellers-aanpakken van de wachttijden in de ggz ontwikkeld. Zoals beschreven in het eerder gepubliceerde tussenrapport van het evaluatietraject (Nuijen et al., 2024) kwam hieruit naar voren dat het zwaartepunt van de aanpakken lag op het verbeteren van de regionale domeinoverstijgende samenwerking aan vooral de 'voorkant' van de ggz, om daarmee hulpvragers tijdig en passend te kunnen toeleiden naar aanbod binnen of buiten de ggz. Eén van de meest gebruikte mechanismen hierbij was het matchen van vraag en aanbod via het domeinoverstijgend casusoverleg (DOCO). Vandaar de keuze om daar een verdiepend onderzoek naar uit te voeren in de tweede fase van het evaluatietraject.

Het DOCO vindt zijn oorsprong in de regio Eemland, waar het in 2020 werd ontwikkeld door GGz Centraal en Bee-improve onder de benaming overlegtafel⁶. Tot op heden is de overlegtafel Eemland actief. Samengevat gaat het om een wekelijks online overleg waarin vertegenwoordigers vanuit de verschillende partijen in de regio (o.a. ggz, verslavingszorg, sociaal domein, huisartsenzorg en ervaringsdeskundigheid) gezamenlijk casussen op anonieme basis bespreken, zodat ze op een snelle manier op de juiste plek zorg of ondersteuning ontvangen. In te brengen casussen zijn personen met complexe psychische problematiek die nog geen óf niet meer passende zorg of ondersteuning ontvangen, en waarbij de reguliere (door)verwijzing niet lukt of (te) lang duurt. Tijdens het overleg van 30 minuten is ruimte voor maximaal vijf casusbesprekingen. De werkwijze van de overlegtafel Eemland bleek vanaf de start goed te verlopen in de praktijk. In de periode 1 oktober 2020-1 juni 2021 werden in totaal 250 casussen besproken, waarvoor gezamenlijk tot concrete oplossingen werd gekomen. Daarbij ging het niet alleen om sggz als vervolgstap, maar bijvoorbeeld ook om toeleiding naar aanbod in het sociaal domein of een combinatie van zorg of ondersteuning uit verschillende domeinen. Mede door de positieve ervaringen in de regio Eemland zijn de afgelopen jaren ook in andere regio's overlegtafels opgezet. Dit is ook gestimuleerd vanuit de landelijke Stuurgroep Toegankelijkheid en Wachttijden ggz die het multidisciplinaire casusoverleg als een goede praktijk zag om hulpvragers naar de juiste zorg en/of ondersteuning te leiden⁷. Soms wordt in regio's aangesloten bij de overlegstructuren die voor het transfermechanisme⁸ zijn opgezet.

In de landelijke werkwijze voor de ontwikkeling van Mentale gezondheidsnetwerken die maart 2024 werd gepubliceerd (Programma Mentale gezondheidsnetwerken, 2024), is het casusoverleg één van de vier functies van deze netwerken, onder de benaming DOCO. Beschreven wordt dat het doel van het DOCO is om complexe problematiek vanuit verschillende invalshoeken te bekijken, zodat de persoon passende zorg en/of ondersteuning op de juiste plek krijgt. Casussen die kunnen worden ingebracht zijn personen die bij één van de betrokken regionale partijen om hulp hebben gevraagd, terwijl die partij deze hulp niet, niet tijdig of niet alleen kan leveren, óf

6 [Overlegtafel GGZ: samen voor betere en snellere zorg en ondersteuning – GGz Centraal](#)

7 [Handreiking en masterclass: Aan de slag met een Overlegtafel - Weg van de wachtlijst](#)

8 Een overleg tussen verwijzers, aanbieders en financiers, die zich gezamenlijk inzetten om (groepen) cliënten tijdige en passende zorg te bieden, door de vrije productie- en contractruimte in de regio optimaal te benutten.

personen die al zorg of ondersteuning van een partij ontvangen, maar die niet (meer) passend is. Het overleg dient te resulteren in een concrete oplossing voor de betrokken persoon. Dit betekent dat duidelijk moet zijn wat de vervolgstap is en wie de casus verder oppakt. Verondersteld wordt dat door goede afstemming tussen de domeinen hulpvragers sneller kunnen doorstromen en dat soepel wordt op- of afgeschaald waar nodig. Bovendien is de aanname dat de partijen die samenwerken in het DOCO inzicht krijgen in waar en wanneer het aanbod niet goed aansluit of onvoldoende is, zodat zij structurele verbetermaatregelen kunnen nemen.

1.3.2 Doel

Eén van de meest gebruikte mechanismen in de regionale Versnellers-aanpakken van de wachttijden in de ggz was het matchen van vraag en aanbod via het DOCO. Het doel van dit verdiepende deelonderzoek is om meer zicht te krijgen op de uitvoeringspraktijk van het DOCO in de aanpakken, de ervaringen ermee en (mogelijke) effecten ervan. Qua effecten is gekeken naar wat het DOCO (en de opvolging hiervan) oplevert, of kan opleveren voor de hulpvrager, de professional en de toegankelijkheid van de ggz. Ook is nagegaan wat hierbij bevorderende of belemmerende factoren zijn. De deelstudie is niet bedoeld om een volledig beeld van het DOCO te geven in termen van uitvoeringspraktijk, ervaringen en (mogelijke) effecten, maar om hiervan een indruk te krijgen.

1.3.3 Aanpak: documentenstudie en interviews met directbetrokkenen

Voor het verdiepingsonderzoek is allereerst een documentenstudie uitgevoerd op beschikbare verslagen, rapportages of andere publicaties over het uitvoeren van het DOCO in Versnellers-regio's. Ten tweede zijn duo- of individuele interviews gehouden met direct betrokkenen bij het DOCO, namelijk deelnemers aan het overleg. Er zijn geen interviews gehouden met de personen die zijn besproken tijdens het overleg. Dit omdat de betrokken persoon zelf niet deelneemt (het gaat om anonieme casuïstiekbespreking) en in die zin ook geen 'directe' ervaring met het overleg heeft. Voorts was werving van besproken casussen te bewerkelijk om te realiseren.

Selectie van zeven Versnellers-regio's

Uit de startgesprekken met de Versnellers-regio's bleek dat 13 regio's als onderdeel van hun Versnellers-subsidie bezig waren (geweest) met het (door)ontwikkelen en/of implementeren van een domeinoverstijgend overleg. Wij benaderden onze contactpersonen in deze regio's om na te gaan of het om een *individueel* casusoverleg ging, en zo ja, om te vragen of zij konden bemiddelen in de werving van direct betrokkenen voor interviews. Ook vroegen wij of er documentatie beschikbaar was over de uitvoering en ervaringen met het casusoverleg. In zeven van de 13 Versnellers-regio's zijn geen personen geworven voor een interview, omdat:

- Het betrof geen individueel casusoverleg (één regio).
- Het was niet logisch om te werven omdat er in de regio een evaluatie of onderzoek liep naar het casusoverleg (drie regio's).
- Het is niet gelukt om een respondent te werven (één regio), of werd geen medewerking verleend aan de werving (twee regio's).

Dit betekent dat er uiteindelijk vanuit zes van de 13 regio's personen zijn geïnterviewd. Aanvullend zijn er interviews gehouden met direct betrokkenen in een zevende regio, namelijk Flevoland. Het opzetten en implementeren van een DOCO was geen onderdeel van de Versnellers-subsidie van deze regio; in een eerder stadium was al een casusoverleg ingericht en die nog steeds actief is.

Vanwege de langere ervaring met de werkwijze is ervoor gekozen om Flevoland ook mee te nemen in deze deelstudie.

Interviews: deelnemers en aanpak

In totaal zijn er vanuit de zeven regio's 19 direct betrokkenen geïnterviewd. De tabel hieronder geeft een overzicht om welke regio's en deelnemers het gaat.

Regio	Interviews					Documenten- studie
	(Vice-) voorzitter*	Deelnemer vanuit ggz*	Deelnemer vanuit sociaal domein**	Deelnemer vanuit huisartsenzorg	Totaal	
't Gooi		1			1	Ja
Midden- IJssel	1	1			2	Ja
Achterhoek- de Liemers	1			2	3	Ja
Zwolle		3		1	4	Ja
Groningen			2		2	Ja
Drenthe		1	1		2	Nee
Flevoland	2	1	2		5	Ja
Totaal	4	7	5	3	19	6

* Waaronder één ervaringsdeskundige.

** Waaronder twee ervaringsdeskundigen.

Voor het interview werd een topiclijst ontwikkeld (zie bijlage 1). In het interview was er veel ruimte voor de ervaringen (positief en negatief) van betrokkene met het DOCO, en de reflectie van betrokkene op de meerwaarde van het DOCO, en factoren die hierop van invloed zijn. Interviews vonden digitaal plaats (via Teams) en duurden gemiddeld één uur. Van alle interviews werden transcripties gemaakt die vervolgens werden gecodeerd in Maxqda, een softwarepakket voor kwalitatieve data-analyse. Dit heeft geleid tot een thematische analyse over uitvoering, ervaren meerwaarde en beïnvloedende factoren.

Documentenstudie

Zoals aangegeven in de laatste kolom van de tabel, was voor zes regio's documentatie voorhanden. De beschikbare informatie varieerde tussen regio's in omvang en gedetailleerdheid. Voor alle regio's wordt op basis hiervan de uitvoering van het DOCO beschreven. Voor zover de documentatie hierover informatie biedt, wordt voor een regio ook ingegaan op ervaringen van betrokkenen en/of het aantal casusbesprekingen en de daaruit volgende oplossingen.

1.4 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 beschrijft de resultaten van de documentenstudie, en hoofdstuk 3 de interviewresultaten. Beide hoofdstukken eindigen met een samenvatting. Afgesloten wordt met hoofdstuk 4 waarin de bevindingen uit de documentenstudie en interviews in samenhang worden samengevat en beschouwd.

2 Het domeinoverstijgend casusoverleg: resultaten uit de documentenstudie



Dit hoofdstuk beschrijft op basis van beschikbare documentatie het doel en de uitvoering van het DOCO in zes Versnellers-regio's. Voor zover hierover informatie beschikbaar is, wordt ook ingegaan op de ervaringen van betrokkenen en/of het aantal casusbesprekingen en de daaruit volgende oplossingen. Het hoofdstuk eindigt met een samenvatting. Alle zes regio's gebruiken voor hun casusoverleg een andere benaming dan het DOCO; dit wordt aangegeven. In alle regio's is het DOCO nog steeds actief ten tijde van het schrijven van dit achtergrondrapport.

2.1 Groningen

2.1.1 Doel en uitvoering

Als onderdeel van de uitvoeringssubsidie van het ZonMw-programma 'Versnellers in de ggz' is in Groningen een DOCO opgezet en geïmplementeerd, onder de benaming regiotafel. Het doel van de regiotafel is om in de provincie Groningen voor zoveel mogelijk cliënten met een complexe ggz zorgvraag een passende plek met de juiste zorg te vinden, waar mogelijk binnen de Treeknormen (maximaal aanvaardbare wachttijden). Bovendien dient het overleg bij te dragen aan betere communicatie en samenwerking tussen huisartsenzorg, ggz en sociaal, waardoor het zorg- en ondersteuningsaanbod wordt versterkt en uiteindelijk meer cliënten een passende plek vinden. De regiotafel vormt trede 1 van de Regionale Doorzettingsmacht⁹. Casussen die kunnen worden ingebracht bij de regiotafel zijn cliënten met een specialistische ggz zorgvraag, waarbij het niet lukt om via de reguliere weg een passende plek met juiste zorg te vinden. Er kan sprake zijn van een combinatie met bijvoorbeeld verslaving of verstandelijke beperking. Het kan gaan om verwijzingen vanuit de huisarts of (door)verwijzingen vanuit de ggz. In principe richt de regiotafel zich op volwassenen, maar cliënten van 16 jaar en ouder kunnen worden aangemeld. Personen in een crisissituatie kunnen niet worden aangemeld.

Het online overleg van de regiotafel vindt tweewekelijks plaats en duurt 30 minuten. In principe kunnen twee casussen worden ingebracht om anoniem te worden besproken. Sommige deelnemers zijn standaard aanwezig bij de regiotafel, waaronder professionals van verschillende ggz-aanbieders, professionals vanuit het sociaal domein, ervaringsdeskundigen en vertegenwoordiging vanuit de zorgverzekeraar (voor zorgbemiddeling). Andere deelnemers (bijv. een professional vanuit de verslavingszorg of een indicatiesteller vanuit het sociaal domein) sluiten alleen aan indien dit passend is. Bij aanmelding geeft een casusindieners – een huisarts of ggz-aanbieder – aan welke (type) partijen aanwezig moeten zijn bij de bespreking. De indiener is in

9 Een escalatiemodel voor situaties waarbij via de reguliere kanalen van verwijzing en zorgbemiddeling geen passende zorg kan worden gevonden voor cliënten die ggz-zorg nodig hebben, in het bijzonder degenen met een hoogcomplexe zorgvraag. Het doel is te voorkómen dat cliënten tussen wal en schip vallen. [Handreiking-RDM-januari-2022.pdf](#)

principe aanwezig bij de bespreking van de eigen casus. Het voorzitterschap van de regiotafel rouleert. Er is een vaste coördinator die onder andere nagaat of een aanmelding passend en volledig is, en voorafgaand aan het overleg de casusinformatie anoniem en veilig deelt met de deelnemers. De coördinator neemt ook deel aan het overleg. Het uitgangspunt van de regiotafel is dat een casus nooit zonder oplossing wordt terugverwezen naar de inbrenger, en dat één of een combinatie van de deelnemende partijen de bedachte oplossing gaat uitvoeren.

2.1.2 Ervaringen

Medio 2023 is gerapporteerd over de bevindingen van een eerste evaluatie van de regiotafel (Bureau HHM, 2023). Op dat moment was de regiotafel nog in de opstartfase. De evaluatie was gebaseerd op een vragenlijst die door zeven deelnemers aan de regiotafel is ingevuld (mei 2023). Daarnaast heeft een gesprek met deelnemers plaatsgevonden.

Doel

Uit de vragenlijst bleek dat de deelnemers een open sfeer en constructieve samenwerking ervaren bij de regiotafel. Tegelijkertijd gaven vijf respondenten aan dat het primaire doel – het vinden van een passende plek met de juiste zorg voor zoveel mogelijk casussen met hoge urgentie – niet (volledig) werd behaald. Hiervoor werden diverse redenen genoemd:

- Er werden weinig casussen ingebracht.
- Casussen werden ad-hoc ingebracht waardoor er weinig tijd was voor voorbereiding.
- Na het maken van afspraken in de regiotafel over oplossingen voor cliënten moest de inbrengende partij hier nog 'achteraan' gaan.
- Cliënten kwamen alsnog op een (lange) wachtlijst.
- Partijen waren nog onvoldoende aan elkaar verbonden, het bleef op het niveau van individuele casusbespreking.
- Er was te weinig doorzettingsmacht waardoor cliënten werden verwezen in plaats van direct geholpen.
- Het bleef een casusbespreking, maar daarmee leek een structurele oplossing te ontbreken.
- Het overleg voelde soms meer als een klankbordgroep.

Doelgroep

Over het algemeen vonden de deelnemers dat de doelgroep voor de regiotafel duidelijk en afgebakend was; de casussen die werden ingebracht voldeden doorgaans aan de criteria. Wel waren zij verbaasd over het lage aantal aanmeldingen: in de periode van medio januari 2023 tot begin mei 2023 werd er zeven keer overlegd, waarbij in totaal maar zeven casussen werden ingebracht. Vanwege het lage aantal aanmeldingen is tijdens de evaluatie besloten om de overlegduur terug te brengen naar 30 minuten (in plaats van 45 minuten). Waarschijnlijk speelde hier een rol dat een deel van de potentiële casusindieners nog onbekend was met de regiotafel, ook al omdat deze nog niet zo lang bestond. Aanbevolen werd om zowel bij huisartsen en POH's-ggz als binnen ggz-aanbieders of andere organisaties meer bekendheid met de regiotafel te realiseren. Succesverhalen zouden hierbij kunnen helpen.

Aanmelding

Over het algemeen vonden de deelnemers dat de afspraken omtrent aanmelding van casussen voor de regiotafel duidelijk waren. Een aandachtspunt was dat aanmeldingen tijdig dienen te gebeuren, zodat deelnemers zich goed kunnen voorbereiden en de bespreking efficiënt kan

verlopen. Vanuit huisartsen kwam de suggestie om aanmeldingen in de toekomst via het platform ZorgDomein te laten verlopen, vanzelfsprekend met inachtneming van de privacywetgeving.

Deelnemers

Uit de evaluatie bleek dat de juiste partijen waren vertegenwoordigd bij de regiotafel. Ook werden de rollen en verantwoordelijkheden van deelnemers ervaren als helder en duidelijk afgebakend. Tegelijkertijd werden een aantal aandachtspunten benoemd:

- Sommige ggz-aanbieders in de regio waren nog niet vertegenwoordigd, zoals vrijgevestigde psychologen en psychotherapeuten.
- Het regelen van een vervanger bij afwezigheid van een deelnemer.
- Het borgen dat deelnemers mandaat hebben voor de organisatie die zij vertegenwoordigen. Aangegeven werd dat dit lastiger te realiseren is bij grote organisaties. In het verlengde hiervan werd de vraag opgeworpen of één vertegenwoordiger vanuit een grote organisatie (zoals Lentis, de ggz-kerninstelling in de regio) wel voldoende is: heeft deze persoon het mandaat voor de gehele organisatie, of alleen voor een organisatieonderdeel?
- Het kan zinvol zijn om medisch-inhoudelijke medewerkers aan te laten sluiten bij overleggen, maar wel alleen bij voldoende casusbesprekingen.

De meningen verschilden over de inbreng van ervaringsdeskundigen. Sommige deelnemers vonden dit waardevol, bijvoorbeeld ten aanzien van wat een cliënt nodig had en hoe processen ervaren konden worden. Andere deelnemers ervoeren geen meerwaarde. Een ervaringsdeskundige gaf zelf aan zoekende te zijn naar een passende rol en bijdrage. Dit had er ook mee te maken dat er geen gerichte vragen werden gesteld. Een suggestie was om na te gaan of de specifieke ervaring van ervaringsdeskundigen goed aansluit bij de regiotafel.

Oplossingen en opvolging

De deelnemers gaven aan dat tijdens de overleggen meestal tot een (mogelijke) oplossing werd gekomen voor een besproken cliënt. Wel werd eraan getwijfeld of een bedachte oplossing ook daadwerkelijk werd gerealiseerd voor alle cliënten. Deze twijfel was gebaseerd op verschillende concrete voorbeelden. Zo werd het aanbod van een bepaalde organisatie passend gevonden voor een cliënt, maar was de betreffende organisatie op dat moment niet vertegenwoordigd aan de regiotafel. Een ander voorbeeld was dat een cliënt die op de regiotafel was besproken kon worden overgenomen door een organisatie, maar dat de cliënt bij aanmelding niet werd herkend, waardoor de cliënt alsnog op de reguliere wachtlijst terecht kwam. Het is dus belangrijk om ervoor zorg te dragen dat casussen die anoniem worden besproken op de regiotafel, bij aanmelding wel worden herkend door de organisatie waar zij naar toe worden geleid. Weer een ander voorbeeld was dat een mogelijke oplossing voor een cliënt lag in samenwerking tussen organisaties, maar dat deze samenwerking niet van de grond kwam. In dat kader werd vanuit de evaluatie meer samenwerking tussen deelnemende partijen aanbevolen, vanuit de gedachte dat er juist winst behaald kan worden als organisaties gezamenlijk oplossingen kunnen bieden aan cliënten.

