



W21 Drempels en treden voor het aanpakken van de wachttijden in de GGZ

Antwerpen, Wilrijk – Campus Drie Eiken
11 september 2024

W21 Drempels en treden voor het aanpakken van de wachttijden in de GGZ DEEL 1: INPUT, Vraag & Antwoord

Vivian Hemmeler, Jo De Grave

Oprichter '[Gek van GGZ](#)'; Werkgroep Wachttijden SGGG, Innovatief(wiskundig) onderzoek Nederlandse wachttijden; kwaliteitscoördinator UPC KULeuven

INLEIDING [opzet werkwinkel, verschillen tussen Nederland & België, kennismaking met wachtrijtheorie]

Jo De Grave

Werkgroep Wachttijden SGGG; Onderzocht de wiskunde van de wachttijden in de Vlaamse GGZ en helpt organisaties bij het beheersen van wachttijden

(BE)GRIJPEN VAN WACHTTIJDEN IN DE GGZ [oorzaken; hefboomen voor het aanpakken van wachttijden; kliniek & logistiek: van data naar kennis]

Martijn Mahler

Directeur [Bee Improve](#); leidt verschillende projecten m.b.t. toegankelijkheid & wachttijden in de Nederlandse GGZ

NEDERLANDSE INTERVENTIES BIJ HET VERKORTEN VAN DE WACHTTIJDEN IN DE GGZ [Monitoring & dashboards, centrale toeleiding, overlegtafels]

Peter Beks

Directeur Zorg van [CGG INTEGRA](#) (Limburg), waar dit jaar een in- en doorstroombeleid geïmplementeerd werd

IMPLEMENTATIE VAN EEN IN- EN DOORSTROOMBELEID IN CGG INTEGRA, 2024 [casus, lessen en reflecties]

Opzet van deze werkwinkel [90 minuten]

- INLEIDING (10')
- INPUT (45'+15')
 - 3 keer 15 minuten, telkens gevolgd door 5 minuten 'Vraag & Antwoord'
- DIALOOG (20')
 - Randvoorwaarden en succesfactoren
 - aanbevelingen voor het beleid

INLEIDING

Vivian Hemmelder, Jo De Grave

- **Waarom?**
- **Waarschuwing: verschillen tussen Nederland & België, maar oplossingen zijn universeel**
- **Wachtrijtheorie: snelle kennismaking**

Waarom deze werkwinkel?

post!

Wachten op jeugdzorg

Wachlijsten. Ellenlange wachlijsten. In de geestelijke gezondheidszorg en de bijzondere jeugdzorg, in het onderwijs. Het is frappant om te zien dat er hierbij een gelatenheid lijkt op te treden: Aan de ouders luidt het: 'Meld alvast aan, het is waarschijnlijk meer dan een jaar wachten.' In het eigen team: 'Zouden we deze jongere nog wel doorverwijzen naar die instantie? De laatste keer dat we informeerden was er een wachttijd van drie jaar.' In onszelf: 'Werken we niet snel genoeg? Houden we jongeren te lang vast? Waar komen die lange wachttijden vandaan?'

Ellenlange wachlijsten. Het is frappant om te zien dat er hierbij een gelatenheid lijkt op te treden:

Even, en dan roept het werk weer. Met de druk die zo'n wachtlijst met zich meebrengt, is er weinig tot geen tijd om stil te staan, de situatie vanop een afstand te bekijken. We doen maar door in de hoop snel een beter perspectief te kunnen bieden. Tot we als hulpverlener tot het besef komen dat we functioneren in een falend systeem. Een systeem dat er niet in slaagt om elke jongere en elk gezin dat hier recht op heeft en hier ook nood aan heeft, tijdig de juiste hulp te bieden. Daar word je stil van.

Proberen vatten wat er misloopt, is niet makkelijk en brengt geen verbetering, maar is even essentieel als verder blijven werken om toch maar enkele jongeren en hun gezin te kunnen ondersteunen. Dat stilstaan en reflecteren roept vooral vragen op. Voelen jongeren zich zoveel minder goed in

'Wer-

ken we niet snel genoeg? Houden we jongeren te lang vast? Waar komen die lange wachttijden vandaan?'

Met de druk die zo'n wachtlijst met zich meebrengt, is er weinig tot geen tijd om stil te staan, de situatie vanop een afstand te bekijken. We doen maar door in de hoop snel een beter perspectief te kunnen bieden.

18 december 2023

hun vel dan die van vroeger? Is er vandaag meer aandacht voor het mentale welzijn van jongeren en wordt nu belicht wat er

besef dat we functioneren in een falend systeem.

ant op de norm was? Is onze maatschappij zo prestatiegericht en individualistisch geworden dat ook kinderen hieronder lijden? Wat hebben ouders nodig om te vertrouwen in hun capaciteit om een goede ouder te zijn? Mogen kinderen nog gefrustreerd worden of hebben ouders het gevoel te falen wanneer hun kind zijn ongenoegen

Proberen vatten wat er misloopt, is niet makkelijk en brengt geen verbetering,

ver niet willen voelen), of is er nog tijd om ook gevoelens als verdriet en angst een

plaats te geven? Is er mogelijkheid om ons kwetsbaar op te stellen of onderhouden we de illusie van irrealistische 'perfecties' zoals de gedeeld worden op sociale media? En len we ons verhoudend met de onder zijn we para ego-eiland geving?

'samen zoeken'.

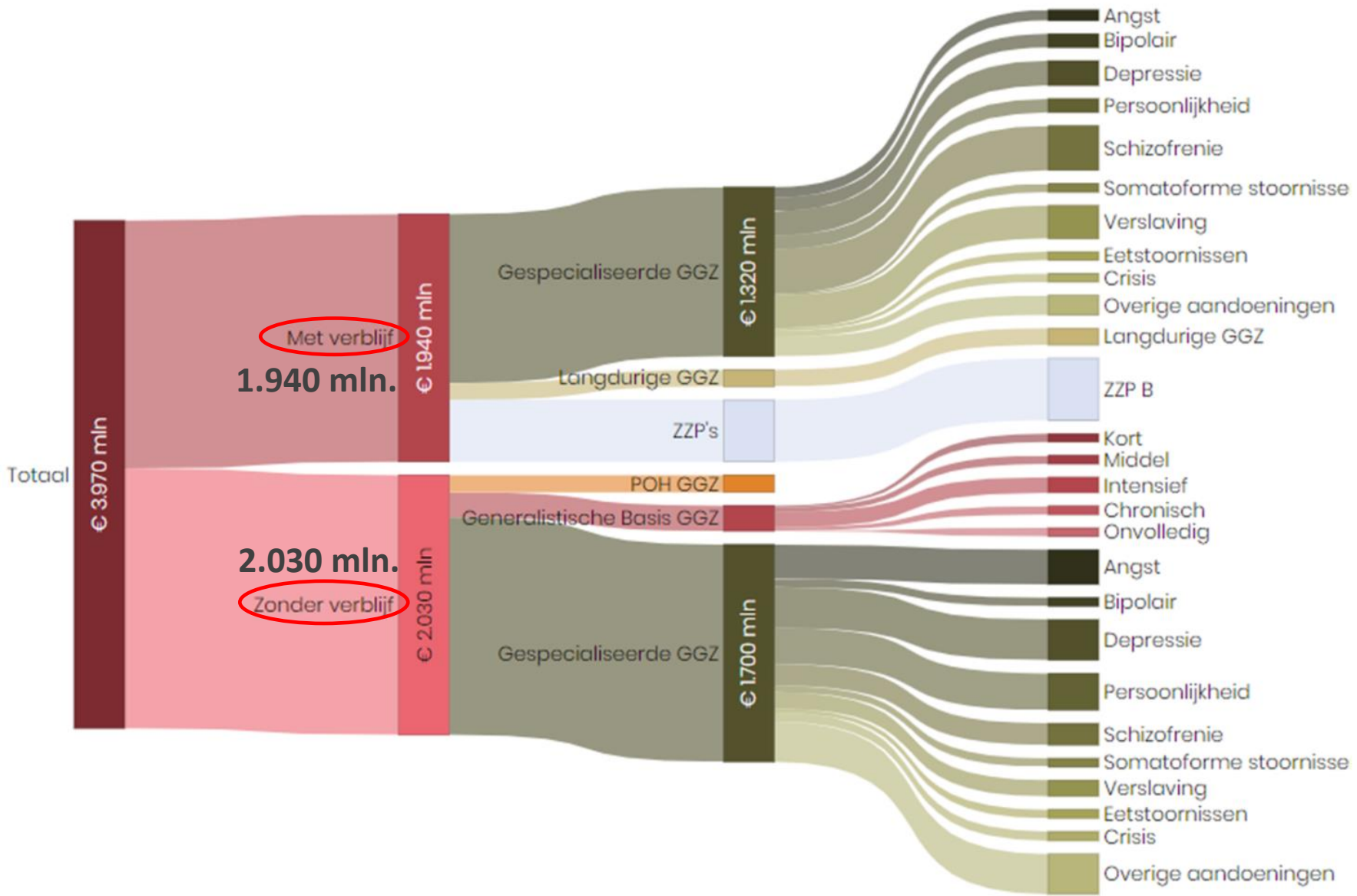
Het antwoord op deze vragen is niet bij degene die ze stelt, maar bij het 'samen zoeken'. Willen we als maatschappij tijd nemen om samen te zoeken naar hoe we jongeren een wereld kunnen bieden waarin ze zichzelf en hun eigen kwaliteiten en grenzen op een zo gezond mogelijke manier leren ontdekken, om zo op te kunnen enwichtige volwassenen?