2.2 Zwolle

2.2.1 Doel en uitvoering

Als onderdeel van de uitvoeringssubsidie van het ZonMw-programma 'Versnellers in de ggz' is in Zwolle een transfertafel opgezet en geïmplementeerd. De transfertafel is een overleg dat als doel heeft om tijdige en passende zorg of ondersteuning op de juiste plaats te organiseren. Het kan daarbij gaan om individuele personen bij wie na verwijzing of intake blijkt dat de organisatie niet (volledig) kan bieden wat ze nodig hebben. Deze 'individuele transfer'-functie correspondeert met het doel van het DOCO zoals beschreven in de landelijke werkwijze van de Mentale gezondheidsnetwerken (Programma Mentale gezondheidsnetwerken, 2024). Daarnaast kunnen via de transfertafel ook cliëntgroepen worden verplaatst ('groepstransfer'), bijvoorbeeld wanneer de wachttijd voor een bepaald aanbod bij de ene organisatie lang is, terwijl de andere organisatie juist ruimte heeft. De transfertafel vormt ook trede 1 van de Regionale Doorzettingsmacht. Als subdoelstellingen van de transfertafel worden genoemd:

- Zo snel mogelijk starten van hulp, aansluitend bij wat iemand nodig heeft en waar de minste wachttijd is.
- Het voorkómen dat mensen tussen wal en schip vallen.
- Elkaar en elkaars zorgaanbod beter leren kennen, kennis delen en afspraken maken over doorverwijzen.
- Het verkorten van de gemiddelde wachttijd en het terugbrengen van de variatie in wachttijd van de deelnemende organisaties.

Casussen die kunnen worden ingebracht bij de transfertafel zijn cliënten met een ggz zorgvraag en waarvoor het niet lukt om via de reguliere weg een passende plek met juiste zorg en ondersteuning te vinden. Ook kunnen cliënten worden besproken die men vanuit een ggz- of andere zorgorganisatie wil (door)verwijzen omdat de organisatie er zelf intern niet uit komt (bijv. na een multidisciplinair overleg, MDO), of omdat het niet mogelijk of wenselijk is om zelf regulier te verwijzen (bijv. omdat een cliënt dan onderaan een volgende wachtlijst terecht komt). De regiotafel richt zich primair op volwassenen van 18 jaar of ouder.

Het online overleg van de transfertafel vindt tweewekelijks plaats en duurt 60 minuten. De anonieme bespreking van een casus duurt in principe maximaal vijf minuten. Vaste deelnemers zijn vertegenwoordigers van verschillende ggz- en verslavingszorgaanbieders in de regio. Roulerend, of wanneer gewenst, sluiten andere partijen aan, zoals huisartsen en POH's-ggz, professionals vanuit het sociaal domein, ervaringsdeskundigen, en specialisten vanuit de jeugd-ggz (als casus-inbrenger). Er zijn concrete afspraken gemaakt over de rollen en verantwoordelijkheden van de deelnemers, namelijk:

- Deelnemers zijn functionarissen die zich bezighouden met aanmeldingen of screening.
- Deelnemers zijn op de hoogte van het aanbod van eigen organisatie en aanmeldcriteria.
- Deelnemers hebben mandaat om over doorverwijzingen van cliënten met partners afspraken te maken.
- Deelnemers komen goed voorbereid naar de transfertafel, leveren een constructieve bijdrage aan bespreking en dragen actief mogelijkheden aan.
- Iedere deelnemer heeft een vaste vervanger bij ziekte/vakantie zodat iedere keer alle deelnemende partijen aan tafel zitten.

Naast de voorzitter, neemt ook een vaste coördinator standaard deel aan het overleg. De coördinator controleert of aanmeldingen passend en volledig zijn, en zorgt ervoor dat deelnemers voorafgaand aan het overleg de casusinformatie op een anonieme en veilige manier ontvangen. Iedere deelnemer kan een casus inbrengen aan wie de eigen organisatie geen tijdige en/of passende hulp kan bieden. De casusinbrenger is in principe bij de bespreking van de eigen casus aanwezig.

Er zijn werkafspraken gemaakt over de overname van een cliënt, waaronder dat de verwijzende en ontvangende partij met elkaar afstemmen of het verlenen van voorrang wel of niet passend is¹⁰. Ook omtrent de intake van een cliënt nadat deze is doorverwezen naar een partij met een andere visie op het beleid zijn werkafspraken gemaakt:

- De verwijzende en ontvangende partij hebben onderling overleg om te bepalen wat passend is. Hierbij is de visie op het beleid van de ontvangende partij leidend.
- Als op de transfertafel overeenstemming is geweest over de doorverwijzing, dan wordt een cliënt niet terugverwezen.
- Indien nodig wordt tijdens de transfertafel direct besproken of de ontvangende partij ondersteund kan worden met de inzet van specifieke behandelonderdelen.
- Doorverwijzingen die niet goed verlopen worden op de transfertafel geëvalueerd.

Ook zijn werkafspraken gemaakt over het informeren van de cliënt:

- De inbrengende partij of behandelaar laat aan de cliënt weten dat het voornemen is om zijn/haar casus anoniem te bespreken op de transfertafel. Aangegeven wordt dat het verwachtingsmanagement belangrijk is: bespreking hoeft niet per definitie te leiden tot een 'verplaatsing'.
- De casus wordt niet ingebracht als de cliënt aangeeft dit niet te willen.
- De inbrengende partij of behandelaar geeft na de bespreking een terugkoppeling aan de cliënt.

Tot slot is de afspraak dat de transfertafel minimaal eens per kwartaal evalueert waar zij structureel tegenaan loopt en welk aanbod structureel ontbreekt.

2.2.2 Ervaringen

Februari 2024 is gerapporteerd over de bevindingen van een evaluatie van de transfertafel (Bureau HHM, 2024). Op dat moment was de transtafel nog in de beginfase. De evaluatie was gebaseerd op een vragenlijst die door negen deelnemers is ingevuld (januari 2024). Vervolgens is een gesprek gevoerd met deelnemers.

Doel

Uit de vragenlijst bleek dat het doel van de transfertafel duidelijk was voor de deelnemers. Zij ervaarden tijdens het overleg een open sfeer en constructieve samenwerking. Het lukte om voor

¹⁰ Er worden verschillende overwegingen genoemd die partijen mee kunnen nemen in dit gesprek: bij de verwijzende partij moet veel zorg opgeschaald worden en het is efficiënter om door te verwijzen naar specialistische zorg; lopende behandelingen die stagneren, waarbij binnen de verwijzende partij geen passende behandeling geboden kan worden; toename ernst klachten of risico op terugval/verslechtering; en veel gevolgen voor systeem (kinderen) bij langer wachten.

de ingebrachte casussen passende en tijdige oplossingen te vinden tijdens het overleg. Ook vonden de deelnemers het nuttig om de actuele wachttijden met elkaar te delen. Daarnaast gaven zij aan elkaar en het aanbod in de regio beter te leren kennen; hierdoor weten ze elkaar beter te vinden (ook buiten de transfertafel). Ten slotte werd genoemd dat de transfertafel helpt om regionale knelpunten op het gebied van wachttijden te signaleren, en ook kan bijdragen aan oplossingen hiervoor.

Tegelijkertijd gaven deelnemers aan dat het doel van de transfertafel niet helemaal werd behaald. Zo was het aantal ingebrachte casussen vooralsnog laag: in het afgelopen jaar waren slechts negen casussen besproken. Verder hadden nog geen groepstransfers plaatsgevonden. Aangegeven werd dat nagegaan moet worden of de tafel potentieel mist voor groepstransfers, of dat dit simpelweg niet aan de orde is in de regio.

Doelgroep

De deelnemers vonden dat de doelgroep voor de transfertafel duidelijk en afgebakend was. Ze waren wel verrast door het beperkte aantal van negen casusbesprekingen. Waarschijnlijk was de transfertafel nog niet goed bekend onder potentiële casusindieners. Zo wisten huisartsen en POH's-ggz ten tijde van de evaluatie nog onvoldoende de weg naar de transfertafel te vinden. Vanuit de evaluatie werd aanbevolen om binnen organisaties en bij huisartsen en POH's-ggz meer bekendheid met de transfertafel te genereren, om zo de inbreng van casuïstiek te stimuleren. Het delen van succeservaringen kan hierbij helpen.

Deelnemers

Er was tevredenheid over de aanwezigheid van de deelnemers. Naast een kern van vaste deelnemers, schoven vertegenwoordigers van een aantal (kleinere) organisaties flexibel aan wanneer passend of gewenst. Aangegeven werd dat regelmatig deelnemen aan de transfertafel zorgt voor verbondenheid tussen de deelnemers. Verder werd benoemd dat het goed is gelukt om nieuwe partijen aan te laten sluiten, waaronder partijen uit het sociaal domein, het ziekenhuis en aanbieders gericht op specifieke doelgroepen. Er werden nog wel een aantal partijen gemist, waarmee contact gezocht zou moeten worden. Bovendien werden, zoals eerder benoemd, huisartsen en POH's-ggz nog gemist als casusinbrengers.

Werkafspraken

Uit de evaluatie bleek dat de werkafspraken helder waren en geen grote aanpassingen behoeven. Wel was het zo dat nog niet iedereen ervaring had opgedaan met het uitvoeren van de werkafspraken vanwege het beperkte aantal casusbesprekingen.

2.3 Midden-IJssel

2.3.1 Doel en uitvoering

Als onderdeel van de uitvoeringssubsidie van het ZonMw-programma 'Versnellers in de ggz' is in Midden-IJssel een transfertafel opgezet en geïmplementeerd. Eén van de hoofddoelen van de transfertafel is het laagdrempelig bieden van de mogelijkheid voor het bespreken van individuele casussen waarvoor een multidisciplinaire blik meerwaarde heeft. De twee andere hoofddoelen van de transfertafel zijn:

- Het versterken van de samenwerking tussen zorgaanbieders in de regio, het beter leren kennen van elkaars aanbod, en weten hoe het regionaal zorglandschap eruit ziet.
- Gezamenlijk inzicht hebben in de wachtlijsten en -tijden voor de verschillende organisaties en als regio in totaal, ten opzichte van de beschikbare capaciteit. Welke stijgingen of dalingen zijn te zien in wachttijden en voor welke cliëntengroepen? Zijn er veranderingen te verwachten in capaciteit (bijv. door startende of vertrekkende medewerkers)?

Casussen die voor anonieme bespreking kunnen worden aangemeld zijn cliënten die tussen wal en schip dreigen te belanden, of waar de inbrengende organisatie mee vastloopt. Als concrete voorbeelden worden genoemd:

- Cliënten voor wie via de reguliere verwijzroute geen oplossing wordt gevonden.
- Cliënten voor wie het onduidelijk is waar naartoe te verwijzen.
- Cliënten die op een wachtlijst staan, maar waar twijfel bestaat over of het wel de juiste wachtlijst is, of voor wie de situatie is veranderd.
- Cliënten die nog worden geholpen door de jeugdzorg, maar binnenkort 18 jaar worden.

Personen in een crisissituatie kunnen niet worden ingebracht.

Het online overleg van de transfertafel vindt tweewekelijks plaats en duurt 60 minuten. Deelnemers zijn vertegenwoordigers van verschillende partijen in de regio, waaronder ggz- en verslavingszorgaanbieders, gemeente Deventer en Vriendendiensten (een zelfregie- en herstelorganisatie). In principe sluit de casusinbrenger aan bij de bespreking van eigen casus. De inbrenger stelt de cliënt op de hoogte van het voornemen om de casus (geanonimiseerd) in te brengen. Daarbij wordt aan verwachtingsmanagement gedaan zodat de mogelijke uitkomsten van de bespreking duidelijk zijn voor de cliënt. De casus wordt niet ingebracht als de cliënt aangeeft dit niet te willen.

Een casusbespreking kan verschillende uitkomsten hebben:

- Er wordt gebrainstormd over een vervolgstap en de transfertafel geeft een advies dat door de inbrengende partij wordt meegenomen.
- Eén of een combinatie van de deelnemende partijen gaat de bedachte oplossing uitvoeren. Het kan gaan om een consult, een gezamenlijke behandeling, of in uitzonderlijke gevallen de volledige overname van een cliënt.
- Indien geen passend aanbod geleverd kan worden, wordt de casus opgeschaald naar de stuurgroep van de transfertafel.

Verder is de afspraak dat de cliënt onder de verantwoordelijkheid blijft van de inbrenger, tenzij tijdens het overleg nadrukkelijk anders wordt afgesproken. Als overname de uitkomst is, wordt een cliënt niet terugverwezen.

2.3.2 Ervaringen

In de eindrapportage voor ZonMw (niet openbaar) wordt aangegeven dat de transfertafel nog niet zo lang structureel werd uitgevoerd in de praktijk¹¹. Hierdoor was het aantal aangemelde casussen ten tijde van de eindrapportage nog relatief beperkt¹². Bovendien werd de werkwijze nog doorontwikkeld op basis van de ervaringen die ermee worden opgedaan. Zo leidde het bespreken van enkele casussen tot meer inzicht in de benodigde casusinformatie en het optimaliseren van het aanmeldproces. Andere voorbeelden waren het uitbreiden van het aantal deelnemende partijen en het ontwikkelen van informatievoorziening die bijdraagt aan de naamsbekendheid en vindbaarheid van de transfertafel voor potentiële casusinbrengers.

Het resultaat van besproken casussen was dat de inbrengers advies kregen over de volgende stap in de behandeling, of dat een cliënt succesvol werd doorverwezen naar één van de deelnemende organisaties. Opvallend werd gevonden dat veel ingebrachte casussen een heraanmelding bij de ggz betroffen en waarbij de deelnemers aan de transfertafel zich gezamenlijk afvroegen of ggz-behandeling wel de juiste vorm van zorg was. Aangegeven wordt dat dit soort casusbesprekingen leidden tot een goed gesprek over de nut en noodzaak tot ggz, en daarmee ook bijdroegen aan de bredere beweging naar een andere blik (minder medicaliserend) op mentale gezondheid. Met andere woorden: het in gezamenlijkheid met een diversiteit aan expertise zoeken naar een (alternatieve) oplossing voor een cliënt die tussen wal en schip dreigt te vallen droeg bij aan een gezamenlijke visie op mentale gezondheid, en hoe daarin samen te werken. Ook is de rol van ggz-cliëntondersteuning duidelijker geworden, en is beter inzicht ontstaan in het zorg- en ondersteuningsaanbod in de regio.

Verder benoemt de eindrapportage diverse aandachtspunten voor de transfertafel, waaronder:

- Het verkrijgen van meer bekendheid.
- De drempel om casussen aan te melden moet voor huisartsen zo laag mogelijk worden gehouden.
- Goede voorbereiding door deelnemers voorafgaand aan het overleg.
- Het gezamenlijk op een goede manier bespreken van casussen.
- Het betrekken van ontbrekende relevante partijen. Aangegeven wordt dat er inmiddels contacten lopen met vrijgevestigde psychologen om ook aan te sluiten.
- Het aanhaken van (sociaal domeinpartners uit) de gemeenten die grenzen aan Deventer.
- Het borgen van de methodiek en werkwijze. Aangegeven wordt dat het stoppen van de subsidie risico's met zich meebrengt voor de continuering van de transfertafel. Er is continue financiering nodig. Wel wordt aangegeven dat de deelnemende partijen aan transfertafel meer zelf zijn gaan oppakken, zoals het deels invullen van het voorzitterschap en de coördinerende/ondersteunende rol.
- Kennisuitwisseling met transfer-/overlegtafels uit andere regio's. Geconstateerd wordt dat de overleggen in regio's zich in verschillende ontwikkelstadia bevinden, waardoor zowel organisatorisch als inhoudelijk van elkaar geleerd kan worden.
- Betrokkenheid en draagvlak op beleidsniveau. Aangegeven wordt dat een stuurgroep met vertegenwoordiging van de verschillende partijen op beleidsniveau een ondersteunende rol heeft gespeeld en heeft bijgedragen aan goede relaties tussen de organisaties.

¹¹ Eerst werd o.a. een gezamenlijke ambitie geformuleerd en een plan van aanpak opgesteld op basis waarvan de transfertafel werd ingericht.

¹² Er wordt geen aantal genoemd.

- Afstemming en samenwerking met andere, overlappende projecten in de regio. Zo werd benoemd dat gedurende de implementatie van de transfertafel het soms zoeken was naar de samenhang met het GEM-project¹³ in de regio. Blijvende afstemming is nodig, vooral ook om te kunnen bepalen waar projecten overlappen en elkaar kunnen versterken.

2.4 De Liemers

2.4.1 Doel en uitvoering

Als onderdeel van de uitvoeringssubsidie van het ZonMw-programma 'Versnellers in de ggz' is in de Liemers een DOCO georganiseerd en geïmplementeerd, onder de benaming overlegtafel (Bee-Improve, 2024). Ggz-professionals, professionals vanuit het sociaal domein, ervaringsdeskundigen en huisartsen en POH's-ggz nemen deel aan het overleg. Afhankelijk van de te bespreken casus, sluit aanvullende benodigde expertise aan (zoals vanuit forensische, verslavings- of bemoeizorg). Het doel is om gezamenlijk een casus in geanonimiseerde vorm te bespreken en de meest passende en snelste oplossing te vinden. Cliënten van 18 jaar en ouder kunnen worden ingebracht wanneer voldaan wordt aan één van de volgende criteria:

- In de reguliere verwijsafspraken wordt tegen blokkades opgelopen.
- De cliënt wacht langer dan de Treeknorm en heeft nog geen vastgestelde behandeldatum.
- Het is niet (precies) duidelijk welke zorg of begeleiding het best passend is (voorafgaand, maar ook na de behandeling in de ggz).
- De zorgaanbieder waar de cliënt de diagnostiek heeft doorlopen, heeft geen passend aanbod.
- Tijdens de behandeling verandert de zorgvraag, waardoor het aanbod van de huidige zorgaanbieder niet meer (volledig) toereikend is.

Het online overleg vindt wekelijks plaats en duurt maximaal 30 minuten. Per casus is in principe vijf minuten beschikbaar. Er is een gezamenlijke digitale omgeving die beveiligd is en waar deelnemers de ingebrachte casuïstiek en overige informatie kunnen lezen en delen. Van deelnemers wordt verwacht dat zij zich voorbereid hebben. Ook dienen zij zelf voor vervanging te zorgen wanneer zij verhinderd zijn. Elke deelnemer heeft mandaat vanuit de eigen organisatie. Casussen kunnen worden aangemeld via een eigen e-mailadres. De inbrenger is zelf aanwezig bij de casusbespreking. Na afloop van een overleg zorgt de voorzitter, ondersteund door een medewerker, voor de verdere verwerking van de gegevens en verbindingen die gelegd moeten worden. Elke ingebrachte casus wordt opgevolgd door een terugkoppelmoment tijdens een volgend overleg.