Dr. Claire Mertens, kinder- en jeugdpsychiater PAika – UZ Brussel

Waarschuwing: verschillen tussen Nederland en Vlaanderen bv.:

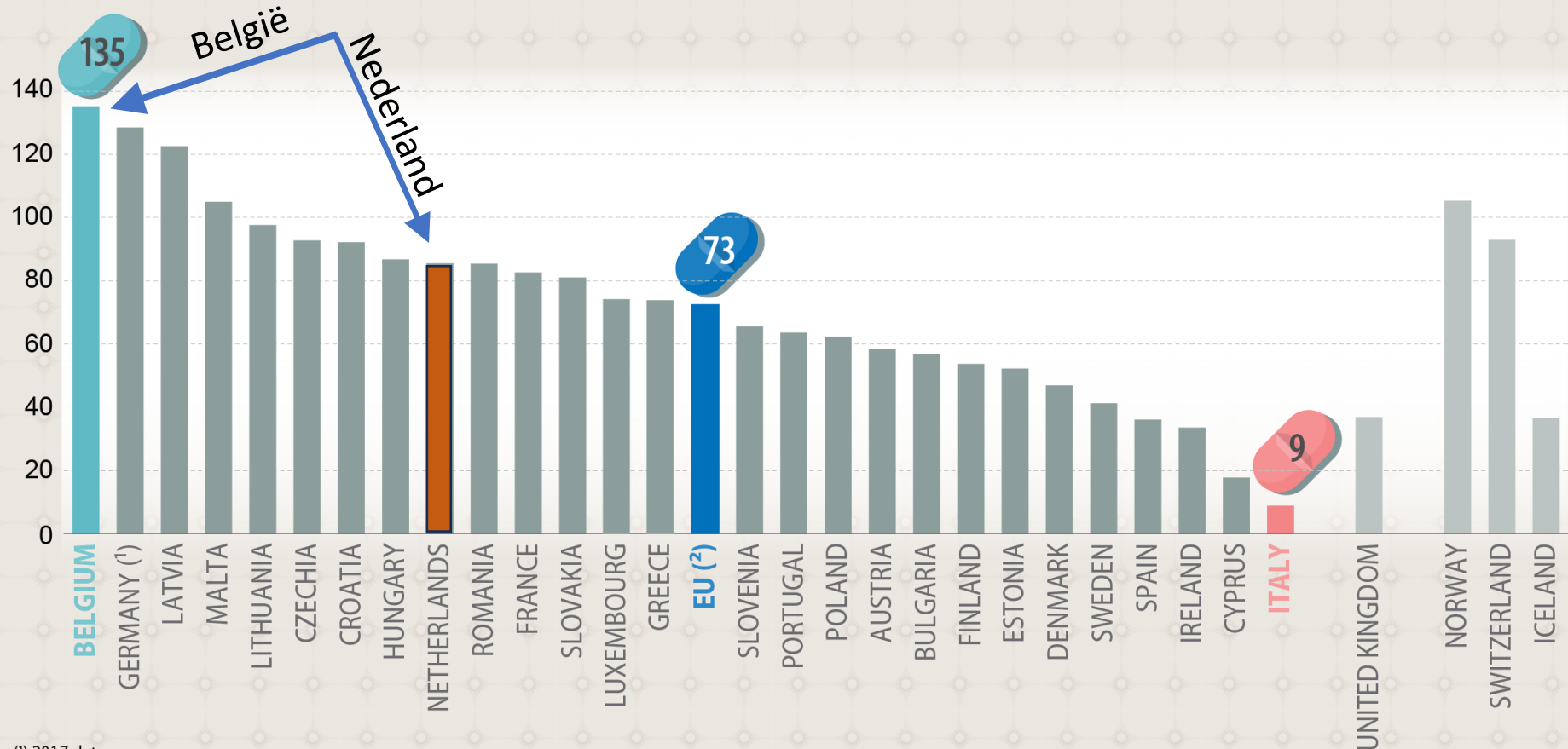
- **Verzekeringstelsel:** verschillende aanbieders (inkopen van zorg) versus RIZIV en 'mutualiteiten'. (ook: kostprijs voor cliënt)
- **Aansturing:** Zorg-regio's, netwerken, eerstelijnszones,...
- Relatieve (al dan niet geplafonneerde) **budgetten** voor GGZ
- **Verhouding budgetten** voor ambulante/residentiële zorg
- Verhouding tussen **aantallen hulpverleners** (bv. huisartsen, psychiaters)
- **Zorgmodellen:** 'protocollair' versus 'vrij'
- **Aandacht voor** (het aanpakken van) lange **wachttijden**
- **Verschillen in** waar de **wachttijden** het langst zijn (NL: langdurige zorg, BE: acute zorg voor kinderen en jongeren)

Nederland (verdeling budgetten ggz, enkele jaren terug)



Hospital beds for psychiatric care

(per 100 000 inhabitants, 2018 data)

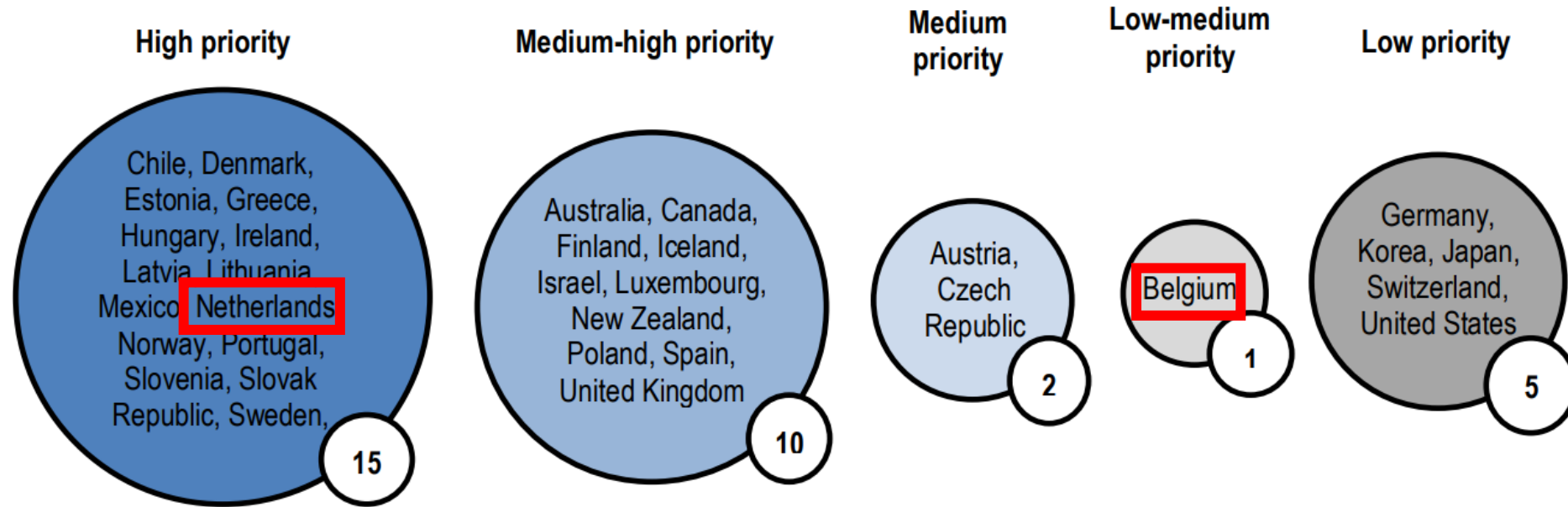


(¹) 2017 data.
(²) Estimated.

ec.europa.eu/eurostat

Bron: https://ec.europa.eu/eurostat/documents/4187653/10321620/Hospital+beds+for+psychiatric+care_3.png

Waiting times are an important policy priority in many OECD countries.