2.4.2 Ervaringen

In de eindrapportage over het Versnellers-traject (Bee-Improve, 2024) wordt niet uitgebreid gerapporteerd over ervaringen van betrokkenen met de overlegtafel, of hoe deze in kaart zijn gebracht. Wel worden beknopt een aantal succesfactoren genoemd, waaronder:

- Het overnemen van een intake door een andere ggz-aanbieder.
- Het altijd meesturen van de huisartsenbrief bij een aanmelding.
- Het blijvend evalueren van de overlegtafel om verder te verbeteren.
- Het bespreken van de échte vraag van de cliënt.

13 GEM staat voor Ecosysteem Mentale gezondheid.

- De afspraak dat tijdens het overleg tot een oplossing moet worden gekomen voor een besproken casus.
- Afspraken over de termijn dat een cliënt wordt overgenomen een partij¹⁴.

Verder wordt in het eindrapport aangegeven dat de werkwijze van de overlegtafel eraan kan bijdragen dat partijen beter weten waar elkaars expertise ligt; dat oplossingen vaker in de samenwerking worden gezocht; dat het onderlinge vertrouwen groeit; dat de consultatieve functie vaker wordt gebruikt; en dat de samenwerking tussen partijen groeit en zij meer gezamenlijke verantwoordelijkheid voelen voor cliënten uit de regio.

2.4.3 Aantal casusbesprekingen en oplossingen

In de eindrapportage wordt aangegeven dat sinds april 2024 circa 50 casussen zijn ingebracht bij de overlegtafel. Huisartsen of POH's-ggz waren veruit het vaakst inbrengers. De oplossingen voor de cliënten waren gevarieerd, en betroffen voor een deel ook een combinatie van vormen van zorg of ondersteuning. Het vaakst – in een kwart van de gevallen – was ambulante begeleiding de oplossing. In 21% ging het om ambulante begeleiding in combinatie met ggz-zorg. Andere oplossingen waren onder andere advies/consultatiefunctie (14%) en enkelvoudige of gecombineerde trajecten in de sggz (14%). In de eindrapportage wordt geconcludeerd dat er door de overlegtafel meer variatie in oplossingen is gekomen dan enkel het verwijzen naar de ggz.

2.5 't Gooi

2.5.1 Doel en uitvoering

In 't Gooi en omstreken is als onderdeel van een startsubsidie van het ZonMw-programma 'Versnellers in de ggz' een DOCO opgezet en geïmplementeerd, onder de benaming overlegtafel. Het doel van de overlegtafel is om gezamenlijk te bespreken op welke plek een cliënt zo spoedig mogelijk (uiterlijk binnen vier weken) de best passende zorg of begeleiding kan krijgen. Bovendien wordt beoogd dat deelnemers meer gebruik gaan maken van elkaars expertise en elkaar sneller weten te vinden doordat ze elkaar beter leren kennen. Algemeen gesteld is de overlegtafel bedoeld voor het anoniem bespreken van cliënten van 18 jaar of ouder, waarvoor de meest passende vervolgzorg en/of begeleiding niet meteen duidelijk is. Daarbij moet voldaan zijn aan één of meer van de volgende eisen:

- De cliënt is nog niet in zorg bij een ggz-instelling (huisartsen, POH's-ggz of het wijkteam zijn doorgaans casusindieners).
- De cliënt heeft het diagnostiektraject doorlopen, en hoort niet thuis bij de huidige instelling (casusindieners zijn doorgaans: ggz-instellingen).
- Gedurende de behandeling biedt de huidige instelling (alleen) niet voldoende mogelijkheden voor de vraag van de cliënt (ggz-instellingen zijn doorgaans casusindieners).
- De cliënt wacht langer dan de treknorm en heeft nog geen vastgestelde behandeldatum (ggz-instellingen zijn doorgaans casusindieners).
- In de reguliere verwijzingsafspraken zijn blokkades (alle partijen kunnen casusindieners zijn).

14 Het wijkteam binnen maximaal vijf werkdagen; huisarts en POH-ggz binnen maximaal twee weken; een ggz-instelling binnen maximaal vier weken.

De overlegtafel wordt wekelijks online georganiseerd en duurt 30 minuten. Per overleg worden maximaal drie cliënten anoniem besproken. Een vaste groep deelnemers is aanwezig bij de overleggen. Zij vertegenwoordigen onder andere verschillende ggz- en verslavingszorgaanbieders in de regio, wijkteams, de regionale huisartsenorganisatie, ervaringsdeskundigheid, een PAAZ, een aanbieder van forensische ggz, en een aanbieder van zorg en ondersteuning voor mensen met een verstandelijke beperking. Het voorzitterschap rouleert om de maand tussen de deelnemers, en de coördinatie is belegd bij de regionale huisartsenorganisatie. De aanmeldingsprocedure verloopt digitaal. Verder zijn er werkafspraken gemaakt om de werkwijze goed te laten verlopen, waaronder dat iedere deelnemer zich goed voorbereid en dat de inbrenger aansluit bij de bespreking van de eigen casus. In geval de oplossing een (gedeeltelijke) overname van een cliënt is door een partij, dient dit te gebeuren binnen een afgesproken termijn.

2.5.2 Ervaringen

In de eindrapportage voor ZonMw (niet openbaar) wordt aangegeven dat vanaf mei 2024 een ervaringsdeskundige vanuit het Herstelnetwerk Gooi en Vechtstreek deelneemt aan de overlegtafel. Dit wordt als een duidelijke aanwinst ervaren, ook omdat deze persoon een goed overzicht heeft van het aanbod van zelfregie- en herstelinitiatieven.

Verder worden in de eindrapportage een aantal aandachtspunten benoemd, waaronder:

- Het vergt soms energie en doorzettingsvermogen om alle partijen even betrokken te houden en eigenaarschap te laten nemen. Aangegeven wordt dat enkele partijen, waaronder de ggz-kerninstelling en de regionale huisartsenorganisatie, eigenaarschap en urgentie voelen, terwijl andere partijen wel trouw deelnemen aan de regiotafel, maar meer volgend zijn. Aanbevolen wordt om het belang van het overleg te blijven adresseren op bestuurlijk niveau.
- De continuïteit van (de expertise van) deelnemers aan de overlegtafel behoeft aandacht. Aangegeven wordt namelijk dat de vertegenwoordiger van een bepaalde instelling of een bepaald domein aan de overlegtafel nog weleens wisselt.
- Duurzame borging van de overlegtafel vraagt om draagvlak en commitment bij alle partijen en onderlinge afspraken over de inzet van tijd, middelen en menskracht.

2.5.3 Aantal casusbesprekingen en oplossingen

In de eindrapportage wordt aangegeven dat in 2022 – het jaar dat gestart werd met de overlegtafel – 70 cliënten zijn besproken. In 2023 ging het om 104 casusbesprekingen, en in 2024 tot augustus van dat jaar om 81 casusbesprekingen. Er wordt niet gespecificeerd tot welke oplossingen is gekomen voor de cliënten. Wel wordt aangegeven dat de overlegtafel, ondanks het relatief lage aantal besproken casussen, bijdraagt aan een betere toegankelijkheid van de zorg en kortere wachttijden. Helpend hierbij is de afspraak dat de partij waarnaar via de overlegtafel wordt verwezen de cliënt binnen maximaal vier weken moet zien. Een kanttekening is dat een aantal cliënten via de overlegtafel naar een zorgaanbieder *buiten* de regio werd verwezen; zij hebben wel een advies gekregen voor passende vervolgzorg, maar voor hen is de wachttijd (mogelijk) niet verkort.

2.6 Flevoland

2.6.1 Doel en uitvoering

Flevoland heeft een uitvoeringssubsidie van het ZonMw-programma 'Versnellers in de ggz' ontvangen. Het opzetten en implementeren van een DOCO was geen onderdeel van de subsidie. Dit omdat in deze regio al in een eerder stadium, onder de benaming overlegtafel, een DOCO was ingericht en die nog steeds actief is. Vanwege de langere ervaring met de werkwijze is ervoor gekozen om Flevoland ook mee te nemen in deze deelstudie.

Het doel van de overlegtafel is om via een anonieme casusbespreking gezamenlijk een passende oplossing te vinden voor cliënten met een complexe hulpvraag. In de volgende gevallen kan een cliënt worden aangemeld:

- Een cliënt is nog niet in zorg zijn bij een ggz-instelling en waarvoor in de reguliere verwijsafspraken tegen blokkades wordt aangelopen.
- Een cliënt heeft de diagnostiek doorlopen en is niet passend bij de huidige instelling.
- Gedurende de behandeling is (enkel) de huidige instelling niet voldoende voor de vraag van de cliënt.

De overlegtafel wordt wekelijks online georganiseerd en duurt 30 minuten. Bij het overleg zijn de relevante partijen in de regio vertegenwoordigd, waaronder professionals vanuit ggz-aanbieders, het sociaal domein en ervaringsdeskundigheid, en huisartsen en POH's-ggz. Deelnemers beschikken over mandaat van hun organisatie. Casusinbrengers kunnen deelnemers zijn, of huisartsen en POH's-ggz die niet standaard deelnemen aan het overleg. Aanmelding gebeurt via een vast format, en de voorzitter beoordeelt vooraf of een ingediende casus past bij het doel van de overlegtafel. Wanneer een inbrenger geen deelnemer is van de overlegtafel, sluit hij of zij aan bij de bespreking van de eigen casus. Het is de bedoeling deelnemers zich vooraf goed voorbereiden. Een partij die een rol heeft in de oplossing voor de besproken cliënt dient dit binnen een afgesproken termijn daadwerkelijk op te pakken.

2.6.2 Aantal casusbesprekingen en oplossingen

In de periode april 2022 tot en met juni 2025 zijn in totaal 196 cliënten besproken aan de overlegtafel. Veruit het vaakst – in bijna twee derde (65%) van de gevallen – was de sggz de oplossing voor een cliënt. Voor 11% van de cliënten kwam de overlegtafel uit op de basis-ggz als vervolgstap, voor 8% was dit de inzet van de consultatiefunctie, en voor 3% het wijkteam. In 12% van de gevallen was de oplossing een combinatie van vormen van zorg of ondersteuning. De meest voorkomende combinatie was sggz en ondersteuning vanuit het wijkteam (7%).

2.7 Samenvatting resultaten uit documentenstudie

In de voorgaande paragrafen is op basis van beschikbare documentatie het doel en de uitvoering van het DOCO in zes Versnellers-regio's beschreven. Bovendien is, voor zover hierover informatie beschikbaar was, ingegaan op ervaringen van deelnemers en op het aantal casusbesprekingen en daaruit voortvloeiende oplossingen. In alle regio's is het DOCO nog actief ten tijde van het schrijven van dit rapport. In deze paragraaf worden de belangrijkste resultaten van de documentenstudie samengevat.

2.7.1 Doel en uitvoering van het DOCO

Hoewel de regio's voor hun DOCO verschillende benamingen gebruiken¹⁵, is het doel en de uitvoering ervan grotendeels vergelijkbaar tussen de regio's. Het DOCO¹⁶ dat in 2020 voor het eerst in de regio Eemland (geen Versnellers-regio) werd ontwikkeld heeft zichtbaar als standaard gefungeerd. Alle DOCO's hebben als doel om via korte, anonieme casusbesprekingen passende oplossingen te vinden voor hulpvragers die tussen wal en schip (dreigen te) vallen. Meer specifiek gaat het om volwassenen met complexe psychische problematiek die nog geen óf niet meer passende zorg of ondersteuning ontvangen, en waarbij de reguliere (door)verwijzing niet lukt of (te) lang duurt. Bij sommige DOCO's kunnen personen in een crisissituatie niet worden ingebracht, terwijl andere casusoverleggen een dergelijk exclusiecriteria niet of minder strikt lijken te hanteren.

Alle DOCO's vinden online plaats, wekelijks of eens per twee weken. Alle wekelijkse overleggen duren 30 minuten; de tweewekelijkse overleggen duren 30 of 60 minuten. De twee overleggen van 60 minuten fungeren ook als transfermechanisme gericht op cliëntgroepen¹⁷. In alle DOCO's zijn in ieder geval de ggz en het sociaal domein vertegenwoordigd. Dikwijls nemen ook huisartsen, ervaringsdeskundigen en professionals vanuit de verslavingszorg deel. Het exacte aantal deelnemers en de compleetheid van vertegenwoordiging van alle relevante regionale partijen lijkt te variëren tussen de DOCO's. Hier speelt mogelijk een rol dat een aantal DOCO's nog niet zo lang bestaan. Sommige DOCO's hanteren een vaste kern van deelnemers, en nodigen per overleg gericht aanvullende deelnemers uit op basis van de te bespreken casussen.

Potentiële casusinbrengers zijn huisartsen en POH's-ggz, of deelnemers aan de overlegtafel. Aanmelding verloopt doorgaans gestructureerd via een format, en bij alle DOCO's is het de bedoeling dat de inbrenger (voor zover geen vaste deelnemer) aansluit bij de bespreking van de eigen casus. Deelnemers worden geacht zich goed voor te bereiden. Een voorzitter leidt de overleggen en bewaakt het uitvoeringsproces van het DOCO, meestal ondersteund door een coördinator of vice-voorzitter. In enkele regio's rouleert het voorzitterschap tussen deelnemers. De benodigde tijd voor een casusbespreking varieert: enkele DOCO's hanteren vijf minuten als maximum, terwijl andere DOCO's wat meer tijd nemen, meestal maximaal tien minuten. Het uitgangspunt van alle DOCO's is dat tijdens het overleg tot een concrete oplossing wordt gekomen voor een casus. In bijna alle DOCO's beschikken deelnemers over mandaat van hun organisatie.

2.7.2 Aantal casusbesprekingen en oplossingen

Uit enkele evaluaties die vlak na het opzetten van een DOCO zijn uitgevoerd, blijkt dat in de beginfase nog weinig casussen werden ingebracht. De langer lopende DOCO's geven een beter beeld van de aantallen casusbesprekingen die kunnen worden bereikt. Zo ging het in 't Gooi in 2023 om ruim 100 besprekingen, en in 2024 tot augustus van dat jaar om 81 besprekingen. In Almere en omgeving werden in de periode april 2022-juni 2025 in totaal 196 casussen besproken,

¹⁵ Overlegtafel (drie regio's), transfertafel (twee regio's) en regiotafel (één regio).

¹⁶ Onder de benaming overlegtafel.

¹⁷ Bij een transfermechanisme geven aanbieders elkaar inzicht in de aantallen en soorten hulpvragers die op hun afzonderlijke wachtlijsten staan. Ook wordt er gezamenlijk bekeken hoe vraag en aanbod beter bij elkaar gebracht kunnen worden om zo te komen tot het daadwerkelijk transfereren van (groepen) wachtende personen.

oftewel circa 60 per jaar. Ter vergelijking: in Eemland, de regio waar het DOCO zijn oorsprong vindt, ging het in de periode oktober 2020-juni 2021 om 250 casusbesprekingen. De grootte van het werkgebied van een DOCO zal een rol spelen in de regionale variatie in het aantal casusbesprekingen. Waarschijnlijk zijn er andere beïnvloedende factoren, zoals de bekendheid van een DOCO bij potentiële casusinbrengers, de overlegfrequentie en de beschikbare tijd per casus.

De beschikbare documentatie bevatte beperkte informatie over de soorten oplossingen die voortkwamen uit de casusbesprekingen. Het beeld wat hieruit naar voren komt is dat in het merendeel van de gevallen sggz de vervolgstap was, maar dat ook tot andere oplossingen werd gekomen, zoals de inzet van een advies-/consultatiefunctie, basis-ggz of het wijkteam. Verder was voor een deel van de casussen een combinatie van vormen van zorg of ondersteuning uit verschillende domeinen de oplossing. In geval van alleen sggz als vervolgstap ging het niet alleen om enkelvoudige, maar ook om combineerde trajecten (co-behandeling).

De meeste DOCO's hebben afspraken gemaakt die eraan moeten bijdragen dat opvolging wordt gegeven aan de aangedragen oplossingen. Doorgaans in de vorm van afgesproken termijnen waarbinnen partijen hun rol in de oplossing moeten oppakken. Een kanttekening hierbij is dat besproken casussen soms via een DOCO naar een zorgaanbieder in een andere regio worden verwezen; het is de vraag of voor hen de wachttijd daadwerkelijk korter gaat worden. De algemene aanname is dat de aangedragen oplossingen ertoe leiden dat besproken hulpvragers sneller passende zorg en/of ondersteuning ontvangen dan via de reguliere verwijsroutes. Vanuit de DOCO's wordt niet gemonitord of dit daadwerkelijk het geval is. Dit is ook lastig omdat het gaat om anonieme casusbesprekingen. Bovendien vraagt het om over een langere periode volgen van hulpvragers. Enkele DOCO's voeren wel korte termijn follow-ups uit als onderdeel van hun werkwijze. Zo wordt in een DOCO elke ingebrachte casus opgevolgd door een terugkoppelmoment tijdens een volgend overleg. Een ander voorbeeld is dat in een DOCO doorverwijzingen die niet goed zijn verlopen worden geëvalueerd.

2.7.3 Ervaringen

Algemeen gesteld blijkt uit de beschikbare documentatie dat deelnemers overwegend positieve ervaringen hebben met het DOCO. Het doel en de doelgroep worden duidelijk gevonden. Over het algemeen bestaat er tevredenheid over de werkwijze, en dit geldt ook voor de sfeer en samenwerking tijdens de overleggen. Deelnemers ervaren op verschillende manieren meerwaarde van een DOCO. Aangegeven wordt dat het meestal lukt om tijdens een overleg gezamenlijk tot een concrete oplossing te komen voor de besproken casussen. De algemene veronderstelling is dat de hulpvragers hierdoor sneller passende zorg en/of ondersteuning ontvangen dan wanneer ze niet zouden zijn besproken tijdens het casusoverleg. Een ander benoemde meerwaarde van het DOCO is dat de hulpvragen van ingebrachte casussen vanuit een brede, multidisciplinaire blik worden bekeken, waardoor oplossingen niet altijd of alleen in de ggz worden gezocht. Aangegeven wordt dat zodoende meer variatie in oplossingen ontstaat dan via de reguliere verwijsroutes. Voorbeelden die worden genoemd zijn het vaker gebruiken van de consultatieve functie, aanbod in het sociaal domein en combinaties van vormen van zorg of ondersteuning. Weer een andere ervaren meerwaarde van het DOCO is dat deelnemers elkaar en elkaars aanbod beter leren kennen waardoor de onderlinge samenwerking verbetert, ook buiten het casusoverleg om. Aangegeven wordt dat het DOCO bijdraagt aan kortere lijnen tussen de betrokken partijen,

meer onderling vertrouwen, betere afstemming en benutting van elkaars expertise, en het meer voelen van een gezamenlijk verantwoordelijkheid voor het bieden van zorg en/of ondersteuning aan hulpvragers in de regio. Ten slotte wordt aangegeven dat het DOCO bijdraagt aan een beter zicht op het zorg- en ondersteuningsaanbod in de regio, en de knelpunten (waaronder wachtlijsten- en tijden) die hierin bestaan.

In de beschikbare documentatie over de zes DOCO's worden verschillende factoren benoemd die de effectiviteit van het casusoverleg kunnen bevorderen of belemmeren. Overkoepelend over de regio's heen kunnen op basis hiervan aandachtspunten worden geformuleerd voor het effectief functioneren van een DOCO. Omdat diverse van deze aandachtspunten (grotendeels) ook terugkwamen in de interviews worden ze in de algemene samenvatting (hoofdstuk 4) op een rij gezet.

3 Het domeinoverstijgend casusoverleg: resultaten uit de interviews



Dit hoofdstuk presenteert de resultaten van onze interviews met in totaal 19 betrokkenen bij een domeinoverstijgend casusoverleg (DOCO) in zeven Versnellers-regio's. Het gaat om de DOCO's in de zes regio's¹⁸ die in hoofdstuk 2 zijn besproken aan de hand van de documentenstudie, aangevuld met één DOCO in de regio Zwolle (Vechtdal). Daarnaast zijn twee verschillende DOCO's in een zevende regio (Drenthe) meegenomen; voor beide casusoverleggen is met een deelnemer gesproken. Er zijn dus direct betrokkenen van in totaal negen verschillende DOCO's geïnterviewd. Zoals de documentanalyse ook al aangaf, blijkt uit de interviews dat alle DOCO's nog actief zijn ten tijde van het schrijven van dit rapport. Wel is er variatie in hoe lang een casusoverleg al bestaat. De meeste DOCO's zijn circa twee tot drie jaar geleden opgezet en gestart. De twee casusoverleggen in Drenthe zijn buiten de Versnellers-subsidie om opgezet. Deze bestaan dan ook al ruim vier jaar. Ook het DOCO in Flevoland is in een eerder stadium al opgezet en vormde geen onderdeel van de Versnellers-subsidie van deze regio. Dit casusoverleg bestaat drie jaar.

Voor het DOCO worden in de regio's verschillende benamingen gebruikt, zoals overlegtafel, regiotafel en transfertafel. Mede omwille van de leesbaarheid hanteren we in dit hoofdstuk consistent de afkorting DOCO of de term casusoverleg. De resultaten uit de interviews worden overkoepelend (over de regio's heen) gepresenteerd, waarbij achtereenvolgens wordt stilgestaan bij het doel en de uitvoering (paragraaf 3.1), ervaren meerwaarde (paragraaf 3.2) en bevorderende en belemmerende factoren (paragraaf 3.3). Het hoofdstuk eindigt met een samenvatting (paragraaf 3.4).

Een relevante bevinding uit de interviews is dat een casusoverleg in Drenthe een ander primair doel heeft dan de DOCO's in de zes andere regio's. Het voornaamste doel van het DOCO in Drenthe is om via het multidisciplinair overleg na te gaan hoe de zorg of ondersteuning voor een casus het beste kan worden vormgegeven. Oftewel, het DOCO heeft primair een adviesfunctie voor de casusinbrenger. De DOCO's in de andere regio's zijn er vooral op gericht om via korte casusbesprekingen gezamenlijk te bepalen bij welke partij(en) personen die tussen wal en schip (dreigen te) vallen het beste (verder) kunnen worden geholpen. Kort gezegd, het casusoverleg heeft primair een *toeleidingsfunctie*. We richten ons in dit hoofdstuk op deze veelvoorkomende variant van het DOCO. In paragraaf 3.1 wordt de andere variant van het DOCO in een apart kader nader toegelicht.

18 't Gooi, Midden-IJssel, Achterhoek-de Liemers, Zwolle, Groningen en Flevoland.

3.1 Doel en uitvoering

3.1.1 Doel en doelgroep

Het primaire doel van het DOCO is om hulpvragers die tussen wal en schip (dreigen te) vallen, sneller toe te leiden naar passende zorg en/of ondersteuning. Het gaat vaak om mensen met complexe problemen, met wie een huisarts of ggz-aanbieder niet goed raad weet en voor wie niet tijdig een passende plek gevonden kan worden via de reguliere verwijroutines.

Het gaat in eerste instantie inderdaad om mensen die in de knel zitten. Die van het kastje naar de muur worden gestuurd en tussen wal en schip vallen. We hebben gezegd, dat willen we niet meer met elkaar. We moeten niet blijven rondpompen, dus daar stoppen we mee. Breng de casus in en iemand pakt het op. (Interview Zwolle)

Uit de interviews kwam naar voren dat ingebrachte casussen doorgaans goed aansluiten bij de doelgroep van het DOCO. Een groep die volgens geïnterviewden veel wordt ingebracht in het DOCO zijn hulpvragers met meervoudige problematiek, waarvoor een monodisciplinaire behandeling niet volstaat.

Een type casus op het DOCO is bijvoorbeeld een persoon met meerdere diagnoses waarbij er interactie is tussen die twee klachten, waardoor er niet een eenduidige behandeling gevolgd kan worden. Vanuit bijvoorbeeld de basis-ggz moet je denken aan bijvoorbeeld traumatherapie. Het kan soms blijken dat er toch heel veel trauma is bij deze persoon, meer dan in eerste instantie gedacht werd en dat lijkt nu heel erg getriggerd te worden door deze behandeling, dan zegt zo'n basis-ggz: er is ook sprake van psychotische klachten. Wij kunnen niet meer behandelen. (Interview Flevoland)

Een andere groep casussen die volgens geïnterviewden goed aansluit bij de doelgroep van het DOCO zijn hulpvragers die al een lange tijd op een wachtlijst voor de ggz staan. Een geïnterviewde benoemde mensen met een ontwikkelingsstoornis als concreet voorbeeld; in de betreffende regio is er weinig aanbod voor dit type problematiek, waardoor wachttijden lang zijn.

Meerdere geïnterviewden gaven aan dat tijdens het DOCO ook casussen worden besproken die herhaaldelijk door ggz-aanbieders zijn afgewezen, en daardoor telkens weer terugkeren bij de huisarts. Tijdens het overleg wordt onder andere besproken waarom de casus is afgewezen.

Bij ons worden casussen ingebracht die een paar keer ergens zijn afgewezen om wat voor reden dan ook en weer terugkomen bij de huisarts. Dus de huisarts zit met zijn of haar handen in het haar, waarom is deze persoon afgewezen? En tijdens het DOCO is dat ook best wel confronterend dat sommige ggz-organisaties dan zeggen: 'wij hebben die persoon afgewezen, maar waarom eigenlijk?' Dat is dan een collega geweest, of ze weten het antwoord niet. (Interview Flevoland)

Een geïnterviewde huisarts benoemde een ander voorbeeld van een passende casus voor het DOCO: een hulpvrager met een lange behandelgeschiedenis, waarbij de passende vervolgstap onduidelijk is en/of hierover geen overeenstemming bestaat met de hulpvrager:

Wat me zo te binnen schiet als casus voor het DOCO, zijn patiënten waarbij ik als huisarts denk: wat is op dit moment passend voor deze persoon? Bijvoorbeeld bij een verslaving weet ik dat ggz-instellingen soms aangeven: ga eerst het verslavingstraject in en pas daarna kan de traumabehandeling starten. Maar de patiënt is niet bereid om naar een verslavingskliniek te gaan. Is zo'n traject dan de juiste vervolgstap of kun je het sociale domein inzetten? Dan wordt de casus vaak ingebracht in het DOCO. (Interview Zwolle)

Uit de interviews kwam naar voren dat de meeste casusoverleggen geen gedetailleerde criteria hanteren voor het inbrengen van een casus. Enkele overleggen hanteren wel strikte criteria, bijvoorbeeld dat een casus minstens twee keer afgewezen moet zijn bij een ggz-aanbieder. Enkele geïnterviewden gaven aan dat hun DOCO niet bedoeld is voor casussen met een hoog crisisgehalte. Dit is dan ook een exclusie criterium. Geïnterviewde deelnemers aan andere casusoverleggen gaven aan dat het DOCO juist een goede plek is om deze casussen te bespreken.

Het DOCO is niet bedoeld als crisistafel. Dus op het moment dat iemand suïcidaal is, dan is daar geen plek voor. Het DOCO is bedoeld voor casussen waarin wel een bepaalde urgentie is zonder dat er crisis is. Casussen die tussen wal en schip vallen en misschien wel een contra indicatie hebben, waardoor een huisarts ermee blijft zitten. (Interview Groningen)

Je ziet wel dat het vaak gaat over patiënten met ernstige suïcidaliteit. Dat er door een organisatie wordt aangegeven van: 'Wij hebben geen achterwacht. Wij hebben geen crisisdienst, maar de partij die wel een crisisdienst hebben willen de patiënt niet aannemen, denk even mee'. (Interview Flevoland)

Andere doelen

Naast het hoofddoel om casussen die tussen wal en schip (dreigen te) vallen sneller toe te leiden naar passende zorg en/of ondersteuning, benoemden geïnterviewden diverse andere doelen van het DOCO. Zo werd vaak aangegeven dat met het DOCO wordt beoogd dat deelnemers elkaars aanbod beter leren kennen en beter gaan samenwerken. Om dit doel te ondersteunen hebben deelnemers van sommige DOCO's de afspraak om twee keer per jaar fysiek bijeen te komen. Dan bespreken ze geen casussen, maar bezoeken zij een aangesloten organisatie, of wordt er een presentatie gegeven door een organisatie of voorzitter over een verdiepend onderwerp (bijv. de ontwikkelingen rond het Integraal Zorgakkoord, IZA).

Een ander benoemd doel van het DOCO was dat met de multidisciplinaire casusbesprekingen gestimuleerd wordt om met een bredere, meer open blik naar de hulpvraag te kijken om zodoende te bepalen welke vervolgstap passend is voor een hulpvrager. Met andere woorden: het DOCO wordt gezien als een werkwijze die kan bijdragen aan een minder medicaliserende benadering van psychische problemen.

Een doel van ons DOCO is die beweging maken rondom het nieuwe denken over mentale klachten. Dus dat we bij elke casus los van diagnoses breed kijken met elkaar en vanuit verschillende hoeken iemand helpen om weer op de rit te komen. (Interview Zwolle)

Weer een ander doel van het DOCO dat door geïnterviewden werd benoemd is het verkorten van de wachttijden in de ggz. Een geïnterviewde gaf aan dat om dit doel te bereiken, de oplossing meer gezocht wordt in het sociaal domein, wanneer passend:

De indruk ontstaat bij casussen dat er eigenlijk geen ggz hulpvraag is, maar dat het wel opgelost kan worden in het sociaal domein. En dat is natuurlijk ook wel het idee geweest van de grote ggz-aanbieder, om het DOCO en vooral het verkennend gesprek te gebruiken om de wachtlijsten te verkorten. Dat is op zich ook prima als dat ook inderdaad oplevert dat die wachtlijst echt korter wordt en dat wij ook weer makkelijker kunnen verwijzen naar de grote ggz-aanbieder. (Interview Achterhoek-de Liemers)

Ten slotte werd door enkele geïnterviewden aangegeven dat sommige casusbesprekingen een consultatieve functie vervullen. In deze gevallen staat niet het komen tot een concrete vervolgstap centraal, maar het gezamenlijk meedenken over een casus waarmee een organisatie vastloopt:

Wat ik ook wel mooi vond is dat bijvoorbeeld een grote organisatie echt een soort intervisieachtige casus inbrengt. Van ja, die patiënt zit hier goed, maar ik kom niet verder. En dan krijg je een intervisieachtig gesprek. Ik merk dat iedereen dat dan eigenlijk heel mooi vindt om over mee te denken. Soms wordt gezegd 'Zullen we die patiënt samen een keer zien?' Hoe geweldig is dat? (Interview Zwolle)

3.1.2 Uitvoering

Het casusoverleg

Alle casusoverleggen vinden online plaats (doorgaans via Teams). Er wordt wekelijks of eens per twee weken overlegd. Sommige DOCO's zijn gestart met een wekelijks overleg, maar hebben door een laag aantal ingebrachte casussen ervoor gekozen om tweewekelijks bij elkaar te komen.

Bijna alle casusoverleggen duren een half uur, twee DOCO's duren één uur. Voor de meeste DOCO's geldt dat gemiddeld één of twee casussen per overleg worden besproken. De meeste geïnterviewden gaven aan dat tien minuten per casus voldoende tijd is om tot een oplossing te komen. Sommigen benoemden dat vijf minuten hiervoor volstaat. Bij veel casusoverleggen komt het voor dat er vanwege beperkte inbreng van casussen meer tijd is voor een casusbespreking.

Het aantal ingebrachte casussen ligt aan de week, soms is het één casus. We hebben één keer vijf casussen gedaan in ons half uur, maar dat was echt te veel. Dan moet je echt heel erg gaan haasten. We hebben nu een soort van ongeschreven regel van maximaal drie casussen en dat gaat goed. (Interview Flevoland)

Bij sommige overleggen komt het regelmatig voor dat er geen enkele casus is ingebracht. Dan wordt er vaak voor gekozen om het overleg te laten vervallen:

Het DOCO is hier zo georganiseerd dat we nu één keer in de twee weken een online overleg hebben. Het was één keer in de week, maar er waren te weinig aanmeldingen in onze regio. We nemen een half uur per overleg en de afspraak was om maximaal drie casussen te bespreken, dus voor elke casus tien minuten. Maar omdat er te weinig aanmeldingen waren hebben we nu afgesproken dat het overleg één keer in de twee weken is en zelfs nu wordt het nog wel eens geannuleerd. Vaak zijn er maar één of twee casussen die worden besproken. (Interview Achterhoek-de Liemers)

Deelnemers

Een belangrijk uitgangspunt van het DOCO is dat de regionale partijen die vanuit verschillende domeinen zorg of ondersteuning bieden aan personen met (complexe) psychische problemen zijn aangesloten. Uit de interviews kwam naar voren dat er enige variatie tussen de DOCO's bestaat wat betreft de vertegenwoordigde partijen. Bijna ieder casusoverleg heeft vertegenwoordigers vanuit de specialistische ggz (sggz), basis-ggz (bggz), het sociaal domein en ervaringsdeskundigheid aangesloten. Aan de meeste DOCO's nemen daarnaast vertegenwoordigers van de verslavingszorg, vrijgevestigde ggz-aanbieders, een aanbieder voor zorg en ondersteuning bij verstandelijke beperking en één of meerdere huisartsen deel. Bij enkele overleggen schuiven standaard ook andere deelnemers aan, zoals een POH-ggz of een professional vanuit de ziekenhuispsychiatrie. Het aantal vaste deelnemers aan de DOCO's varieert van tien tot ruim twintig. Sommige DOCO's nodigen op basis van de te bespreken casussen gericht aanvullende organisaties uit voor een overleg.

Laatst hadden we een persoon in het overleg die in een opvanghuis voor pubers woont. Dan kunnen we bijvoorbeeld zeggen dat vanuit die organisatie, met toestemming van de persoon, iemand van de begeleiding misschien ook kan aansluiten. Dus die worden dan wel uitgenodigd. Ik heb ook het idee dat de voorzitter heel goed weet wat al een beetje de richting van de casus kan zijn, dus dat hij dan wel even checkt of zij deze keer aanwezig zijn. (Interview Zwolle)

Alle DOCO's worden geleid door een voorzitter. Diens achtergrond varieert, waaronder een ervaringsdeskundige, een POH-ggz en een GZ-psycholoog. Een overleg heeft ervoor gekozen om het voorzitterschap te laten rouleren. De kerntaken van de voorzitter zijn grotendeels vergelijkbaar tussen de DOCO's: het leiden van het overleg, het beoordelen van de passendheid van ingebrachte casussen, en de inbrenger en de partij die een mogelijke oplossing aanbiedt met elkaar in contact brengen na het overleg.

Casusinbrengers

Bijna alle geïnterviewden gaven aan dat de meeste casussen worden ingebracht door huisartsen en POH's-ggz. Doorgaans zijn zij geen vaste deelnemer aan het casusoverleg, maar is het wel de bedoeling dat zij aanwezig zijn bij de bespreking van de eigen casus. Van de partijen die standaard deelnemen aan een DOCO brengen ggz-instellingen vaak casussen in.

Bij de meeste DOCO's moet er een digitaal aanmeldformulier ingevuld worden met een omschrijving van de casus. Dit wordt soms door de voorzitter beoordeeld aan de hand van vastgestelde criteria. Bij enkele DOCO's is het voor inbrengers mogelijk om de casus via het platform ZorgDomein in te dienen.

We hebben een aanmeldformulier, waarin de casus zoveel mogelijk al beschreven wordt. Iedereen die deelneemt leest dat van tevoren. En dan is het even een minuutje de casus kort inleiden, in principe door de inbrenger. En dan een rondje suggesties, opmerkingen, adviezen en doorvragen. (Interview Achterhoek-de Liemers)

De voorzitter krijgt de aanmeldingen binnen. Als je geen huisarts of POH bent, dan verwijst je via mail met een aanmeldformulier inclusief een aantal dingen die we dan willen weten. Dat leest ook iedereen van tevoren, zodat we kort een casus kunnen bespreken en snel tot een conclusie kunnen komen. Als je een huisarts bent mag je via ZorgDomein verwijzen. (Interview Zwolle)

3.1.3 Casusbespreking en oplossingen

Het is de bedoeling dat een casusbespreking leidt tot een concrete oplossing voor de aangedragen casus. Volgens de geïnterviewden lukt dit meestal. Dikwijls is de oplossing dat een deelnemer aangeeft dat de casus geholpen kan worden binnen zijn/haar organisatie. Na het casusoverleg legt de voorzitter vaak het contact tussen de inbrenger en de partij(en) die de casus oppakt (oppakken).

Als er een oplossing komt, dan koppel ik als voorzitter na afloop per mail de betrokkenen aan elkaar, zodat zij elkaars contactgegevens hebben. Dus de inbrenger koppelen we altijd aan de mensen die de oplossing bieden. (Interview Flevoland)

Wanneer een oplossing toch niet passend blijkt, wordt bij de meeste DOCO's de casus opnieuw ingebracht. Een geïnterviewde gaf aan dat wanneer het niet lukt om tijdens een casusbespreking tot een oplossing te komen, het vervolg blijft liggen bij de inbrenger:

Het doel is natuurlijk wel om te zorgen dat de casus de juiste zorg krijgt en daar denken de deelnemers over mee. Als daar ook een andere partij voor nodig is dan wordt dat zeker in werking gezet. Dat is lang niet altijd zo, want soms weten we het gewoon niet. Dan gaat het terug naar de huisarts en dan mag die arts daar verder mee worstelen. (Interview Groningen)

De meeste DOCO's hebben geborgd dat alle deelnemers beschikken over een bindend mandaat namens hun organisatie: wanneer tijdens een overleg door een deelnemer wordt toegezegd dat een casus wordt opgepakt, neemt diens organisatie deze casus ook daadwerkelijk aan. Dit voorkomt dat een persoon alsnog op een wachtlijst terecht komt. De meeste casusoverleggen stellen als voorwaarde voor deelname dat organisaties intern mandaat hebben geregeld voor hun vertegenwoordiger aan tafel. Sommige geïnterviewden gaven aan dat een casus die via het

DOCO naar hun organisatie wordt toegeleid “zwaar weegt” bij de intake, maar dat het geen garantie is dat de casus ook daadwerkelijk wordt aangenomen. Als blijkt dat het aanbod van hun organisatie toch niet passend is, wordt de casus weer ingebracht in het DOCO.