Source: Based on responses from 33 countries to the OECD Waiting Times Policy Questionnaire (information is missing from three countries: France, Italy and Turkey).

Verschillen tussen Nederland en België, maar... Oplossingen voor wachtrijen zijn universeel

De indruk dat “onze problemen anders zijn” is een veel voorkomende ziekte die organisaties over de hele wereld treft. Ze zijn zeker verschillend, maar de principes die helpen om de kwaliteit van producten en diensten te verbeteren, zijn universeel van aard.

W. Edwards Deming

Snelle kennismaking met 'wachtrijtheorie'



- **Waarom wachtrijtheorie begrijpelijk maken?**
- **Wachtrijtheorie ***
 - **Wachtrij-systeem**
 - Aankomstproces
 - Wachtrij
 - Serviceproces
 - ... en verlaten van het systeem
 - **De 'wiskunde van de wachtrijen' (intro)**
 - **Little 's Law**

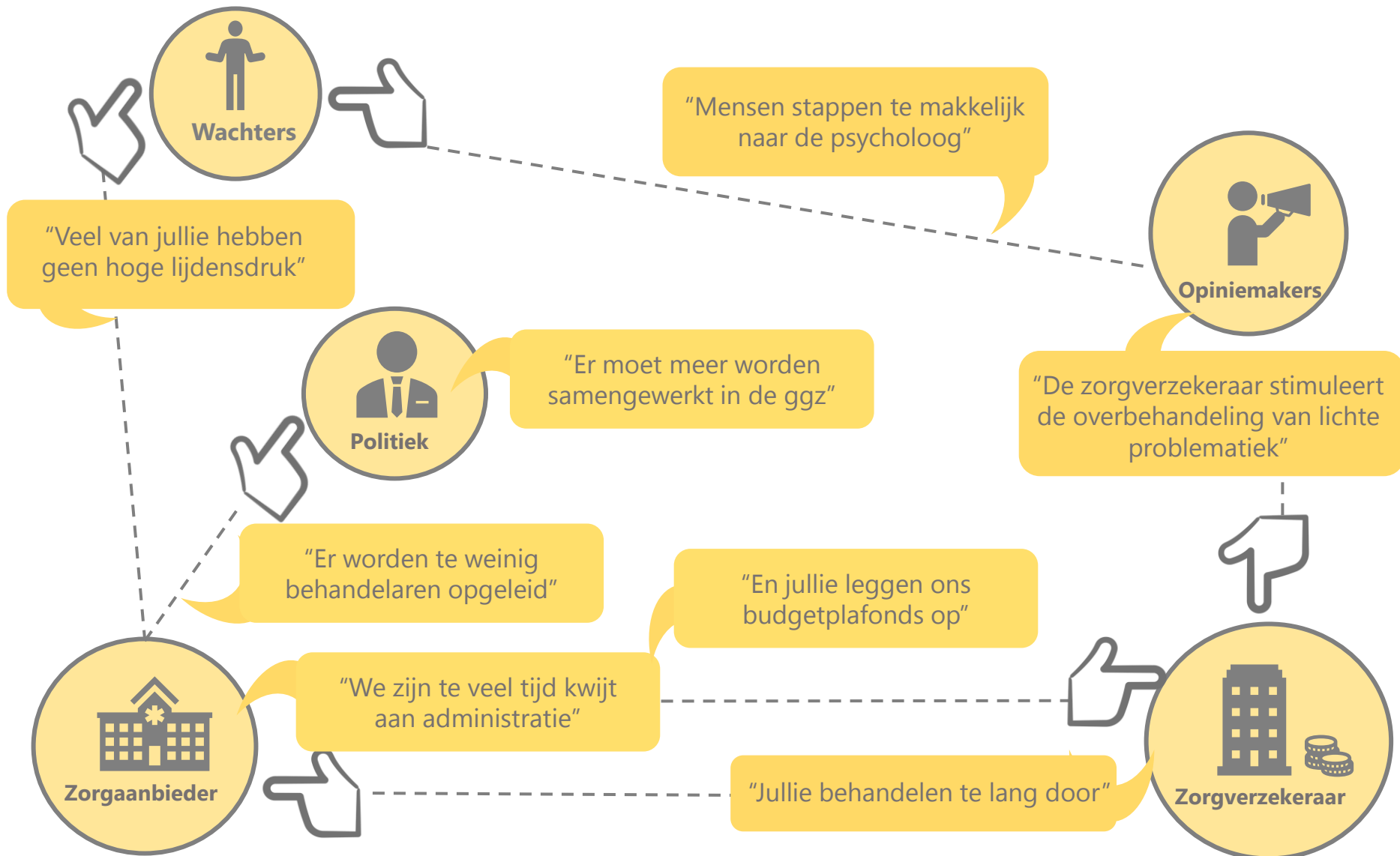
(*) naar een uiteenzetting van prof. dr. Lizabeth Thompson, California Polytechnic State University, USA
<https://www.youtube.com/watch?v=ch0MRQcZSUE>

Waarom wachtrijtheorie begrijpelijk maken*?

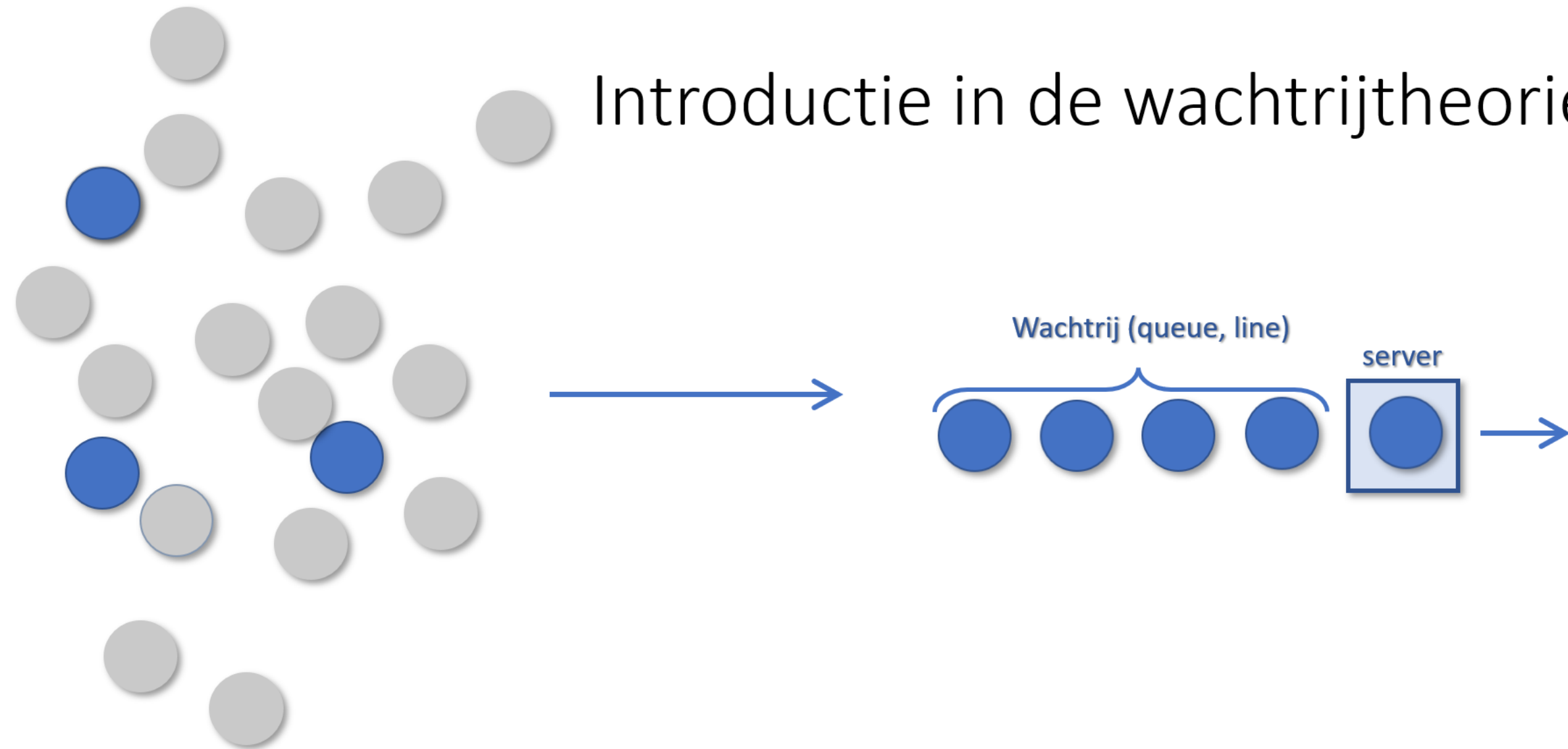
- Belangrijk voor het **oplossen en voorkomen van operationele opstopping** (bottlenecks) of zelfs systeemfalen (bv. stilstand met intakestop)
- **Praktijkmensen ervaren wachtrijtheorie vaak als complex en wachtrij-analyse gebeurt amper of moeizaam**
- **Praktijkmensen vragen begrijpelijke en eenvoudige toepassingen** van de wachtrijtheorie in het werk van alledag,
 - vanuit het perspectief van de dienstverlening in de ggz en de 'mindset' van de dienstverlener.
 - als hulpmiddel voor een betere dienstverlening.

(*) FAKOKUNDE, T.O., et al. (2017) *Understanding the queuing theory for improved service delivery: an entrepreneurial-mindset approach*. Ethiopian J. of Business and Economics (The) 6(1):33 DOI:10.4314/ejbe.v6i1.2

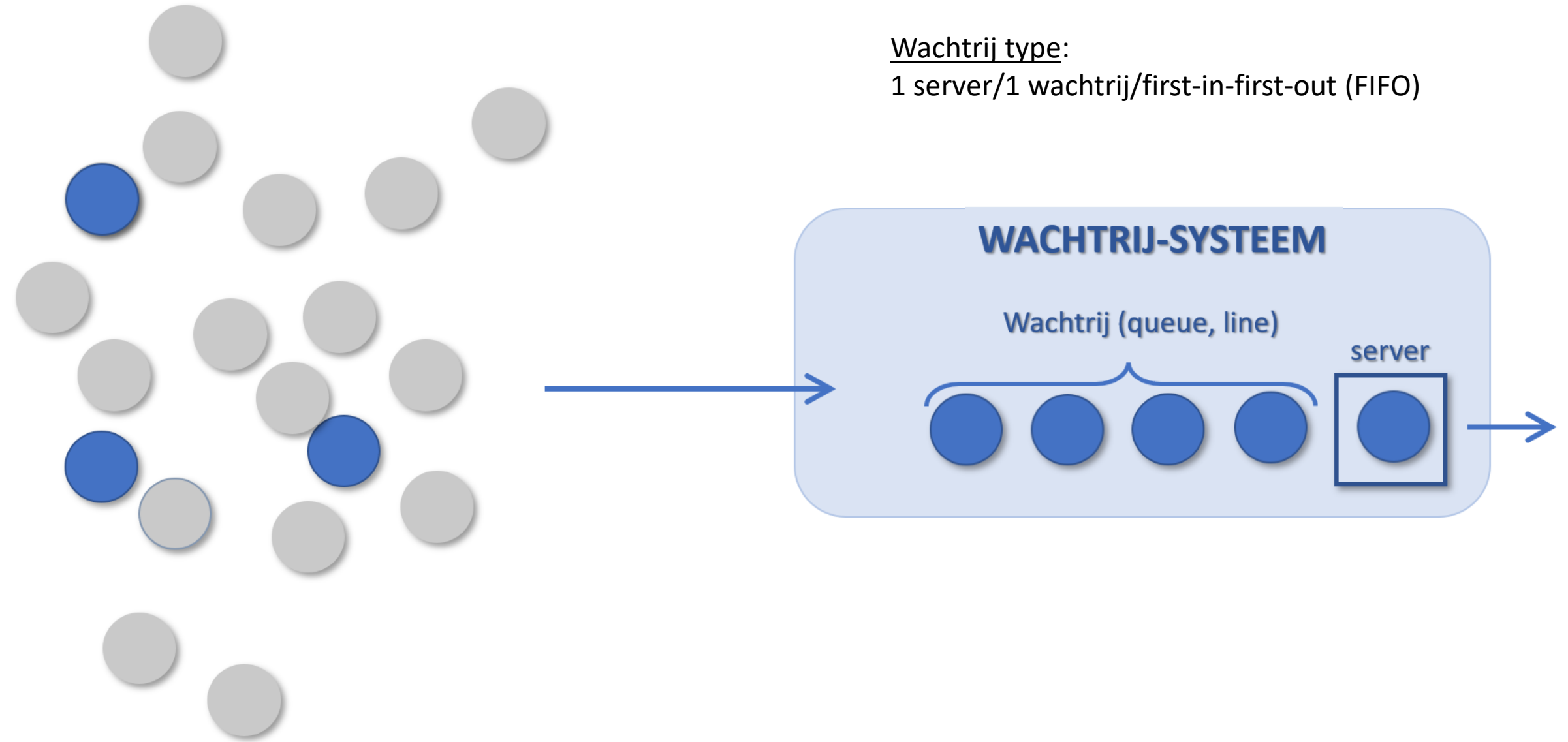
Bovendien: de verschillende partijen wijzen naar elkaar, waardoor niemand écht verantwoordelijkheid neemt.



Introductie in de wachtrijtheorie



Wachtrij type:
1 server/1 wachtrij/first-in-first-out (FIFO)



Wachtrij-systemen

● cliënt ■ server

1 wachtrij

meerdere wachtrijen

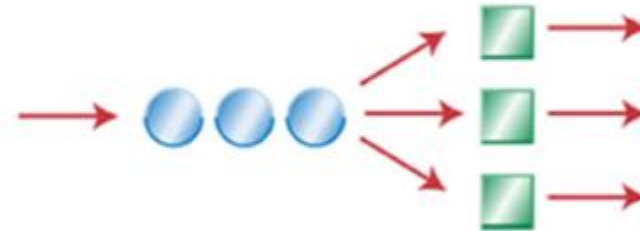
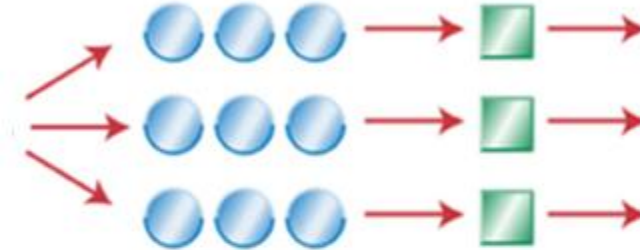
opeenvolgende wachtrijen

1 of meerdere, parallelle servers

Opeenvolgende servers (fasen)

Kenmerken van de 'bediening':

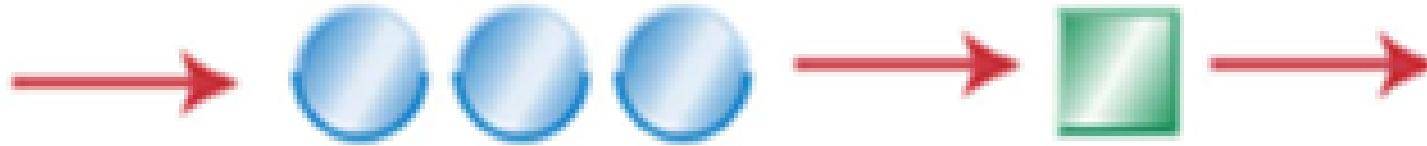
- FIFO, LIFO
- Dringend eerst
- Snelkassa
- Standaard of 'op maat'
- ...