Bij het DOCO is er een mandaat ingeregeld. Stel dat iemand zegt: 'Deze casus past echt bij onze organisatie, stuur maar een verwijzing en geef aan dat deze besproken is op het DOCO'; dan mag de casus niet worden afgewezen. Het is bindend of het moet opnieuw ingebracht worden omdat de organisatie vindt dat het écht niet mogelijk is. Dus iedereen die aan tafel zit en uitspraken doet moet zich daaraan houden. Dat is ook schriftelijk afgedekt. (Interview Zwolle)

Bij enkele casusoverleggen is mandaat geen voorwaarde voor deelname aan het DOCO. In die gevallen ligt het bij de deelnemende organisaties om intern te borgen dat vertegenwoordigers namens de organisatie afspraken kunnen maken. Uit de interviews kwam naar voren dat dit in de praktijk niet altijd goed is ingericht. Een geïnterviewde gaf aan dat dit bij sommige organisaties lastiger te organiseren is, waardoor toezeggingen tijdens het overleg niet altijd direct kunnen worden omgezet in het oppakken van een casus.

Bij grotere organisaties is het mandaat van degene die aan tafel zit soms onduidelijk. Dan komt er vaker een advies uit, zoals 'verwijs naar ons of naar die partij', terwijl de casusbespreking ertoe moet leiden dat een partij het gewoon meteen oppakt. Bestuurders vaardigen wel iemand af, maar in de praktijk is dat weerbarstiger: dan komt iemand toch gewoon op de wachtlijst te staan, ook bij schrijnende casussen. (Interview Groningen)

Uit de interviews kwam naar voren dat structurele terugkoppeling over de opvolging van de aangedragen oplossingen voor besproken casussen geen onderdeel is van de werkwijze van het DOCO. Zoals eerder genoemd, hebben de meeste DOCO's wel de afspraak dat, wanneer een oplossing niet past, de casus opnieuw wordt ingebracht in het DOCO. Verder gaven geïnterviewden aan dat wanneer een inbrenger een nieuwe casus aandraagt, soms aan hem/haar wordt gevraagd om een terugkoppeling te geven over een eerder besproken casus.

Het DOCO primair als adviesfunctie

Een casusoverleg in Drenthe heeft een ander primair doel dan de DOCO's in de andere regio's die er vooral op gericht zijn om hulpvragers die tussen wal en schip (dreigen te) vallen, sneller toe te leiden naar passende zorg en/of ondersteuning. Op deze plek beschrijven we het doel en de uitvoering van dit casusoverleg, en benoemen we de belangrijkste verschillen met het DOCO dat primair een toeleidingsfunctie heeft.

Doel en doelgroep

Het casusoverleg in Drenthe wordt het kernteam ggz genoemd. Het is erop gericht om via multidisciplinair overleg na te gaan hoe de zorg en/of ondersteuning voor een casus het beste kan worden vormgegeven. Kort gezegd, het DOCO heeft primair een *adviesfunctie* voor de casusinbrenger.

"We bespreken de casus van een inbrenger uitgebreid en komen dan tot een advies. Het is aan de inbrenger zelf om verder te gaan met het advies."

De doelgroep van het casusoverleg is breed en gevarieerd, er zijn geen inclusiecriteria. Voorbeelden van casussen die kunnen worden ingebracht zijn: mensen die wachten op ggz-behandeling, of voor wie de behandeling is afgesloten; personen die door de huisarts zijn doorverwezen naar de POH-ggz, of die al hulp ontvangen van de POH-ggz; kwetsbare jongeren of jongvolwassenen; personen met onbegrepen gedrag; en personen die zorg mijden.

Uitvoering

Het casusoverleg vindt maandelijks fysiek plaats, en duurt één uur. Gemiddeld worden twee casussen besproken, oftewel dertig minuten per casus. Bespreking gebeurt niet altijd anoniem, maar uiteraard alleen na voorafgaande toestemming van betrokkene. Het werkgebied is een middelgrote, landelijke gemeente. Deelnemers zijn vier POH's-ggz van vier verschillende huisartsenpraktijken, twee maatschappelijk werkers, en vertegenwoordigers van respectievelijk de ggz-kerninstelling, een aanbieder van verslavingszorg en een aanbieder van zorg en ondersteuning voor mensen met een verstandelijke beperking. Een teamleider van een maatschappelijk welzijnsorganisatie heeft de trekkersrol en is ook voorzitter. Iedere deelnemer kan een casus inbrengen. Dit gebeurt meestal ter plekke tijdens het overleg; te bespreken casussen worden dus niet standaard vooraf rondgestuurd aan de deelnemers. Ook niet-deelnemende professionals kunnen een casus indienen, maar dit gebeurt in de praktijk niet. De maatschappelijk werkers zijn het vaakst casusinbrengers. Bij de andere deelnemers lijkt sprake van meer terughoudendheid om zelf casussen in te brengen.

Het is de bedoeling dat de deelnemers gezamenlijk breed naar de hulpvraag van casus kijken, en nagaan welke zorg en/of ondersteuning passend is, of aanvullend nodig is. Het resultaat van de casusbespreking is een concreet advies aan de inbrenger.

“Een resultaat uit het overleg is geweest dat een POH-ggz en een maatschappelijk werker van ons samen wachttijdondersteuning geven. De casus waar het over ging had één keer in de zes weken een gesprek met de POH-ggz, maar die kwam daar met praktische vragen, waar de maatschappelijk medewerker ook mee kan helpen.”

Omdat in de praktijk de casusinbrenger altijd een vaste deelnemer aan het casusoverleg is en het ook aan hem/haar is om opvolging te geven aan het advies voor een casus, kan er tijdens een volgend overleg worden teruggekoppeld over hoe hiermee is omgegaan.

Resumerend

Geconcludeerd kan worden dat het hierboven beschreven casusoverleg in Drenthe in diverse opzichten verschilt van de DOCO's in de andere regio's, waaronder: het heeft vooral een adviesfunctie voor de casusinbrenger (en niet primair een toeleidingsfunctie); de doelgroep is breder en gevarieerder; het casusoverleg vindt minder frequent en fysiek plaats, met ruimere tijd (30 minuten) voor een casusbespreking; het werkgebied is kleiner, mede door een kleiner aantal deelnemers die minder partijen vertegenwoordigen (de kern wordt gevormd door een aantal POH's-ggz en maatschappelijk werkers).

Op basis van onze interviews kan niet bepaald worden in hoeverre deze variant van het DOCO voorkomt in andere regio's. We hebben wel een deelnemer van een ander casusoverleg in Drenthe geïnterviewd. Deze DOCO kan als een tussenvariant worden beschouwd qua primair doel, grootte van werkgebied, et cetera.

3.2 Ervaren meerwaarde van het DOCO

Zoals beschreven in paragraaf 3.1.1 is het primaire doel van het DOCO om hulpvragers met complexe problemen die tussen wal en schip (dreigen te) vallen, sneller toe te leiden naar passende zorg en/of ondersteuning. Daarnaast benoemden geïnterviewden diverse andere doelen, zoals bijdragen aan een betere regionale domeinoverstijgende samenwerking en kortere wachttijden in de ggz in de regio. In deze paragraaf wordt ingegaan op in hoeverre geïnterviewden daadwerkelijk meerwaarde van het DOCO ervaren voor respectievelijk hulpvragers, professionals en de toegankelijkheid van de ggz.

3.2.1 Ervaren meerwaarde voor de hulpvrager

Er zijn geen hulpvragers geïnterviewd die als casus zijn besproken. Via de geïnterviewde deelnemers aan een DOCO is er een indruk gekregen van de (mogelijke) meerwaarde voor besproken casussen. Vrijwel alle geïnterviewden veronderstelden dat het DOCO er daadwerkelijk toe leidt dat hulpvragers die tussen wal en schip (dreigen te) raken, sneller worden toegeleid naar de juiste plek(ken) voor zorg en/of ondersteuning. Deze aanname is gebaseerd op het gegeven dat het doorgaans lukt om tot concrete oplossingen te komen tijdens de casusbesprekingen. Enkele geïnterviewden zagen het opnieuw inbrengen van een casus in het DOCO als een indicator voor het niet-passend zijn van de oplossing waartoe tijdens de eerdere casusbespreking gekomen was. Omdat herindiening van een eerdere casus in de meeste DOCO's weinig voorkomt, wordt verondersteld dat de gekozen oplossingen doorgaans passend zijn geweest.

Geïnterviewden gaven aan dat uit de casusbesprekingen verschillende oplossingen of vervolgstappen kunnen volgen. De meest voorkomende uitkomst is dat een deelnemende organisatie de casus oppakt. Geïnterviewden benoemden dat de casusbesprekingen er vaker toe leiden dat twee of meer partijen gelijktijdig betrokken worden in het vervolgtraject van een hulpvrager. Met deze parallelle trajecten krijgt de hulpvrager een breder palet aan hulp en/of ondersteuning.

Vroeger had je heel erg dat partijen naar elkaar verwezen, behandelingen na elkaar. Eerst de verslaving behandelen en daarna de ggz-problematiek. Je merkt dat het nu steeds gebruikelijker wordt om samen op te trekken. Dus de verslavingszorg zegt minder snel: 'Die casus hoort niet bij ons'. Dat merk ik bij onze organisatie ook. We doen steeds meer comorbiditeit zelf en de ggz zegt minder snel: 'Er wordt gebruikt, dus niet bij ons aankloppen'. Dus er komen wat meer parallelle trajecten. (Interview Groningen)

Soms zien we dat iemand helemaal geen daginvulling meer heeft. Dan kunnen ze bijvoorbeeld bij het wijkteam of het schakelteam terecht, dat kan helpen om ergens naartoe te gaan en weer verbinding met andere mensen te vinden. Dus dan wordt er gelijktijdig in de ggz behandeld, terwijl in het sociale domein gefocust wordt op meer daginvulling krijgen en een groter netwerk in de eigen wijk. (Interview Flevoland)

Daarnaast gaven enkele geïnterviewden aan dat doordat het sociaal domein en ervaringsdeskundigen zijn aangesloten, casusbesprekingen vaker resulteren in een oplossing buiten de ggz.

Een casus, een jongedame van 18 die een functionele neurologische stoornis en autisme had werd gepingpongd tussen zorgaanbieders. Tijdens het DOCO vertelden partijen waarom ze niet bij hen paste. Er zat een van mijn ervaringsdeskundigen die hoorde dat en die zei: 'Is er wel eens gevraagd wat die dame zelf wil?' Daar kon niemand een antwoord op geven, dus ik heb samen met de ervaringsdeskundige contact met deze jongedame gezocht en tot op de dag van vandaag is er helemaal geen behandeling of ggz nodig geweest. Alleen maar perspectief in de zin van dagbesteding en een maatje. Niemand kon er wat mee, want autisme is een enorme wachtlijst hier. (Interview Flevoland)

Een ander type oplossing is het heroverwegen van een eerdere afwijzing bij een ggz-instelling. Dit betekent dat de betreffende organisatie de reden van de afwijzing evalueert en nagaat of de persoon niet alsnog kan worden aangenomen.

Wat ik wel vaak voorbij hoor komen, is dat iemand dan is afgewezen bij een instelling en dat de uitkomst dan is dat iemand van die instelling gaat kijken waarom die is afgewezen en of dat niet heroverwogen kan worden. Ik weet niet wat daaruit komt, maar ik kan me voorstellen dat zo'n afwijzing dan toch heroverwogen wordt en dat iemand wel geaccepteerd wordt. Een vervolgstap is dus ook vaak gericht op afgewezen verwijzingen. (Interview 't Gooi)

Een laatste genoemd voorbeeld van een oplossing is dat de hulpvraag verder moet worden verhelderd. Dit kan betekenen dat de vervolgstap is dat de inbrenger samen met de betrokken persoon diens hulpvraag verder verduidelijkt, zodat daarna gericht kan worden verwezen.

Een richting van een oplossing is dat soms blijkt dat de hulpvraag niet zo duidelijk is als de inbrenger dacht. En dan is soms de oplossing om dat met de hulpvrager te bespreken. Vaak zeggen we wel: 'Is de hulpvraag dit en dit, dan zou die daar naartoe kunnen'. Dus dan wordt er wel een oplossing gegeven, maar dan is de eerste stap dat ze teruggaan naar de hulpvrager en de hulpvraag verder uitdiepen. (Interview Flevoland)

Enkele geïnterviewden benoemden dat soms wordt ingezet op het verkennend gesprek als vervolgstap om de hulpvraag verder te verhelderen en alternatieven te verkennen.

Als er een casus bij het DOCO is waarvoor het verkennend gesprek een goed idee zou kunnen zijn, dan zetten we dat ook gewoon in. (Interview Zwolle)

3.2.2 Ervaren meerwaarde voor professionals en onderlinge samenwerking

Deelnemers

Uit de interviews kwam duidelijk naar voren dat professionals elkaar beter leren kennen door deel te nemen aan het DOCO. Hierdoor wordt de drempel lager om contact met elkaar op te nemen en elkaar te bellen voor advies buiten het casusoverleg om. Bovendien raken professionals beter bekend met elkaars aanbod waardoor ze gericht kunnen verwijzen. Enkele professionals benoemden dat hun kennis van de sociale kaart is toegenomen door de aanwezigheid van ervaringsdeskundigen en professionals vanuit het sociale domein bij het overleg.

Ik ben ook wel wat wijzer geworden van de sociale kaart hier in de regio. Dus ik weet ongeveer welke organisaties er zijn, wat de mogelijkheden zijn, welke verwijsopties er zijn en wat de criteria ongeveer zijn, omdat ik ze dan een keer gesproken heb op het DOCO. Dus dat helpt voor mij en ik neem het dan weer mee in mijn team. En het gaat natuurlijk vooral over: 'Wie zijn jullie en kunnen jullie mijn patiënt wel goed verder helpen?' Er moet ook een stukje vertrouwen zijn. En daar is het DOCO ontzettend waardevol voor geweest. (Interview Flevoland)

Geïnterviewden gaven aan dat deelname aan het DOCO ook bijdraagt aan inhoudelijke kennisuitwisseling. In de casusbesprekingen brengen de vertegenwoordigers van de organisaties hun specifieke expertise en ervaring in. Deelnemers ervaren dit als leerzaam, bijvoorbeeld voor het beter herkennen wanneer bepaalde problematiek voorliggend is en welke vervolgstap daarbij past:

Ik vind het inspirerend om met die grote organisaties samen te werken, die echt uit de voegen barsten van de kennis en de expertise. Ik denk dat die kruisbestuiving is van onze wendbaarheid en passie met de gedegenheid van een grotere organisatie heel goed is. Bijvoorbeeld een organisatie aan tafel deelt dan even waarom zij denken dat autisme wel of niet voorliggend is bij een casus. Zij zijn de expert hier op dat gebied. Dat neem ik weer mee naar mijn team. Wij hebben ook veel mensen met een autismespectrumstoornis. (Interview Groningen)

Een veelgenoemde meerwaarde is dat deelnemers van elkaar leren hoe om te gaan met complexe casussen. Aangegeven werd dat dit komt doordat de verschillende deelnemende professionals vanuit verschillende invalshoeken naar complexe problematiek kijken.

Er was laatst een ingewikkelde casus ingebracht vanuit het sociaal domein. Het leek alsof die patiënt tussen de wal en het schip ging vallen. Uiteindelijk had iemand er goed oog voor dat de inbrenger zich heel verantwoordelijk was gaan voelen voor deze patiënt en wierp de vraag op wat goed was voor de inbrenger om te doen. Ja, ik vond dat heel mooi, omdat we daarmee eigenlijk ook diegene konden steunen. (Interview Midden-IJssel)

Enkele geïnterviewde ervaringsdeskundigen gaven aan dat zij door hun deelname aan het DOCO meer begrip hebben gekregen voor de ggz en huisartsenzorg. Door hun perspectieven te horen tijdens de casusbesprekingen, hebben zij meer inzicht gekregen in de structurele knelpunten waar ggz-professionals en huisartsen mee te maken hebben:

Ik leer de moeilijkheden waar de ggz-aanbieders en de huisartsen tegenaan lopen en dat het een systeem is waar we met zijn allen in zitten. Dus ik denk dat ik ook wel meer begrip heb gekregen hiervoor. Het is natuurlijk niet fijn, maar die hele boosheid die ik tien jaar geleden had over al die wachttijden, ik snap het nu wel. Dat neemt niet weg dat het vreselijk is, maar ik snap nu ook dat een organisatie er niks aan kan doen als er een wachtlijst is of een omzetplafond. Ik heb er wel meer begrip voor gekregen. (Interview Flevoland)

Inbrengers

Uit de interviews kwam naar voren dat huisartsen en andere casusinbrengers het DOCO als een waardevolle optie ervaren om te komen tot een passende vervolgstap voor casussen die lastig te verwijzen zijn via de reguliere routes. Het gaat soms ook om casussen voor wie een verwijzing van de huisarts praktisch niet uitvoerbaar is, bijvoorbeeld door ontbrekende contractering. In zo'n situatie kan tijdens het casusoverleg een alternatief worden gevonden.

We hadden bijvoorbeeld een casus waarbij iemand bij een bepaalde organisatie op de juiste plek zou zijn, maar die hadden geen contractering meer met de zorgverzekering. Ja, dan zit je als huisarts er ook mee en dan wordt besproken wat dan wel passend zou zijn. Daar zei een deelnemer aan het DOCO: 'De persoon kan wel naar mijn organisatie, dus bel mij maar'. Nou zo vind je elkaar wel. Ik denk dat dat echt heel erg fijn is, ook voor een huisarts. (Interview Midden-IJssel)

Een geïnterviewde voorzitter gaf aan dat huisartsen via het DOCO het aanbod van de deelnemende partijen beter leren kennen. Hierdoor ontstaan kortere lijnen en kunnen huisartsen gerichter verwijzen (buiten het DOCO om).

Dat is ook wel een oorzaak dat de inbreng op het DOCO wat teruggelopen is: we hebben elkaar meer gevonden en huisartsen zijn nu ook wel meer bekend met wat organisaties doen. Dus er zijn nu ook wel wat meer directe contacten. (Interview Achterhoek-de Liemers)

3.2.3 Ervaren meerwaarde voor verkorten wachttijden in de ggz

Enkele geïnterviewden benoemden dat het DOCO kan bijdragen aan het verkorten van de wachttijden in de ggz. Allereerst doordat casussen die tussen wal en schip (dreigen te) vallen sneller worden toegeleid naar een passende partij.