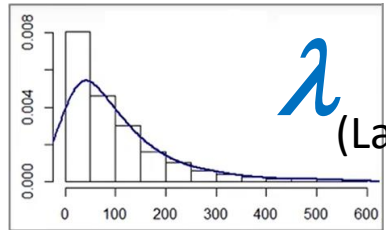
De wiskunde v/d wachttijden (in een eenvoudig systeem: M/M/1)

wachtrij

dienstverleningsproces



aankomstsnelheid

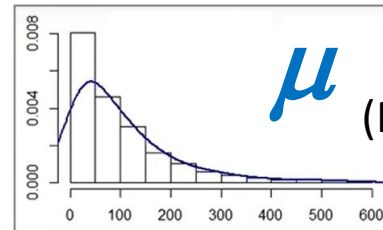


λ
(Lambda)

- Aantal wachtenden L_1
- gemiddelde wachttijd W_1

(Poisson-verdeeld)

Serviceuur W_2 , servicesnelheid (\approx snelheid waarmee iemand v/d wachtlijst wordt gehaald)



μ
(Mu)

Caseload L_2 : aantal mensen tegelijk bediend

Bezettingsgraad ρ : mate waarin de capaciteit van 'de server' (Rho) benut wordt.

$\rho < 100\%$ \rightarrow vrije plaats voor wachtende(n)

$\rho = 100\%$ \rightarrow er ontstaat wachtrij
(zelfs al vanaf $\rho \geq 85\%$!)

$$\rho = \frac{\lambda}{\mu}$$

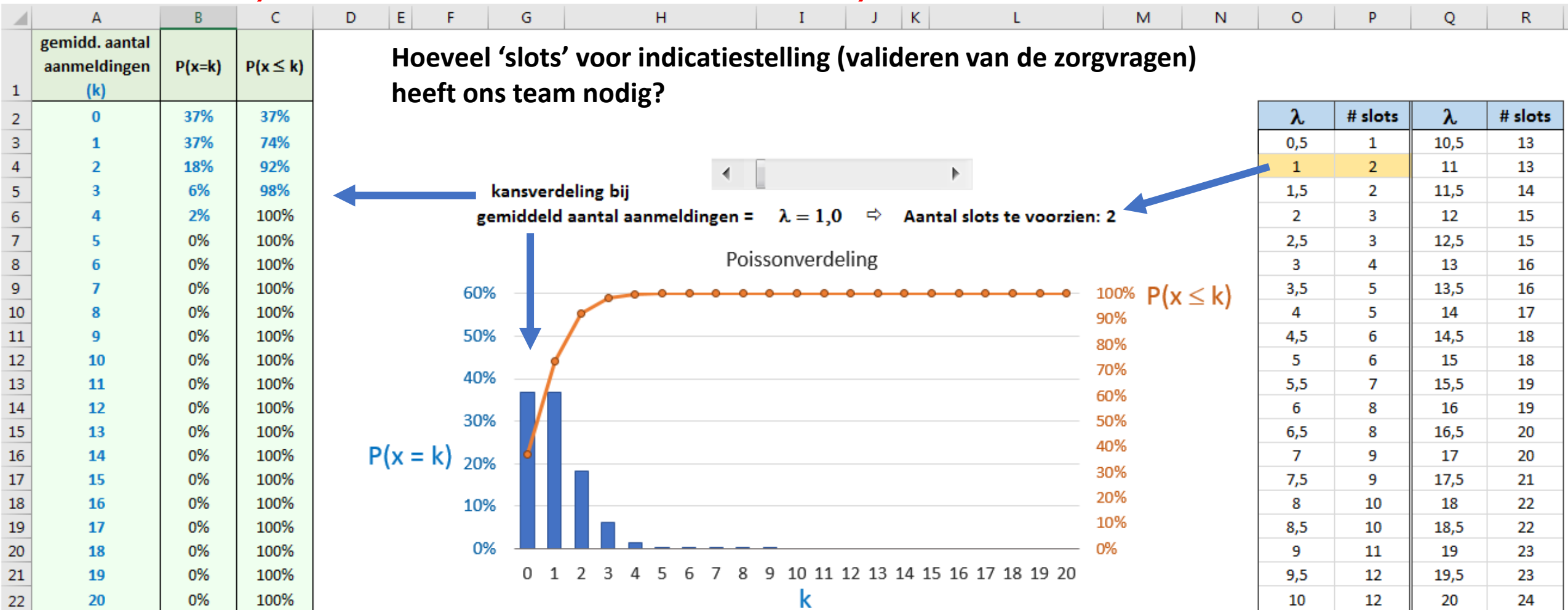
$$L_s = \frac{\rho}{1-\rho}$$

$$W_s = \frac{L_s}{\lambda}$$

Little 's Law

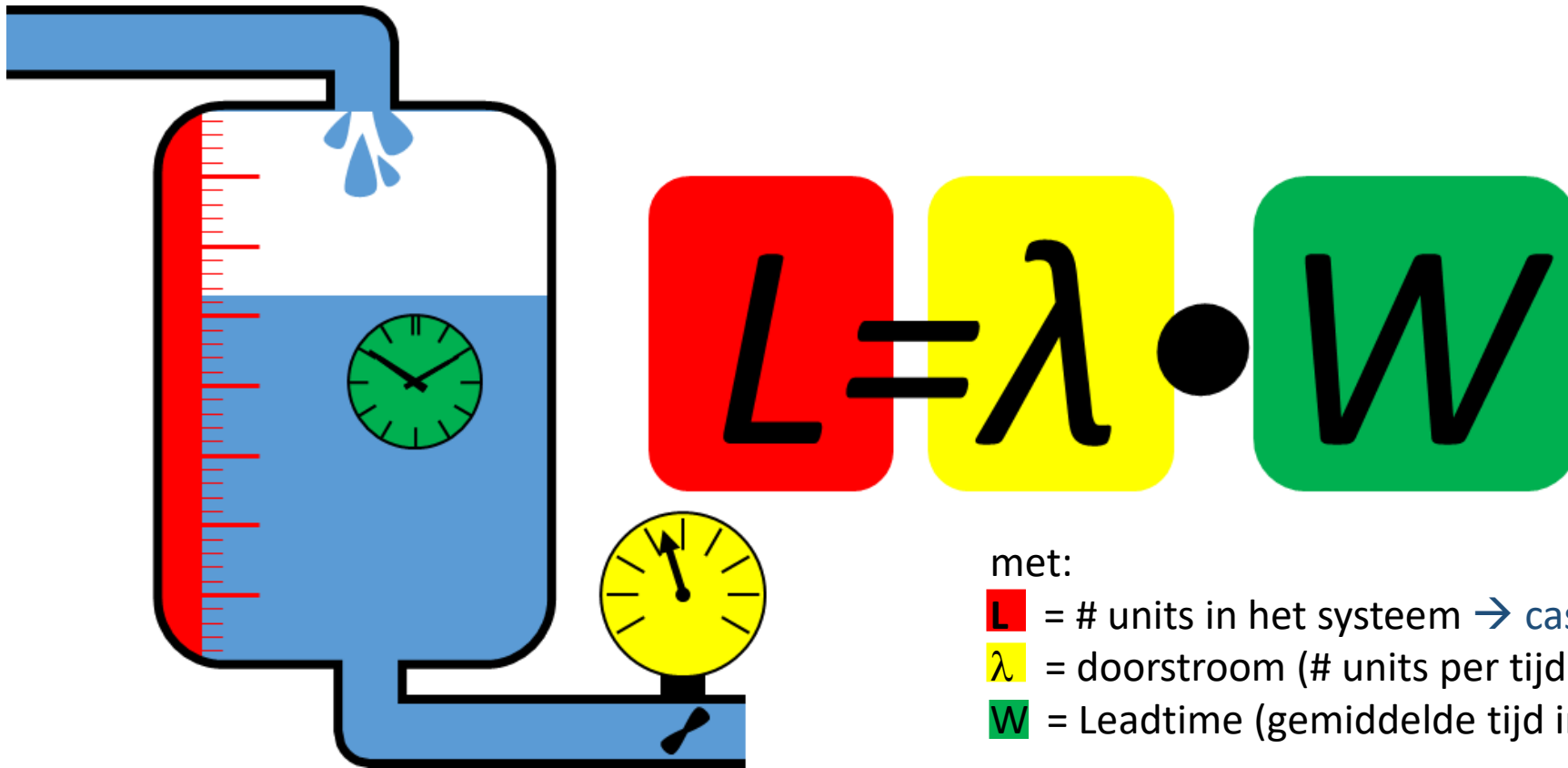
de 'wiskunde van de wachttijden' toegepast (voorbeeld): Aankomstsnelheid \Rightarrow Poisson kansverdeling

bezettingsgraad ρ (Rho) \rightarrow er ontstaat wachtrij, zelfs al vanaf $\rho \geq 85\%$! \rightarrow HOE KUNNEN WE DIT VERMIJDEN?



gemiddelde tijd tussen 2 aanmeldingen: 1,00 TE

Wet van Little



met:

- L** = # units in het systeem → caseload
- λ** = doorstroom (# units per tijdseenheid)
- W** = Leadtime (gemiddelde tijd in systeem)



Little 's Law, anders genoteerd:

$$\frac{L}{W} = \lambda$$

Toegepast op een 'behandelsysteem'?