Het DOCO is een oplossing binnen het systeem zoals het nu is. Als je de wachtlijsten écht wilt oplossen, heb je een systeemverandering nodig. Maar het DOCO helpt wel, omdat je mensen ziet die al vijf keer heen en weer zijn gepingpongnd sneller een passende plek krijgen. Zonder het DOCO hadden zij nog langer moeten wachten op de juiste hulp en waren de wachtlijsten langer geweest. (Interview Flevoland)

Verder werd aangegeven dat het casusoverleg ertoe leidt dat oplossingen voor hulpvragers vaker buiten de ggz worden gevonden.

Ik denk zeker dat het DOCO kan bijdragen aan het verkorten van de wachttijden, vooral vanwege het ontpsychiatiseren. Als je mensen uit de ggz kan krijgen en alternatieven op de ggz kan bieden, dan kunnen we mensen uit de ggz houden om een beetje de wachtlijst weg te gaan werken en weer een beetje normaal door te kunnen draaien. Dus vooral ontpsychiatisering is denk ik van grote meerwaarde voor het verkorten van de wachttijden. (Interview Flevoland)

Ook werd benoemd dat het DOCO 'indirect' kan bijdragen aan het verminderen van de wachttijden, namelijk doordat regionale partijen elkaar beter leren kennen en elkaar sneller weten te vinden, waardoor gerichtere verwijzingen plaatsvinden buiten het casusoverleg om. Dit zou volgens geïnterviewden voorkómen dat hulpvragers op een 'verkeerde' wachtlijst terecht komen en worden afgewezen.

Geïnterviewden benoemden dus verschillende manieren waarop het DOCO kan bijdragen aan wachttijdvermindering. Desondanks gaven de meeste geïnterviewden aan dat in hun regio de omvang van de wachtlijsten en de duur van de wachttijden dusdanig zijn dat het bespreken van gemiddeld één of enkele casussen per week naar hun inschatting te beperkt is om een duidelijk effect te hebben op het verminderen van de wachttijdenproblematiek.

Als ik naar die wachttijden kijk bij ons in de regio dan denk ik, al gaan daar tien weken van alle wachttijden af, dan maakt het in de praktijk nog geen verschil. 95 of 85 weken wachten bijvoorbeeld voor behandeling voor persoonlijkheidsstoornissen maakt ook niet meer uit. Dus ik denk dat de problemen bij ons in de regio gewoon te groot zijn om hier effecten van te merken. Want ja het gaat over één tot drie casussen per week die we bespreken. (Interview 't Gooi)

3.3 Bevorderende en belemmerende factoren

Uit de interviews kwamen diverse factoren naar voren die het functioneren van het DOCO kunnen bevorderen of belemmeren. Deze paragraaf zet ze op een rij.

3.3.1 Deelnemer-gerelateerde factoren

Goede vertegenwoordiging van relevante regionale partijen

Geïnterviewden gaven aan dat het voor het goed kunnen functioneren van een DOCO belangrijk is dat alle relevante partijen uit de regio aangesloten zijn. Voor diverse DOCO's was dat ten tijde van de interviews nog niet het geval. Welke partijen ontbraken verschilde per DOCO. Bij een casusoverleg was bijvoorbeeld vertegenwoordiging van vrijgevestigde ggz-aanbieders niet aangesloten, terwijl die mogelijk een deel van de casussen die werden afgewezen bij grotere ggz-instellingen goed hadden kunnen oppakken. Bij een andere DOCO was er onvoldoende specialistische ggz-deskundigheid om te komen tot een oplossing voor casussen met een complexe psychische hulpvraag. Dit had ermee te maken dat het aantal ggz-aanbieders in het werkgebied van dit casusoverleg beperkt is.

Bij complexere hulpvragen biedt het sociaal domein niet altijd een passend antwoord. In die situaties missen we bij het overleg ggz-expertise. (Interview Achterhoek-de Liemers)

Sommige geïnterviewden gaven aan dat in het werkgebied van hun DOCO veel vrijgevestigde ggz-aanbieders en veel organisaties in het sociaal domein actief zijn. Hierdoor was het lastig om een goede en volledige vertegenwoordiging in het DOCO te borgen. Een genoemde oplossing hiervoor was dat de vrijgevestigden en het sociaal domein worden vertegenwoordigd door

personen die het veld goed kennen en beschikken over een breed netwerk. Daarnaast gaf een geïnterviewde aan dat het door de zorgverzekeraar verplicht stellen van deelname aan een regionaal overlegorgaan heeft geholpen om vrijgevestigden bij het DOCO aan te laten sluiten.

Verder werd aangegeven dat het functioneren van een DOCO wordt bevorderd als er onder deelnemers voldoende kennis is van het beschikbare aanbod in het sociaal domein. In meerdere casusoverleggen is namelijk geen sociale kaart beschikbaar, waardoor het vinden van mogelijke oplossingen voor casussen in het sociaal domein vaak afhankelijk is van de kennis en inbreng van deelnemers.

Ervaringsdeskundigen

Bijna alle geïnterviewden gaven aan de deelname van ervaringsdeskundigen aan het DOCO nuttig te vinden. Zij brengen het perspectief van de hulpvrager naar voren tijdens de casusbesprekingen door vragen te stellen over wat de hulpvrager zelf zou willen. Enkele geïnterviewden benoemden dat het nuttig is dat ervaringsdeskundigen als onderdeel van de oplossing voor een casus een rol kunnen spelen in diens acceptatieproces en het leren leven met klachten.

De ervaringsdeskundigen zijn ontzettend waardevol, want we hebben het vaak over patiënten, maar het is veel interessanter om met patiënten in gesprek te zijn. Maar soms dan voelt het toch een beetje sneller om over de patiënt heen te stappen en direct met partijen in gesprek te gaan. En door zo'n ervaringsdeskundige bij het DOCO te hebben, hebben we ook wel eens gesprekken gehad aan het DOCO van, hoe is dat dan voor die patiënt en heeft deze patiënt niet gewoon iemand nodig die even laat zien hoe je anders kan leven met zo'n chronische aandoening, in plaats van weer een heel nieuw traject op te starten. Dus de rol van ervaringsdeskundigen heb ik als ontzettend waardevol ervaren. (Interview Flevoland)

Uit de interviews kwam naar voren dat het voor het functioneren van het DOCO helpend is wanneer deelnemende ervaringsdeskundigen goed bekend zijn met de sociale kaart. Ook werd erop gewezen dat een ervaringsdeskundige actief moet deelnemen aan het overleg. Dit vraagt wel om een gelijkwaardige benadering vanuit de andere deelnemers. Dit lijkt niet altijd het geval. Zo gaf een geïnterviewde ervaringsdeskundige aan de samenwerking binnen een DOCO lastig te vinden. Bij dit casusoverleg zijn veel deelnemers vanuit het medisch domein aangesloten, en de geïnterviewde ervaringsdeskundige ervaart dat de oplossingen die zij aandraagt niet altijd serieus worden genomen.

Continuïteit deelnemers

Aangeven werd dat continuïteit van deelnemers bevorderend is voor het functioneren van het DOCO. Wanneer dezelfde personen over langere tijd deelnemen aan het casusoverleg, raken zij steeds beter bekend met elkaar en met elkaars aanbod. Hierdoor ontstaan korte lijnen, zowel binnen als buiten het overleg. Frequentie wisselingen van deelnemers aan een DOCO werken belemmerend in dit opzicht.

Ook continuïteit in termen van het zorgen voor vervanging bij afwezigheid wordt belangrijk gevonden. Enkele geïnterviewden benoemden als belemmerende factor dat deelnemers soms afwezig zijn zonder een vervanger te regelen. Hierdoor ontbreken relevante partijen tijdens het casusoverleg.

Betrokkenheid en houding deelnemers

Uit de interviews kwam naar voren dat inzet en bereidwilligheid bij de deelnemers relevant zijn voor het goed functioneren van een DOCO, alsook voor het ontstaan van kortere onderlinge lijnen (buiten het casusoverleg om). Geïnterviewden gaven verder aan dat gelijkwaardigheid tussen deelnemers het functioneren van het DOCO bevordert. Iedere partij, van grote ggz-aanbieder tot kleinere organisatie uit het sociaal domein, moet kunnen meedenken over een oplossing voor een casus en daarin worden gehoord. Daarnaast werd aangegeven dat het relevant is dat deelnemers een gedeelde verantwoordelijkheid ervaren voor het vinden van een passende vervolgstap voor besproken casussen. Enkele geïnterviewden benoemden dat het lastig is om gezamenlijke verantwoordelijkheid te creëren. Dit had ermee te maken met dat sommige deelnemers aan een DOCO hun organisatiebelang vooropstellen. Een andere genoemde reden was dat er veel deelnemers aangesloten waren bij een DOCO waardoor niemand zich verantwoordelijk voelde.

Ik zie de laatste tijd dat het steeds minder vaak lukt om tot een oplossing te komen. Dat komt misschien wel doordat er echt heel veel partijen aan tafel zitten. Het lijkt ook wel een beetje alsof hoe meer partijen, hoe minder mensen uiteindelijk zich verantwoordelijk voelen. Mensen zeggen al gauw: 'Nee sorry die casus hoort niet bij mij. Misschien is het voor Pietje en Pietje zegt, eigenlijk is het ook niet echt voor Pietje. Het is misschien meer wat voor Jantje'. En dan gaan we zo drie, vier verschillende instellingen af, waarbij iedereen nauwgezet heeft uitgelegd waarom het niet voor zijn instelling is. Dan is er niet per se een oplossing aan het eind van het verhaal. (Interview 't Gooi)

Enkele geïnterviewden gaven aan dat niet alle deelnemers zich in gelijke mate verantwoordelijk voelen om aanwezig te zijn. Zij zien dat vertegenwoordigers van organisaties soms niet aansluiten als ingebrachte casussen niet relevant voor hen lijken, en ook geen vervanger regelen. Dit wordt als belemmerend ervaren, omdat achteraf kan blijken dat de betreffende organisatie toch een rol had kunnen spelen.

Mandaat deelnemers

Uit de interviews kwam naar voren dat het voor een goed functionerende DOCO cruciaal is dat alle deelnemers aan het overleg mandaat hebben vanuit hun organisatie. Dit betekent dat als een deelnemer aangeeft dat zijn/haar organisatie (een deel van) de zorg en/of ondersteuning van de casus kan oppakken, deze toezegging daadwerkelijk op korte termijn wordt opgevolgd door de organisatie. Wanneer mandaten niet bij alle deelnemers geregeld zijn, bestaat het risico dat de uitkomsten van de casusbesprekingen beperkt blijven tot adviezen aan de casusinbrengers (en niet resulteren in concrete oplossingen).

Als je mandaten hebt geregeld, dan kan je pas echt iets beslissen. Dan kan je zeggen, wij hebben met zijn allen besloten dat de verslavingsproblematiek vooropstaat, dus Jellinek jullie gaan dit nu oppakken. We trekken samen op als de verslaving aan de betere hand is en dan gaat GGz Centraal verder met de depressie die eronder zit. Nu blijft het heel erg bij adviezen. Bijvoorbeeld of de huisarts al heeft overwogen om eens een keer met Jellinek te bellen. En dan zegt de huisarts: 'Dat is een goed advies ga ik doen'. (Interview 't Gooi)

Een geïnterviewde van een andere DOCO, waar niet alle deelnemers mandaat hebben, gaf aan dat besproken casussen daardoor soms alsnog op een wachtlijst terecht komen.

Bestuurders vaardigen iemand af vanuit de organisatie aan het DOCO. In mijn hoofd moet het dan zo zijn dat die persoon ook het mandaat heeft om te zeggen: 'Meld de casus maar aan. We gaan kijken of we deze binnen een paar weken kunnen zien'. Dat is in de praktijk vaak weerbarstiger. Dan komt iemand gewoon op de wachtlijst te staan, terwijl dat wel vaak schrijnende casussen zijn waar een andere partij hoog mee zit. (Interview Groningen)

Voorzitter

Geïnterviewden benoemden dat de rol van de voorzitter en diens vaardigheden, kennis en expertise belangrijk zijn voor het functioneren van het DOCO. Zo werd onder andere gewezen op het belang van het actief betrekken van deelnemers die terughoudend(er) zijn tijdens een casusbespreking, het zorgen voor vervanging door deelnemers bij afwezigheid en het benaderen van deelnemers wanneer de casusinbreng voor een overleg laag is. Daarnaast werkt het goed als de voorzitter tijdens een overleg op een constructieve manier wijst op de gezamenlijke verantwoordelijkheid om te komen tot een oplossing voor de besproken casussen. Enkele geïnterviewden gaven aan dat de voorzitter niet te veel ruimte moet laten voor 'zijpaden' tijdens casusbesprekingen; hij/zij moet de focus bewaken en de discussie terugbrengen naar de vraag wie de casus kan of kunnen oppakken. Daarnaast werd genoemd dat een voorzitter die het zorglandschap goed kent, meerwaarde heeft voor het vinden van oplossingen en het duiden van knelpunten:

Ik vond het vooral heel mooi dat de voorzitter aan tafel zat met een verleden als POH-ggz, een belangrijke stakeholder denk ik in het landschap. De voorzitter kon daarin ook wel heel erg meedenken over waar het op vastloopt tijdens een casusbespreking. (Interview Flevoland)

3.3.2 Casusinbrenger-gerelateerde factoren

Bekendheid bij casusinbrengers

Een belangrijke bevorderlijke factor is een brede bekendheid van het DOCO bij potentiële casusinbrengers. Meerdere geïnterviewden gaven aan dat de bekendheid onder huisartsen en POH's-ggz nog te wensen overliet en vergroot moest worden, bijvoorbeeld door het DOCO actiever onder de aandacht te brengen bij huisartspraktijken. Ook kwam naar voren dat het binnen de organisaties die zijn vertegenwoordigd in het casusoverleg niet altijd even goed bekend is dat zij ook casussen kunnen inbrengen.

Huisarts-gerelateerde belemmerende factoren

Naast onbekendheid, werden in de interviews verschillende andere factoren genoemd die de casusinbreng door huisartsen kunnen belemmeren. Zo werd gewezen op het tekort aan huisartsen en de inzet van flexkrachten in de huisartsenzorg. Bij flexkrachten moet het bestaan van het DOCO herhaald onder de aandacht worden gebracht. Verder kan de beperkte beschikbaarheid van huisartsen op het overlegmoment zelf een obstakel vormen. Andere genoemde belemmerende factoren waren dat het DOCO een nieuwe, extra 'verwijsoptie' betreft (waarvan

huisartsen bereid moeten zijn om er gebruik van te maken), dat huisartsen soms onzeker zijn of een casus wel geschikt is om in te brengen, en dat huisartsen er in de dagelijkse praktijk niet altijd aan denken.

Huisartsen vergeten ook dat ze kunnen inbrengen in het DOCO. Dan zijn ze eerst heel enthousiast en dan een half jaar later denken ze: 'Wat moet ik toch met deze patiënt?'. (Interview Zwolle)

Ten slotte ervaren huisartsen bij sommige DOCO's het inbrengen van een casus als bewerkelijk. Zo werd in enkele interviews aangegeven dat het invullen van het aanmeldformulier veel tijd kost.

Voor inbrengers is er wel een drempel. Je moet ook weer een heel formulier invullen. En dat hoeft verder niet zo lang te duren, maar als ik dan zie hoeveel tijd sommige huisartsen daaraan besteden. Daarin kunnen sommige huisartsen wel leren. Je hoeft echt niet een complete verwijsbrief te maken. Het gaat meer om dat je globaal de hulpvraag aangeeft en een aantal vragen invult. (Interview Achterhoek-de Liemers)

Tegelijkertijd gaven bijna alle geïnterviewden aan dat een volledige casusbeschrijving essentieel is om tot een oplossing te kunnen komen voor een ingebrachte casus. Een geïnterviewde noemde dat de informatie over de behandelgeschiedenis van een casus regelmatig onvolledig is. Dit maakt het lastiger voor deelnemers om een passende vervolgstap te bepalen tijdens de casusbespreking. Er lijkt dus een balans gevonden te moeten worden tussen voldoende casusinformatie en behapbare administratieve belasting voor de casusindieners.

Afnemende casusinbreng

Meerdere geïnterviewden gaven aan dat het aantal ingebrachte casussen wat terugliep gaandeweg de uitvoer van het DOCO. Het is voor hen niet geheel duidelijk wat hiervan de oorzaken zijn. In sommige gevallen lijkt een lange overbruggingsperiode tussen het opzetten en uitvoeren van een DOCO in het kader van de Versnellers-subsidie en de goedkeuring van het IZA-transformatieplan een rol te hebben gespeeld; dit maakte het lastig om de betrokkenheid van deelnemers hoog te houden. Het was namelijk de bedoeling om met de transformatiemiddelen het DOCO te continueren en verder door te ontwikkelen. Een andere genoemde oorzaak van een wat afnemende casusinbreng is dat huisartsen door het DOCO beter bekend raken met de beschikbare verwijsopties, en hierdoor vaker zelf oplossingen vinden buiten het casusoverleg om.

3.3.3 Andere oplossing-belemmerende factoren

Initiatief ligt soms te veel bij casusinbrenger

Uit de interviews kwam naar voren dat de opvolging na een casusbespreking soms bij de inbrenger blijft liggen. Dit betekent dat de inbrenger zelf de vervolgstap voortvloeiend uit de casusbespreking moet organiseren. Aangegeven werd dat dit belastend kan zijn voor de inbrenger, zeker wanneer uit de casusbespreking geen concrete oplossing is voortgekomen en de inbrenger zich verantwoordelijk blijft voelen voor het vervolg.

Ik denk wel dat we vaak tot een oplossing komen, maar we hadden laatst ook een inbrenger die echt chagrijnig was. Die huisarts zat met een hele agressieve man en zei: 'Dan blijft het nog steeds mijn verantwoordelijkheid'. Deelnemers kunnen een paar stappen meedenken, maar we kunnen niet altijd een oplossing bieden. (Interview Midden-IJssel)

In de meeste DOCO's worden de inbrenger en de deelnemende partij(en) die de casus kan (kunnen) oppakken met elkaar in contact gebracht door de voorzitter om opvolging te geven aan de vervolgstap. Soms is dit niet goed geregeld, en ligt het initiatief bij de casusinbrenger, wat ertoe kan leiden dat er geen contact tot stand komt. Zo gaf een geïnterviewde als voorbeeld dat hij tijdens een casusbespreking had aangegeven dat zijn organisatie onderdeel kan zijn van de oplossing, maar dat de inbrengende huisarts daarna geen contact heeft opgenomen.

Er was een vraag tijdens het overleg of de casus misschien wel een verstandelijke beperking had. Mijn organisatie kan onderzoek doen daarnaar, dus ik heb gezegd: 'Neem contact op met mij, dan kunnen we verder kijken'. Die huisarts heeft nooit contact opgenomen. (Interview Flevoland)

Exclusiecriteria en omzetplafonds

Meerdere geïnterviewden gaven aan moeite te hebben met het vinden van een concrete oplossing voor casussen met suïcidegevoeligheid. Dit komt omdat er terughoudendheid bij de deelnemers is om dit soort casussen op te laten pakken door hun organisatie; suïcidegevoeligheid wordt als een exclusie criterium gehanteerd om een hulpvrager niet in behandeling te nemen. Geïnterviewden noemden als reden hiervoor angst voor een fatale afloop en de consequenties daarvan.

Bij casussen met suïcidegevoeligheid merken we terughoudendheid om iemand op te pakken. Er is angst voor een fatale afloop en de gedachte dat suïcidaliteit meteen acuut gevaar betekent, terwijl dat niet altijd zo is. Het heeft ook met onbekendheid te maken. Daarnaast speelt mee dat er een inspectieonderzoek kan volgen, als iemand zich suïcideert terwijl hij in behandeling is. (Interview Flevoland)

Het hebben bereikt van een omzetplafond was een andere genoemde reden waarom deelnemers soms aangeven dat hun ggz-instelling een casus niet kan oppakken. Een deelnemer geeft aan dat de verzekeraar dan verplicht is om mee te denken over een andere oplossing. Echter, hier kan een lange tijd overheen gaan en de aangedragen oplossing is niet altijd passend of realistisch, bijvoorbeeld door een lange reistijd.

We kunnen bij de zorgverzekeraar aankloppen en dan moet de zorgverzekeraar meedenken. Dus in essentie is er altijd een oplossing. Maar dat is niet altijd het meest ideale voor de patiënt. Daar gaat ook weer maanden overheen en soms zegt de zorgverzekeraar: 'Ik heb iemand gevonden voor je die we willen vergoeden. Het is wel in Friesland'. Dus de realiteit is ook gewoon dat dat soms betekent dat de patiënt wel een jaar moet wachten totdat er geen sprake is meer van een patiëntenstop vanwege het bereiken van budgetplafonds. (Interview Flevoland)

Beperkte bereikbaarheid van passende zorg en/of ondersteuning

Daarnaast werd genoemd dat het aanbod dat in het DOCO als mogelijke vervolgstap wordt besproken niet altijd goed bereikbaar is voor hulpvragers. Dit speelt met name bij casussen waarbij de passende zorg of ondersteuning op grotere afstand ligt of waarbij beperkte vervoersmogelijkheden een drempel vormen. Volgens geïnterviewden verkleint dit de uitvoerbaarheid van voorgestelde vervolgstappen en daarmee ook de effectiviteit van het DOCO.

We hebben in de regio ermee te maken met dat de toegankelijkheid en de bereikbaarheid van zorg slecht zijn qua vervoersmogelijkheden. (Interview Achterhoek-de Liemers)

3.3.4 Andere bevorderende factoren

Online overleg

Alle DOCO's vinden online plaats. Benoemd wordt dat dit bevorderend werkt, omdat het laagdrempelig is om aan te sluiten, in het bijzonder voor casusinbrengers die geen vaste deelnemer zijn. Daarnaast werd aangegeven dat online overleggen relatief weinig tijd kost.

Periodieke fysieke bijeenkomsten

Enkele DOCO's houden twee keer per jaar een fysieke bijeenkomst met presentaties of een werkbezoek aan een deelnemende partij van het DOCO. Geïnterviewden gaven aan dat deze bijeenkomsten de verbinding en samenwerking tussen betrokken partijen stimuleert. Daarnaast worden de bijeenkomsten als waardevol ervaren omdat kennis wordt vergaard over ontwikkelingen op regionale of landelijke schaal, zoals het IZA.

Wij hebben gesprekken gehad met andere DOCO's in andere regio's die wat minder liepen en zich afvroegen wat er werkte bij ons. Eén van die dingen is écht die fysieke bijeenkomst. Het werkt goed voor de binding, want je wil in zo'n DOCO ook dat ze elkaar goed kennen en dat gemeenschappelijke gevoel ontwikkelen. Je ziet dat ze wat meer voor elkaar denken ('Dit klinkt als iets voor jou') en niet op een manier van over de schutting gooien. Ook buiten het DOCO om als ze zelf cliënten hebben dat ze al denken: 'Ik bel die even, want ik heb tijdens die fysieke bijeenkomst gehoord dat ze iets met deze cliënten doen'. (Interview Flevoland)

Periodieke evaluatie

Periodiek evalueren werd benoemd als een succesfactor voor het beter laten functioneren van het DOCO. Het helpt om verbeterpunten te signaleren. Zo gaf een geïnterviewde aan dat uit de periodieke evaluatie bleek dat de inbreng van de deelnemers van het wijkteam in het casusoverleg als weinig werd ervaren. Dit is direct opgepakt; er is een afspraak ingepland met de voorzitter en vertegenwoordigers van het wijkteam om beter aan te sluiten op het DOCO. Een andere geïnterviewde gaf aan dat periodieke evaluatie heeft geholpen om het dalende aantal casusindieningen te signaleren en dit te agenderen bij de bestuurders van betrokken partijen. Weer een ander genoemd voorbeeld van een positief effect van periodieke evaluatie is dat het de bekendheid van het DOCO onder potentiële casusinbrengers heeft vergroot.

Wat ze goed gedaan hebben is dat ze periodiek geëvalueerd hebben. Ook door middel van enquêtes en die werden vervolgens in zowel het bestuurdersoverleg als in de Taskforce wachttijden besproken. Dus ik denk dat door het evalueren het DOCO steeds bekender is geworden onder huisartsen en ggz-partijen. Zij werden er weer op gewezen dat zij ook kunnen inbrengen op moment dat je denkt dat er iets anders nodig is. (Interview Groningen)

Terugkoppeling vervolg casussen

Enkele geïnterviewden benoemden dat terugkoppeling over hoe het vervolg van eerder besproken casussen is verlopen, motiverend kan werken voor de deelnemers. Bovendien kan dit het lerend vermogen van het DOCO versterken. In de meeste DOCO's wordt voornamelijk geen structurele terugkoppeling gegeven over of een besproken casus op de goede plek terecht is gekomen en hoe het met de persoon gaat na een bepaalde periode.

Ik denk dat het ook voor het DOCO goed zou zijn om af en toe een terugkoppeling te krijgen over een bepaalde casus die we eerder besproken hebben. Bijvoorbeeld dat er naar aanleiding van een advies een vervolg aan is gegeven. Dat maakt het zelflerend vermogen ook nog wat groter, omdat je meer terugkoppeling hebt van wat heeft nu gewerkt en wat niet. (Interview 't Gooi)

3.4 Samenvatting resultaten uit interviews

In de voorgaande paragrafen zijn de resultaten beschreven uit interviews met in totaal 19 betrokkenen bij een DOCO. Het gaat in totaal om negen verschillende DOCO's¹⁹ uit zeven Versnellers-regio's. Alle DOCO's zijn ten tijde van de interviews nog actief. De meeste casusoverleggen zijn circa twee tot drie jaar geleden gestart. In Drenthe en Flevoland zijn deelnemers aan DOCO's geïnterviewd die buiten de Versnellers-subsidie om zijn opgezet en al langer bestaan. Alleen in Drenthe zagen we een alternatieve vorm van een casusoverleg, die meer het karakter van een multidisciplinair overleg heeft. We gaan in deze samenvatting alleen in op de veelvoorkomende variant. In deze paragraaf worden de belangrijkste resultaten uit de interviews samengevat.

¹⁹ In zowel Zwolle als Drenthe is met deelnemers van twee verschillende overleggen gesproken.

3.4.1 Doel en uitvoering

Het belangrijkste doel van het DOCO is om middels anonieme casusbespreking hulpvragers die tussen wal en schip (dreigen te) raken sneller toe te leiden naar passende zorg en/of ondersteuning. Het gaat daarbij voornamelijk om complexe casuïstiek. In de interviews werden verschillende voorbeelden genoemd van veelvoorkomende casussen, zoals personen met meervoudige problematiek, personen die al lang op de wachtlijst staan en/of herhaaldelijk zijn afgewezen door ggz-aanbieders, of personen met een lange voorgeschiedenis in de ggz.

Naast de toeleidingsfunctie werden in de interviews ook andere doelen van het DOCO genoemd. Het vaakst ging het daarbij om het streven dat deelnemers elkaars aanbod beter leren kennen en beter met elkaar gaan samenwerken. Daarnaast werd genoemd dat het DOCO een bredere, minder medicaliserende blik op de hulpvraag stimuleert. In enkele interviews werd ook het verkorten van wachttijden als doel benoemd, waarbij oplossingen – wanneer passend – vaker in het sociaal domein worden gezocht. Ten slotte werd aangegeven dat sommige casusbesprekingen een consultatieve functie vervullen, gericht op gezamenlijk meedenken wanneer een professional of organisatie vastloopt met een casus.

Alle DOCO's vinden online plaats, meestal wekelijks of eens per twee weken. De meeste casusoverleggen duren 30 minuten, sommigen 60 minuten. Gemiddeld worden één tot twee casussen per overleg besproken. De meeste geïnterviewden gaven aan dat tien minuten per casus voldoende is om tot een oplossing te komen. Vertegenwoordigers van de ggz en het sociaal domein nemen deel aan alle DOCO's. Daarnaast zijn vaak verslavingszorg, ervaringsdeskundigen, vrijevestigden en zorgaanbieders voor mensen met een verstandelijke beperking vertegenwoordigd. Het aantal vaste deelnemers varieert van tien tot ruim twintig.

De aanmelding verloopt meestal via een digitaal formulier met een omschrijving van de casus. De voorzitter beoordeelt voor sommige casusoverleggen de aanmeldingen, soms aan de hand van criteria. Afhankelijk van de casus worden soms aanvullende partijen gericht uitgenodigd. Casusinbrengers zijn doorgaans huisartsen, POH's-ggz en soms deelnemende organisaties. Inbrengers zijn vaak geen vaste deelnemers, maar worden uitgenodigd om de eigen casus toe te lichten.

De casusbesprekingen zijn gericht op het bereiken van een vervolgstap richting passende zorg of ondersteuning. In de interviews wordt beschreven dat in vrijwel alle casusoverleggen doorgaans een oplossing wordt gevonden. De meeste DOCO's hebben bovendien de afspraak gemaakt om niet te stoppen voordat er een oplossing is bereikt. In sommige gevallen komt het voor dat geen concrete oplossing wordt bereikt en dat het vervolg dan bij de inbrenger blijft liggen. De voorzitter speelt vaak een rol in het verbinden van de inbrenger en de deelnemende partij(en) die een rol heeft (hebben) in de vervolgstap. Structurele terugkoppeling over het vervolg van casussen is meestal niet ingericht. Terugkoppeling komt vooral incidenteel tot stand via dezelfde casusinbrenger, bijvoorbeeld wanneer deze later opnieuw een casus inbrengt en deelnemers vragen hoe het met een eerder besproken casus is verlopen. In de interviews werd benoemd dat veel casusoverleggen hebben geregeld dat de deelnemers mandaat hebben om namens hun organisatie afspraken te maken. Tegelijkertijd gaven enkele geïnterviewden aan dat een toezegging niet altijd een garantie is, bijvoorbeeld wanneer het beschikbare aanbod toch niet passend wordt gevonden.

3.4.2 Ervaren meerwaarde

Geïnterviewden gaven aan dat het DOCO kan bijdragen aan het sneller vinden van een passende vervolgstap en aan het voorkómen van verwijzingen naar een plek waar later afwijzing volgt. Het uitblijven van herbespreking van dezelfde casus werd genoemd als een indicatie dat een gekozen vervolgstap passend was. De meest genoemde oplossing voor de hulpvragers is dat een deelnemende partij aangeeft de casus te kunnen oppakken. Daarnaast werden andere typen vervolgstappen genoemd, zoals het herbeoordelen van eerdere afwijzingen, het verduidelijken van de hulpvraag of het inzetten van parallelle trajecten.

Het DOCO werd beschreven als een extra verwijsoptie voor huisartsen en POH's-ggz bij casussen waarin de vervolgstap onduidelijk is of eerdere verwijzingen zijn afgewezen. Voor deelnemers ligt de meerwaarde vooral in het beter leren kennen van andere organisaties en hun aanbod. Dit verlaagt volgens geïnterviewden de drempel om elkaar ook buiten het overleg om te benaderen. Daarnaast leidt het elkaar kennen tot meer gerichte verwijzingen.

Geïnterviewden gaven aan dat het DOCO via verschillende routes kan bijdragen aan het vermindern van de wachttijden, bijvoorbeeld door kortere lijnen en gerichtere verwijzingen buiten het overleg om, en doordat hulpvragers sneller bij een passende partij terechtkomen of vaker buiten de ggz worden geholpen. Desondanks verwachtten de meeste geïnterviewden een beperkt effect van het DOCO op de wachttijden, gezien de omvang van de wachtlijsten en het relatief lage aantal besproken casussen.

3.4.3 Bevorderende en belemmerende factoren

Uit de interviews kwamen verschillende factoren naar voren die het functioneren van het DOCO bevorderen of belemmeren. Geïnterviewden gaven aan dat het DOCO beter functioneert wanneer alle relevante regionale partijen zijn aangesloten. Benoemd werd dat het soms lastig is om vrijgevestigden en het sociaal domein volledig te vertegenwoordigen vanwege de omvang van het veld. Het is daarom belangrijk om deelnemers met uitgebreide kennis van het sociaal domein aangesloten te hebben bij het DOCO. Andere belangrijke deelnemer-gerelateerde factoren die werden genoemd waren continuïteit van de deelnemers, het regelen van vervanging bij afwezigheid en een constructieve houding tijdens het casusoverleg.

Brede bekendheid van het DOCO onder potentiële casusinbrengers werd genoemd als factor voor voldoende casusinbreng. Naast onbekendheid, werden diverse andere huisarts-gerelateerde factoren genoemd die casusinbreng in de weg kunnen staan, waaronder het huisartsentekort, beperkte beschikbaarheid op het overlegmoment, inzet van flexkrachten (waardoor het DOCO herhaald onder de aandacht moet worden gebracht) en twijfel of een casus geschikt is voor het DOCO. Daarnaast werd het indienen van een casus soms als bewerkelijk ervaren. Een volledige casusbeschrijving is echter wel nodig om tot een passende oplossing te kunnen komen.

Geïnterviewden gaven aan dat de opvolging van een oplossing soms bij de casusinbrenger blijft liggen. De casusinbrenger moet de vervolgstap zelf organiseren en dit kan ertoe leiden dat het vervolg met de beoogde partij niet tot stand komt. Daarnaast werd benoemd dat voorgestelde vervolgstappen niet uitvoerbaar kunnen zijn wanneer het passende aanbod in de praktijk lastig bereikbaar is voor hulpvragers, bijvoorbeeld door afstand of beperkte vervoersmogelijkheden.

Een succesfactor is het online laten plaatsvinden van het DOCO, omdat dit de drempel om aan te sluiten verlaagt en relatief weinig tijd kost. Ook periodieke fysieke bijeenkomsten zijn een manier om onderlinge bekendheid en samenwerking te versterken. Verder werd periodieke evaluatie genoemd als succesfactor om knelpunten tijdig te signaleren en bij te sturen, bijvoorbeeld rond deelname van partijen of dalende casusinbreng. Enkele geïnterviewden gaven aan dat terugkoppeling over het vervolg van casussen motiverend kan werken en het lerend vermogen kan versterken. Structurele terugkoppeling ontbreekt echter in de meeste DOCO's.

In de interviews kwam mandaat naar voren als belangrijke randvoorwaarde. Als deelnemers namens hun organisatie toezeggingen kunnen doen, kunnen vervolgstappen daadwerkelijk en sneller worden uitgevoerd. Waar mandaat ontbreekt of wisselend is ingericht, bestaat het risico dat uitkomsten van het casusoverleg beperkt blijven tot adviezen.

4 Algemene samenvatting



In dit laatste hoofdstuk vatten we de belangrijkste resultaten uit de documentenstudie en interviews samen.

4.1 Doel en uitvoering

Hoewel regio's voor hun DOCO verschillende benamingen gebruiken²⁰, uit de documentenstudie en interviews dat het doel en de uitvoering ervan grotendeels vergelijkbaar zijn tussen bijna alle regio's. Het DOCO²¹ dat in 2020 voor het eerst in de regio Eemland (geen Versnellers-regio) werd ontwikkeld heeft zichtbaar als standaard gefungeerd²². Alleen in Drenthe zagen we een alternatieve vorm van een casusoverleg, die meer het karakter van een multidisciplinair overleg heeft (zie ingevoegd kader aan het einde van deze paragraaf). We gaan in deze samenvatting alleen in op de veelvoorkomende variant.

Alle DOCO's hebben als doel om via korte, anonieme casusbesprekingen sneller passende oplossingen te vinden voor hulpvragers die tussen wal en schip (dreigen te) vallen: welke partij(en) kan (kunnen) dit het beste oppakken? Meer specifiek gaat het om volwassenen met complexe psychische problematiek die nog geen óf niet meer passende zorg of ondersteuning ontvangen, en waarbij de reguliere (door)verwijzing niet lukt of (te) lang duurt. In de interviews werden voorbeelden genoemd van veelvoorkomende casussen, zoals personen met meervoudige problematiek, personen die al lang op de wachtlijst staan en/of herhaaldelijk zijn afgewezen door ggz-aanbieders, of personen met een lange voorgeschiedenis in de ggz. Bij sommige DOCO's kunnen personen in een crisissituatie niet worden ingebracht, terwijl andere casusoverleggen een dergelijk exclusie criterium niet of minder strikt lijken te hanteren.

Alle DOCO's vinden online plaats, wekelijks of eens per twee weken. Alle wekelijkse overleggen duren 30 minuten; de tweewekelijkse overleggen duren 30 of 60 minuten. De twee overleggen van 60 minuten fungeren ook als transfermechanisme gericht op cliëntgroepen²³. In de interviews werd aangegeven dat per overleg gemiddeld één of twee casussen worden besproken. Voor sommige DOCO's vervalt soms een overleg door een gebrek aan casussen.

In alle DOCO's zijn ten tijde van onze evaluatie in ieder geval de ggz (sggz en bggz) en het sociaal domein vertegenwoordigd. Dikwijls nemen ook huisartsen, ervaringsdeskundigen en profes-

20 Overlegtafel, transfertafel en regiotafel.

21 Onder de benaming overlegtafel.

22 In veruit de meeste regio's komen opzet en doel van de DOCO overeen met de beschrijving in de landelijke werkwijze voor de ontwikkeling van Mentale gezondheidsnetwerken (Programma Mentale gezondheidsnetwerken, 2024).

23 Bij een transfermechanisme geven aanbieders elkaar inzicht in de aantallen en soorten hulpvragers die op hun afzonderlijke wachtlijsten staan. Ook wordt er gezamenlijk bekeken hoe vraag en aanbod beter bij elkaar gebracht kunnen worden om zo te komen tot het daadwerkelijk transfereren van (groepen) wachtende personen.

sionals vanuit de verslavingszorg deel. Het exacte aantal deelnemers en de compleetheid van vertegenwoordiging van alle relevante regionale partijen varieert tussen de DOCO's. Hier speelt mogelijk een rol dat een aantal DOCO's nog niet zo lang bestaat. Sommige DOCO's hanteren een vaste kern van deelnemers, en nodigen per overleg gericht aanvullende deelnemers uit op basis van de te bespreken casussen. Uit de interviews kwam naar voren dat het aantal vaste deelnemers varieert van tien tot ruim twintig. Voor sommige DOCO's blijkt een goede en volledige vertegenwoordiging van vrijgevestigde ggz-professionals en het sociaal domein lastig te organiseren vanwege de veelheid aan aanbieders.