↳ "behandel-server"

Voorbij 'de wiskunde':

*“De kracht van de wet van Little is niet het vermogen om **WIP*** (bv. caseload), doorstroom of doorlooptijd (bv. gem. behandelduur) te voorspellen. De ware kracht ligt in het vermogen om (team-)gedrag te beïnvloeden met de onderliggende wetmatigheden“*

(Dave White, Depth Consulting, Canada)

(* **WIP**: 'Work In Progress' = **L** met $L = \lambda \cdot W$)

(BE)GRIJPEN VAN WACHTTIJDEN IN DE GGZ

Jo De Grave

- **Oorzaken:** vele oorzaken op verschillende niveaus
- **hefbomen** voor het aanpakken van wachttijden
- **kliniek & logistiek:** van data naar kennis
- **Vraag & Antwoord**

Een vijfde van de patiënten in de psychiatrie is dakloos: ‘Soms zijn we meer een immokantoor dan wat anders’

- **HOUSING FIRST**
- In Vlaanderen blijft gemiddeld een vijfde van de thuislozen langer op de psychiatrie dan eigenlijk nodig zou zijn, en dat is vooral omdat ze nadien geen plek hebben om naartoe te gaan. **“We hebben soms patiënten die al vijf of zes maanden ontslagen hadden kunnen zijn, maar voor wie we geen oplossing vinden”**, zegt Catthoor. Als ze de patiënten naar huis zou sturen zonder zicht op huisvesting, weet ze dat de kans groot is dat ze hen over enkele maanden opnieuw moet opvangen.

The Economist

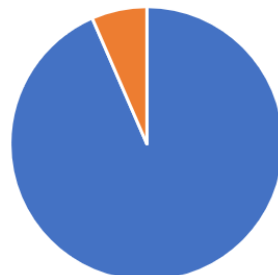
DRUG POLICY CANNOT BE APPLIED IN ISOLATION. IT MUST BE JOINED WITH HEALTH CARE, HOUSING, PUBLIC EDUCATION AND OTHER SERVICES

“Health in all policies”?

Paul Griffiths, the science director at the European Union’s drug-monitoring agency, says that too much focus is put on criminal policy alone. Global factors play a big role; for example the Taliban’s suppression of opium-poppy production could lead European heroin supplies to dry up.

In any case, says Mr Griffiths, drug policy cannot be applied in isolation. It must be joined with health care, housing, public education and other services. Europe features strong welfare states, which is one big reason 6,000-7,000 die of overdoses there each year, compared with around 100,000 in America with a similar population.

Jaarlijks aantal overlijdens door overdosis



■ USA ■ EU

voor elke dode door overdosis in Europa zijn er 14 doden door overdosis in de Verenigde staten.

Gevaar van misverstand...

*“Aan de aanbodzijde kan alleen een **permanente en aanhoudende** toename van het aanbod leiden tot een **permanente** afname van de wachttijden”*

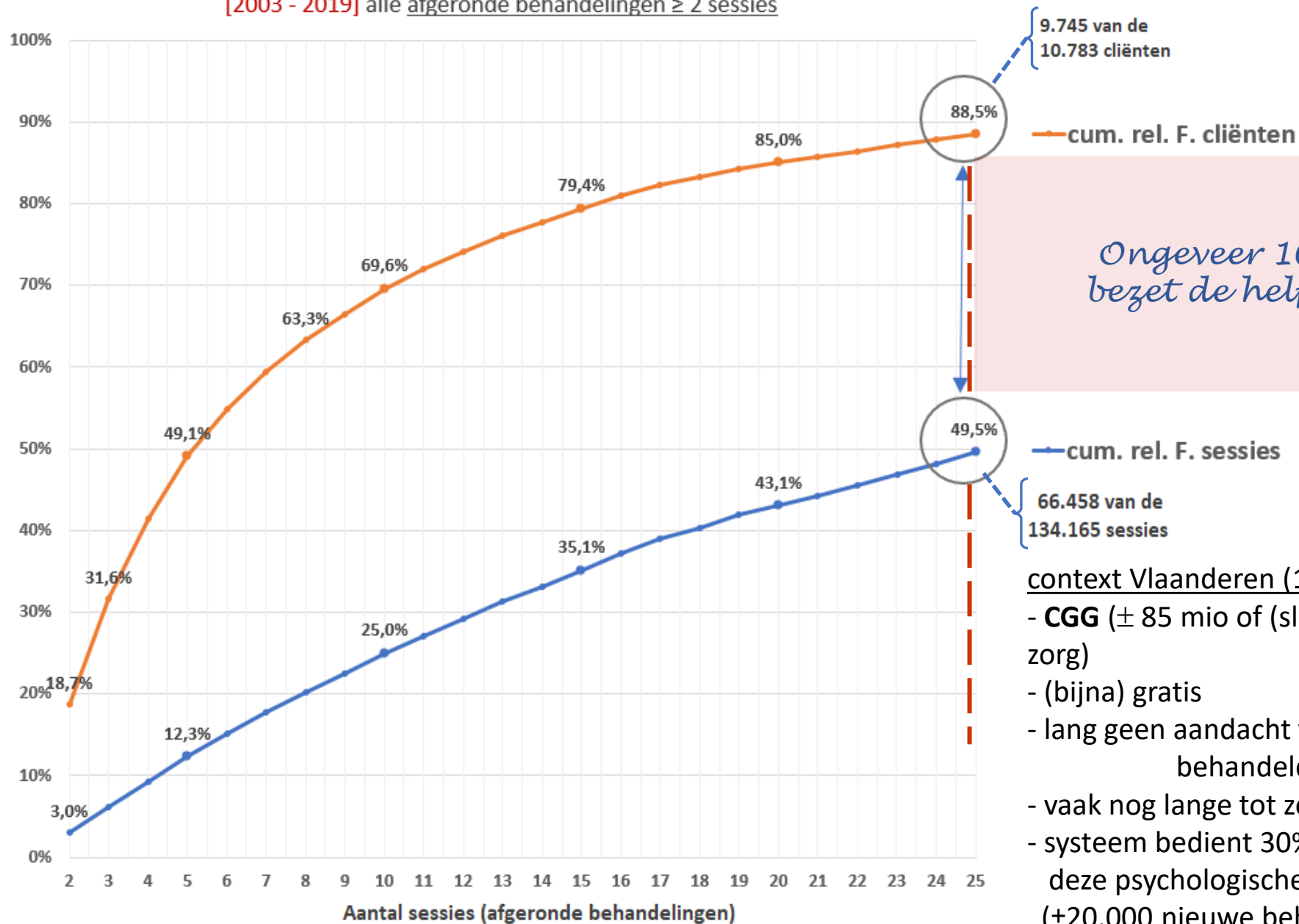


(Martin en Smith, 2003)*

~~*“Aan de aanbodzijde kan alleen een toename van het aanbod leiden tot een afname van de wachttijden”*~~

(*) Martin, S., Smith, P.C. (2003) Using panel methods to model waiting times for National Health Service surgery, Journal of the Royal Statistical Society Series A, 166, 369-387.