Potentiële casusinbrengers zijn huisartsen en POH's-ggz, of deelnemers aan het DOCO. Aanmelding verloopt doorgaans gestructureerd via een format; huisartsen kunnen in sommige gevallen via het platform ZorgDomein een casus indienen. Uit de interviews kwam naar voren dat de casusinformatie die bij indiening wordt aangeleverd verschillend van kwaliteit is. Bij alle DOCO's is het de bedoeling dat de inbrenger (voor zover geen vaste deelnemer) aansluit bij de bespreking van de eigen casus. Deelnemers worden geacht zich goed voor te bereiden. Een voorzitter leidt de overleggen en bewaakt het uitvoeringsproces van het DOCO, meestal ondersteund door een coördinator of vice-voorzitter. Voorzitters hebben uiteenlopende achtergronden; kerntaken zijn doorgaans casusselectie, het leiden van het overleg en het na afloop koppelen van partijen die een rol hebben in de vervolgstap voor een casus. In enkele regio's rouleert het voorzitterschap tussen deelnemers.

De benodigde tijd voor een casusbespreking varieert: enkele DOCO's hanteren vijf minuten als maximum, terwijl andere DOCO's wat meer tijd nemen, meestal maximaal tien minuten. Het uitgangspunt van alle DOCO's is dat tijdens het overleg tot een concrete oplossing wordt gekomen voor een casus.

In Drenthe heeft een casusoverleg primair een *adviesfunctie* voor de casusinbrenger, en niet zozeer een *toeleidingsfunctie* als de DOCO's in de andere regio's. Ook in andere opzichten is de variant in Drenthe anders: de doelgroep is breder en gevarieerder, het aantal deelnemers en het werkgebied is kleiner, het overleg wordt fysiek gepland, minder frequent, en met meer besprekingsduur per casus. Kortom: het casusoverleg heeft meer het karakter van een multidisciplinair overleg.

4.2 Aantal casusbesprekingen en oplossingen

Uit enkele evaluaties die vlak na het opzetten van een DOCO zijn uitgevoerd, blijkt dat in de beginfase nog weinig casussen werden ingebracht. De langer lopende DOCO's geven een beter beeld van de aantallen casusbesprekingen die kunnen worden bereikt. Zo ging het in 't Gooi in 2023 om ruim 100 besprekingen, en in 2024 tot augustus van dat jaar om 81 besprekingen. In Almere en omgeving werden in de periode april 2022-juni 2025 in totaal 196 casussen besproken, oftewel circa 60 per jaar. Ter vergelijking: in Eemland, de regio waar het DOCO zijn oorsprong vindt, ging het in de periode oktober 2020-juni 2021 om 250 casusbesprekingen. De grootte van het werkgebied van een DOCO zal een rol spelen in de regionale variatie in het aantal

casusbesprekingen. Waarschijnlijk zijn er andere beïnvloedende factoren, zoals de bekendheid van een DOCO bij potentiële casusinbrengers, de overlegfrequentie en de beschikbare tijd per casus.

De beschikbare documentatie bevatte beperkte informatie over de soorten oplossingen die voortkwamen uit de casusbesprekingen. Het beeld wat hieruit naar voren komt is dat in het merendeel van de gevallen sggz de vervolgstap was, maar dat ook tot andere oplossingen werd gekomen, zoals de inzet van een advies-/consultatiefunctie, basis-ggz of het wijkteam. Verder was voor een deel van de casussen een combinatie van vormen van zorg of ondersteuning uit verschillende domeinen de oplossing. In geval van alleen sggz als vervolgstap ging het niet alleen om enkelvoudige, maar ook om combineerde trajecten (co-behandeling). De interviews gaven een grotendeels vergelijkbaar beeld. Aangegeven werd dat tijdens het overleg doorgaans een oplossing wordt gevonden voor de besproken casussen, wat er meestal op neerkomt dat een deelnemende partij de casus verder oppakt. Ook werd benoemd dat de casusbesprekingen vaker leiden tot parallelle trajecten (bijv. behandeling van ggz- én verslavingsproblematiek) of een oplossing buiten de ggz (bijv. in het sociaal domein). Diverse geïnterviewden gaven aan dat een casusbespreking niet stopt voordat een oplossing is gevonden.

4.3 Ervaringen

Algemeen gesteld blijkt uit de beschikbare documentatie en aanvullende interviews dat deelnemers overwegend positieve ervaringen hebben met het DOCO. Het doel en de doelgroep worden duidelijk gevonden. Over het algemeen bestaat er tevredenheid over de werkwijze, en dit geldt ook voor de sfeer en samenwerking tijdens de overleggen.

Deelnemers ervaren op verschillende manieren meerwaarde van een DOCO. Aangegeven werd dat het meestal lukt om tijdens een overleg gezamenlijk tot een concrete oplossing te komen voor de besproken casussen. De algemene veronderstelling is dat de hulpvragers hierdoor sneller passende zorg en/of ondersteuning ontvangen dan wanneer ze niet zouden zijn besproken tijdens het casusoverleg (waaronder dat zij minder vaak op 'verkeerde' wachtlijsten terechtkomen). Het uitblijven van herbespreking van dezelfde casus werd in interviews genoemd als een indicatie dat een gekozen vervolgstap passend was. Vanuit de DOCO's wordt niet gemonitord of de aangedragen oplossingen er daadwerkelijk toe leiden dat besproken hulpvragers tijdiger passende zorg en/of ondersteuning ontvangen. Dit is ook lastig omdat het gaat om anonieme casusbesprekingen. Bovendien vraagt het om over een langere periode volgen van de hulpvragers.

Een ander benoemde meerwaarde van het DOCO is dat de hulpvragen van ingebrachte casussen vanuit een brede, multidisciplinaire blik worden bekeken, waardoor oplossingen niet altijd of alleen in de ggz worden gezocht. Aangegeven werd dat zodoende meer variatie in oplossingen ontstaat dan via de reguliere verwijsroutes. Voorbeelden die worden genoemd zijn het vaker gebruiken van de consultatieve functie, aanbod in het sociaal domein en combinaties van vormen van zorg of ondersteuning (parallelle trajecten binnen de ggz, of tussen ggz en sociaal domein).

Verder kwam uit de interviews als belangrijkste meerwaarde van het DOCO naar voren dat deelnemers elkaar en elkaars aanbod beter leren kennen waardoor de onderlinge samenwerking

verbetert, ook buiten het casusoverleg om. Aangegeven werd dat het DOCO bijdraagt aan kortere lijnen tussen de betrokken partijen, meer onderling vertrouwen, betere afstemming en benutting van elkaars expertise, en het meer voelen van een gezamenlijk verantwoordelijkheid voor het bieden van zorg en/of ondersteuning aan hulpvragers in de regio.

In de interviews is ook expliciet gevraagd naar de potentiële meerwaarde voor het verminderen van wachttijden. Hieruit kwam naar voren dat het DOCO vermoedelijk beperkt bijdraagt aan wachttijdverkortingen omdat de hoeveelheid casussen klein is ten opzichte van de omvang van de wachtlijsten. Verder worden de wachttijden in de ggz veroorzaakt door een complex samenspel van factoren; dit kan niet worden opgelost door een relatief eenvoudige interventie als het DOCO. Wel kan er sprake zijn van een effect via “ontpsychiatisering” en gerichtere verwijzingen.

Ten slotte werd aangegeven dat het DOCO bijdraagt aan een beter zicht op het zorg- en ondersteuningsaanbod in de regio, en de knelpunten (waaronder wachtlijsten- en tijden) die hierin bestaan.

4.4 Aandachtspunten

Uit de documenten en interviews volgen verschillende factoren die het functioneren van het casusoverleg kunnen bevorderen of belemmeren. Overkoepelend over de regio's heen kunnen op basis hiervan aandachtspunten worden geformuleerd voor het succesvol functioneren van een DOCO. Allereerst is het belangrijk dat er duidelijke werkafspraken zijn over het doel en de uitvoering van een DOCO, zodat het inbrengen van casussen, het casusoverleg zelf en de afhandeling daarvan gestructureerd en efficiënt plaatsvinden. De voorzitter heeft een belangrijke rol in het bewaken van deze werkafspraken, daarbij ondersteund door een coördinator of vice-voorzitter. Het is dus relevant dat de voorzittersrol wordt ingevuld door een stevige, kundige persoon.

Een ander aandachtspunt is dat het doel en de doelgroep van een DOCO bekend moeten zijn onder alle potentiële casusinbrengers in de regio. Het gaat daarbij niet alleen om huisartsen en POH's-ggz, maar ook om medewerkers van de partijen uit de ggz en andere domeinen die deelnemen aan het casusoverleg. Specifiek uit de interviews bleek dat de bekendheid van sommige DOCO's nog suboptimaal is onder huisartsen. Daarnaast werden diverse andere factoren genoemd die de inbreng van casussen door huisartsen kunnen belemmeren, waaronder het huisartsentekort, de inzet van flexkrachten (waardoor het DOCO herhaald onder de aandacht moet worden gebracht), beperkte beschikbaarheid van de huisarts op het overlegmoment, en onduidelijkheid bij de huisarts of een casus wel geschikt is om in te brengen. Daarnaast werd het indienen van een casus soms als bewerkelijk ervaren. Het aanmeldproces dient daarom laagdrempelig te worden ingericht, om de belasting voor een inbrenger beperkt te houden, en toch te zorgen voor een goede kwaliteit van aangeleverde casusinformatie.

Kijkend naar de deelnemers aan een DOCO zijn er verschillende aandachtspunten. Geïnterviewden gaven aan dat het ontbreken van belangrijke partijen de effectiviteit van het casusoverleg belemmert. Het is daarom belangrijk dat alle relevante partijen in een regio vertegenwoordigd zijn, en dat deelnemers ook de juiste personen zijn om hun organisatie te vertegenwoordigen. Het structureel aanhaken van ervaringsdeskundigen in het casusoverleg zorgt voor een betere beoor-

deling van casussen, zo bleek uit de interviews. Verder verdient het borgen van de continuïteit van de (de expertise van) deelnemers aandacht; veel wisselingen in korte tijd en niet-structurele deelname dienen te worden voorkómen. Om een casusoverleg effectief te laten verlopen werd ook benoemd dat deelnemers betrokkenheid en verantwoordelijkheid moeten tonen. Dit betekent dat men moet werken aan gelijkwaardigheid en het voorkómen van redeneren vanuit organisatiebelang.

Tijdens de casusbesprekingen wordt meestal tot een oplossing gekomen. Tegelijkertijd werd in de interviews ook gewezen op contextuele factoren die dit soms belemmeren, zoals exclusiecriteria die worden gehanteerd bij ggz-aanbieders, het hebben bereikt van een omzetplafond, beperkt passend aanbod in een regio, en moeilijke bereikbaarheid van aanbod door lange reistijd of beperkte vervoersmogelijkheden.

Een ander aandachtspunt is de opvolging van de oplossingen waartoe via de casusbesprekingen is gekomen. In de interviews werd het feit dat er geen goed zicht is op vervolgstappen en structurele terugkoppeling niet is ingericht, benoemd als een nadeel van het casusoverleg. Helpend lijkt om in ieder geval termijnen af te spreken waarbinnen partijen hun rol in de beoogde vervolgstap moeten uitvoeren. De meeste DOCO's hebben dit soort termijn afspraken gemaakt. Een structurele follow-up van eerder besproken casussen tijdens een volgend overleg (een kort terugkoppelmoment) lijkt ook zinvol. Aangegeven werd dat dit tegelijkertijd ook motiverend werkt voor deelnemers en hun lerend vermogen versterkt. Cruciaal is verder dat deelnemers mandaat hebben vanuit hun organisatie. Uit de interviews kwam naar voren dat in enkele casusoverleggen een mandaat nog niet voor alle deelnemers is geregeld, waardoor de opvolging soms niet goed verloopt. Zonder mandaat blijven oplossingen vrijblijvend. Een andere situatie is dat besproken casussen soms via een DOCO naar een zorgaanbieder in een andere regio worden verwezen; het is de vraag of voor hen de wachttijd daadwerkelijk korter gaat worden.

Het geregeld evalueren van het DOCO is een ander aspect wat relevant wordt gevonden. Dit om organisatorische en inhoudelijke knelpunten te identificeren en op te lossen, bijvoorbeeld rond deelname van partijen of dalende casusinbreng. Benoemd werd dat kennisuitwisseling met DOCO's in andere regio's hierbij ook kan helpen. Uit de interviews kwam naar voren dat enkele DOCO's periodieke fysieke bijeenkomsten organiseren om onderlinge bekendheid en samenwerking te versterken; dit werkt goed volgens geïnterviewden.

Ten slotte behoeft duurzame borging van een DOCO aandacht. Uit de documentenstudie en interviews bleek dat hiervoor onder meer draagvlak en commitment bij alle betrokken partijen nodig zijn, en onderlinge afspraken over de inzet van tijd, middelen en menskracht.



Bee-Improve (2024). Eindrapportage Project Toegankelijke GGZ de Liemers. Ede: Bee-Improve.

Bureau HHM (2023). Verslag evaluatie regiotafel. Enschede: Bureau HHM.

Bureau HHM (2024). Transfertafel regio Zwolle. Enschede: Bureau HHM.

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

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. <https://www.zonmw.nl/nl/programma/versnellers-de-geestelijke-gezondheidszorg>

Bijlage 1 Topiclijst deelnemers DOCO



Inleiding

- Voorstellen
- Korte herhaling doel onderzoek: bezig met ZonMw-evaluatietraject van de versnellers aanpak wachttijden. Onderzoeken werkzame elementen van mechanismes zoals DOCO. Zal leiden tot eindrapport, begin volgend jaar publicatie.
- We zijn geïnteresseerd in jouw ervaringen met het DOCO. → checken benaming DOCO in de regio
- Zoals aangegeven in de uitnodigingsbrief maken wij een opname + transcriptie, bent u nog steeds akkoord? (maken anoniem verslag, wordt geanalyseerd samen met andere verslagen)

Overkoepelende vragen

- Kan je iets vertellen over hoe het DOCO in jullie regio momenteel is georganiseerd / wordt uitgevoerd?
- Hoe lang bestaat het DOCO al in deze vorm?
- Terugkijkend: hoe verliep de implementatie en doorontwikkeling van de DOCO in jullie regio?
 - Wat ging goed?
 - Wat ging minder goed? Wat waren belemmeringen?
- Wat voor type casussen worden ingebracht, en door wie?
 - Zijn er criteria / voorwaarden opgesteld? Zijn deze openbaar?
- Hoeveel casussen worden er besproken tijdens een overleg?
- Heeft het DOCO nog andere functies dan casusbespreking?
- Wat is de relatie met het VG en transfermechanisme?
- Wat is jouw rol in het DOCO? Hoe lang al?
- Wat zijn jouw ervaringen met de casusbesprekingen tijdens het DOCO?
 - Wat gaat er goed?
 - Wat gaat er nog niet goed?
- Kun je voorbeelden geven van een situatie waarin het DOCO goed werkte / veel opleverde? En wanneer het niet goed werkte?

Inbrengen / aanmelden casussen

Wat zijn jouw ervaringen met het inbrengen van casussen?

- Wat gaat er goed?
- Wat gaat er nog niet goed?

(Eventueel) uit te diepen onderwerpen

- Wie zijn de 'inbrengers'?
- Hoe verloopt het inbrengen van casussen praktisch/ procesmatig?
- Is er altijd toestemming gevraagd aan de hulpvrager voor een DOCO?²⁴
- Worden de 'juiste' hulpvragers ingebracht? Hoe wordt dit geborgd?

²⁴ In de werkwijze ontwikkeling Mentale gezondheidsnetwerken (2024) wordt het volgende geschreven: Betrek als het kan de persoon bij de aanmelding voor het casusoverleg of vraag minimaal toestemming daarvoor.

- Heb je nog verbeterpunten of tips m.b.t. het inbrengen van casussen?

Organisatie en planning

Wat zijn jouw ervaringen met de organisatie en planning van het DOCO?

- Wat gaat er goed?
- Wat gaat er nog niet goed?

(Eventueel) uit te diepen onderwerpen

- Wie is verantwoordelijk voor de organisatie en planning?
- Hoe verloopt dit praktisch/ procesmatig?
- Zijn er partijen / deelnemers vaak afwezig?

- Heb je nog verbeterpunten of tips m.b.t. organisatie en planning DOCO?

Uitvoering DOCO

- Hoe ervaar je de samenwerking met de andere deelnemers om te komen tot een effectief overleg?
 - Wat gaat er goed?
 - Wat gaat er nog niet goed?

(Eventueel) uit te diepen onderwerpen

- Wat is belangrijk in de samenwerking tussen de deelnemers? Hoe wordt dit gestimuleerd en geborgd?
- Wat is de rol van de (vice-)voorzitter? Zijn er nog andere belangrijke rollen?
- Wordt er gebruikt gemaakt van bepaalde methodieken, werkwijzen, etc.?

- Heb je nog verbeterpunten of tips m.b.t. de samenwerking tussen deelnemers om te komen tot een effectief overleg?

Oplossingen en opvolging

In hoeverre lukt het om tot concrete oplossingen te komen voor ingebrachte casussen?

- Wat gaat goed?
- Wat gaat er nog niet goed?

- In hoeverre lukt het om deze oplossingen ook daadwerkelijk uit te voeren / op te pakken? Hoe is de samenwerking hierbij met degene die een casus heeft ingebracht?
 - Wat gaat goed?
 - Wat gaat er nog niet goed?

Effecten DOCO

- Wat levert het DOCO op voor hulpvragers / wat kan het opleveren? Hoe kunnen deze effecten worden gestimuleerd?
 - Zijn er nog onvoorziene / negatieve effecten voor hulpvragers?
- Wat levert het DOCO op voor jou als deelnemer en de andere deelnemers / wat kan het opleveren? Hoe kunnen deze effecten worden gestimuleerd?
 - Zijn er nog onvoorziene / negatieve effecten voor professionals / deelnemers?

- Wat levert het DOCO op voor de toegankelijkheid van de ggz?
Hoe kan dit effect worden gestimuleerd?
 - Zijn er nog onvoorziene / negatieve effecten voor de ggz of andere domeinen (huisartsenzorg, sociaal domein, etc.)?
- Hoe staat het met het transformatieplan in jullie regio? Welke plek heeft het DOCO hierin?
Sluit dit aan bij wat je vindt wat nodig is? Waarom wel, waarom niet?
 - Wat is de relatie met andere 'mechanismen' als het VG en transfermechanisme?

Afsluiting

- Nog nabranders?
- Verslag en rapportage
- Vacatievergoeding