Volwassenenteams (reguliere werking) CGG "Z"
 cumulatieve relatieve frequentie van # cliënten en # sessies
 [2003 - 2019] alle afgeronde behandelingen ≥ 2 sessies



9.745 van de 10.783 cliënten

Ongeveer 10% van de cliënten bezet de helft van de capaciteit

66.458 van de 134.165 sessies

- context Vlaanderen (18 CGG):
- CGG (± 85 mio of (slechts) 5% van budget gespecialiseerde zorg)
 - (bijna) gratis
 - lang geen aandacht voor sessiefrequentie & behandelduur of ROM
 - vaak nog lange tot zeer lange (K&J) wachtlijsten
 - systeem bedient 30% à 40% van de mensen die deze psychologische hulp nodig hebben (±20.000 nieuwe behandelingen per jaar; caseload ±50.000)



2. hefboomen

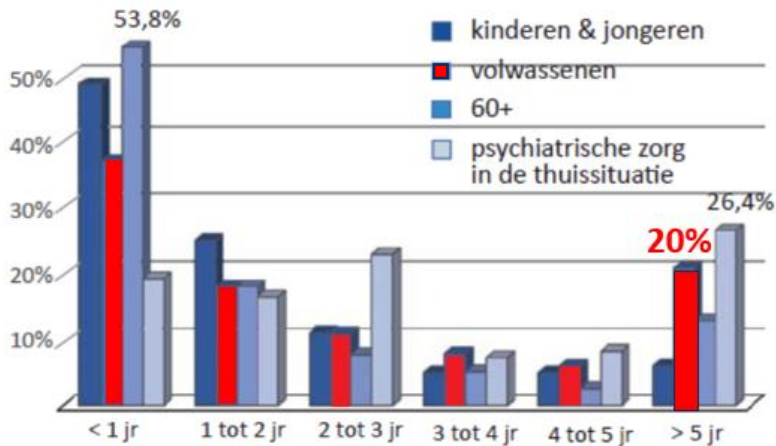
- A) Is het mogelijk de wachttijden in te korten?
- B) Aan welke 'knoppen' kunnen we draaien?

Effect van in- en doorstroombesleid

Verdeling caseload volgens behandelduur (volwassenen: rode balkjes)

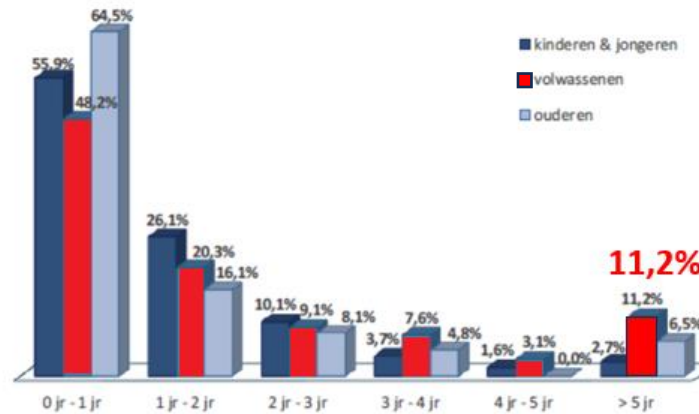
2016

verdeling behandelduur - caseload - eind 2016



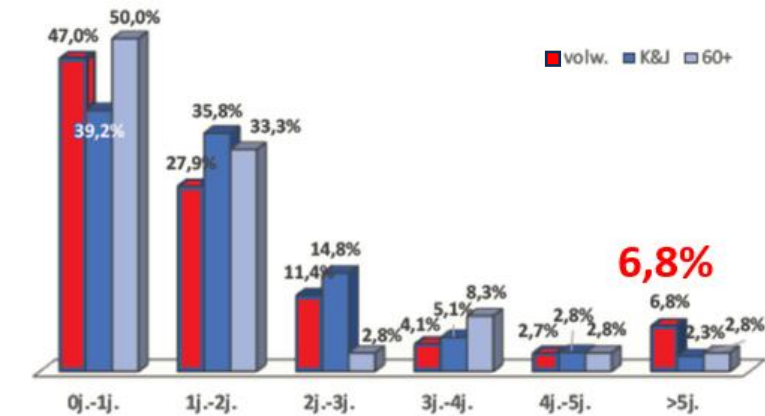
2019

verdeling behandelduur - caseload (excl. ELP) eind 2019



2020

verdeling behandelduur - caseload (excl. ELP) eind 2020



1/3de van de volwassenen is minder dan een jaar in therapie, maar 1 op vijf is na 5 jaar nog in behandeling.

De gemiddelde behandelduur bedraagt 1,3 j. voor kinderen en jongeren, 2 jaar voor volwassenen en 1,2 jaar voor de cliënten van het ouderenteam.

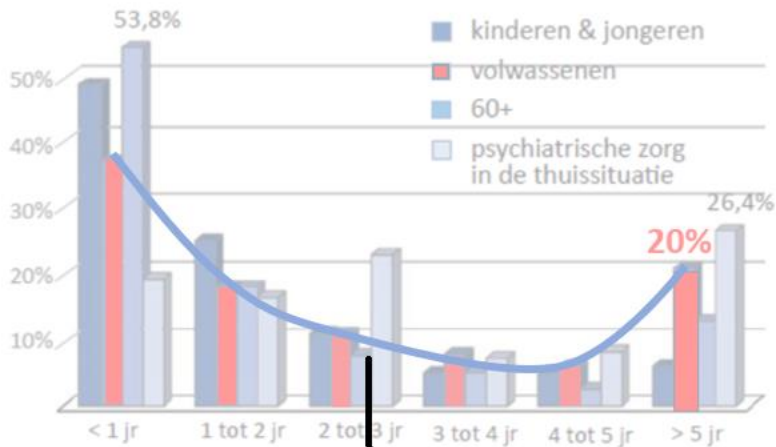
De gemiddelde behandelduur bedraagt 1,4 j. voor kinderen en jongeren, eveneens 1,4 jaar voor volwassenen en 1,3 jaar voor de cliënten van het ouderenteam.

Effect van in- en doorstroombeleid

Verdeling caseload volgens behandelduur

2016

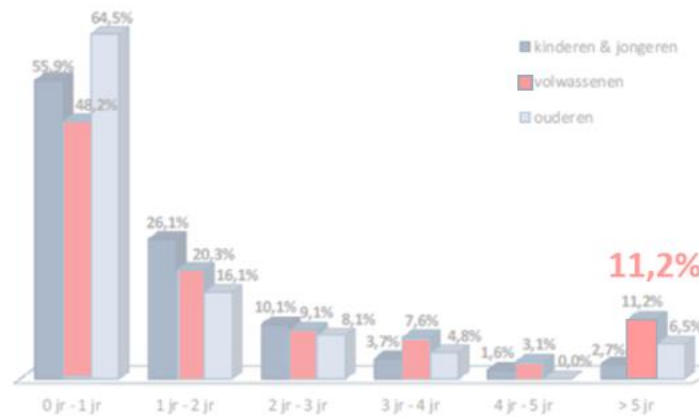
verdeling behandelduur - caseload - eind 2016



1/3de van de volwassenen is minder dan een jaar in therapie, maar 1 op vijf is na 5 jaar nog in behandeling.

2019

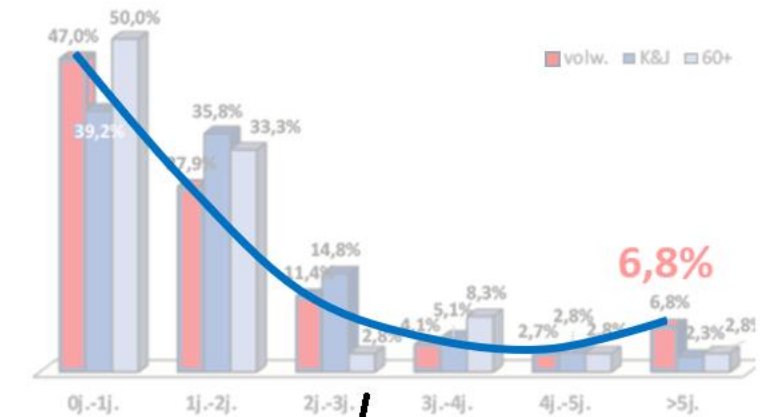
verdeling behandelduur - caseload (excl. ELP) eind 2019



De gemiddelde behandelduur bedraagt 1,3 j. voor kinderen en jongeren, 2 jaar voor volwassenen en 1,2 jaar voor de cliënten van het ouderenteam.

2020

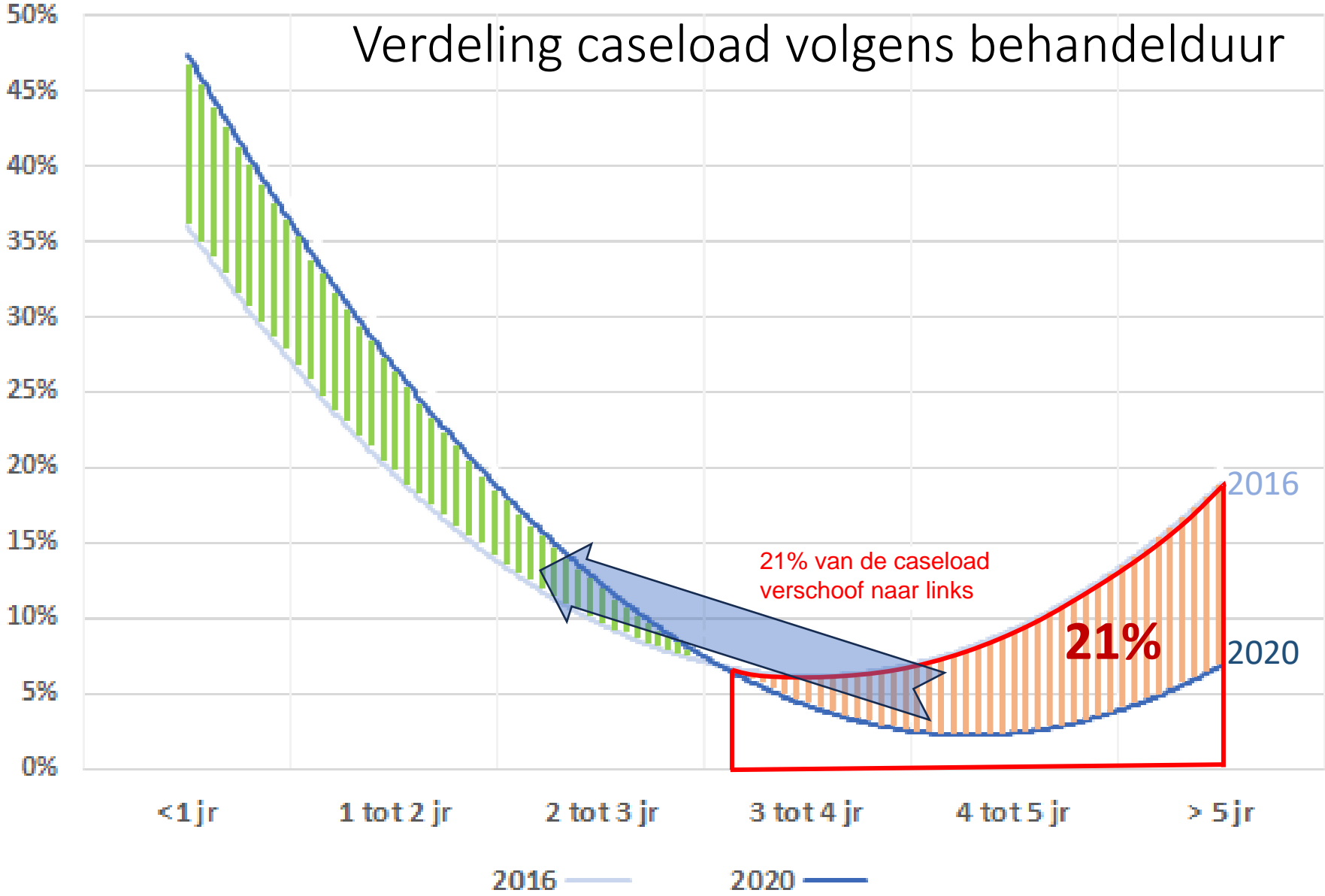
verdeling behandelduur - caseload (excl. ELP) eind 2020



De gemiddelde behandelduur bedraagt 1,4 j. voor kinderen en jongeren, eveneens 1,4 jaar voor volwassenen en 1,3 jaar voor de cliënten van het ouderenteam.

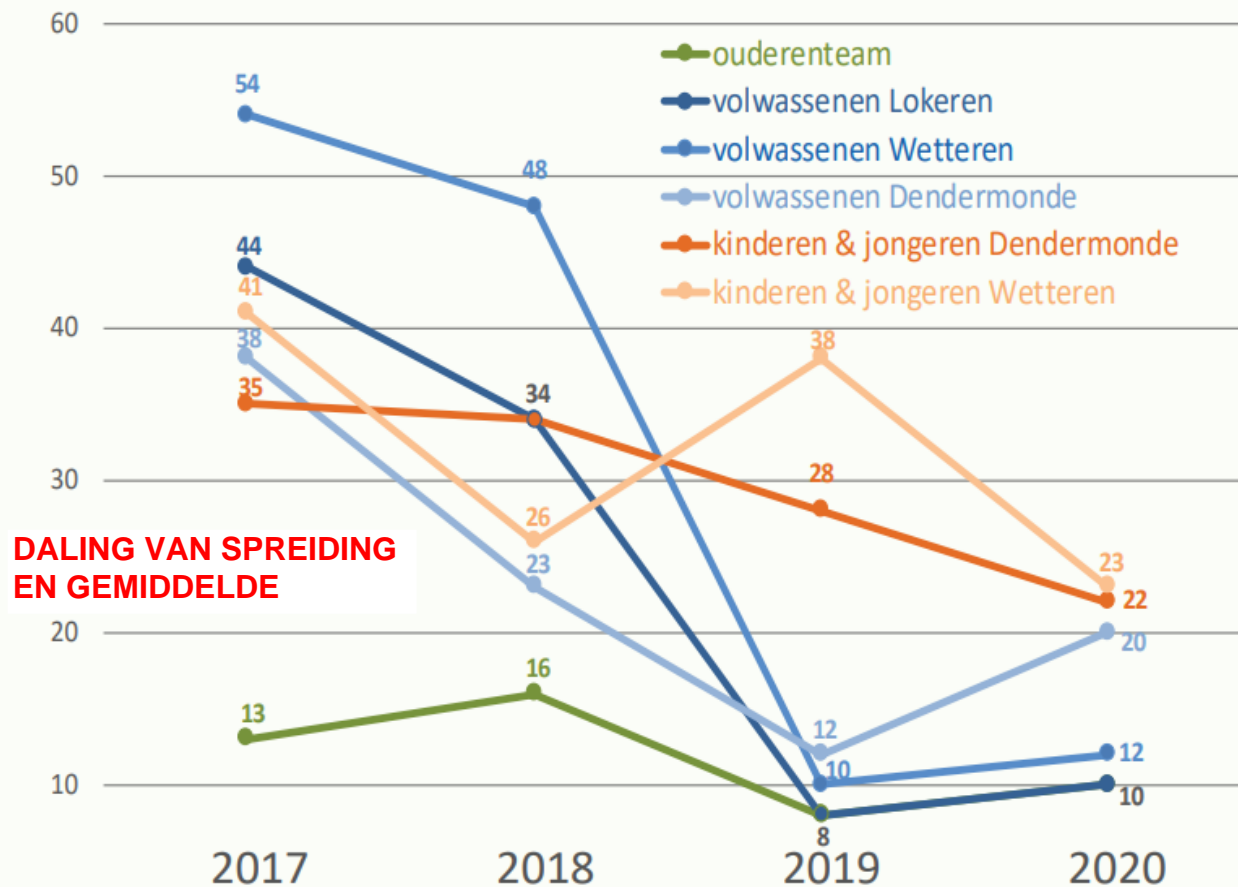


Effect van in- en doorstroombeleid



Na optimaliseren instroom en meer aandacht voor intensiteit en duur van de behandeling:

2020 - Driekwart van de cliënten start met de behandeling binnen [...] weken:



Het aantal aanmeldingen overstijgt onze behandelcapaciteit, wat tot wachtlijsten leidt. In urgente situaties wordt een eerste afspraak gepland binnen 24 uur.

Grafiek: tijd tussen aanmelding en 2^{de} afspraak. 75% van de cliënten met een tweede afspraak (meestal start van de behandeling) wachtten hier niet langer dan 8 weken op.

De cliënten van het ELP-project 'Missing link' wachtten gemiddeld 2,5 weken op hulp. Vier op vijf cliënten hebben binnen de drie weken een afspraak.

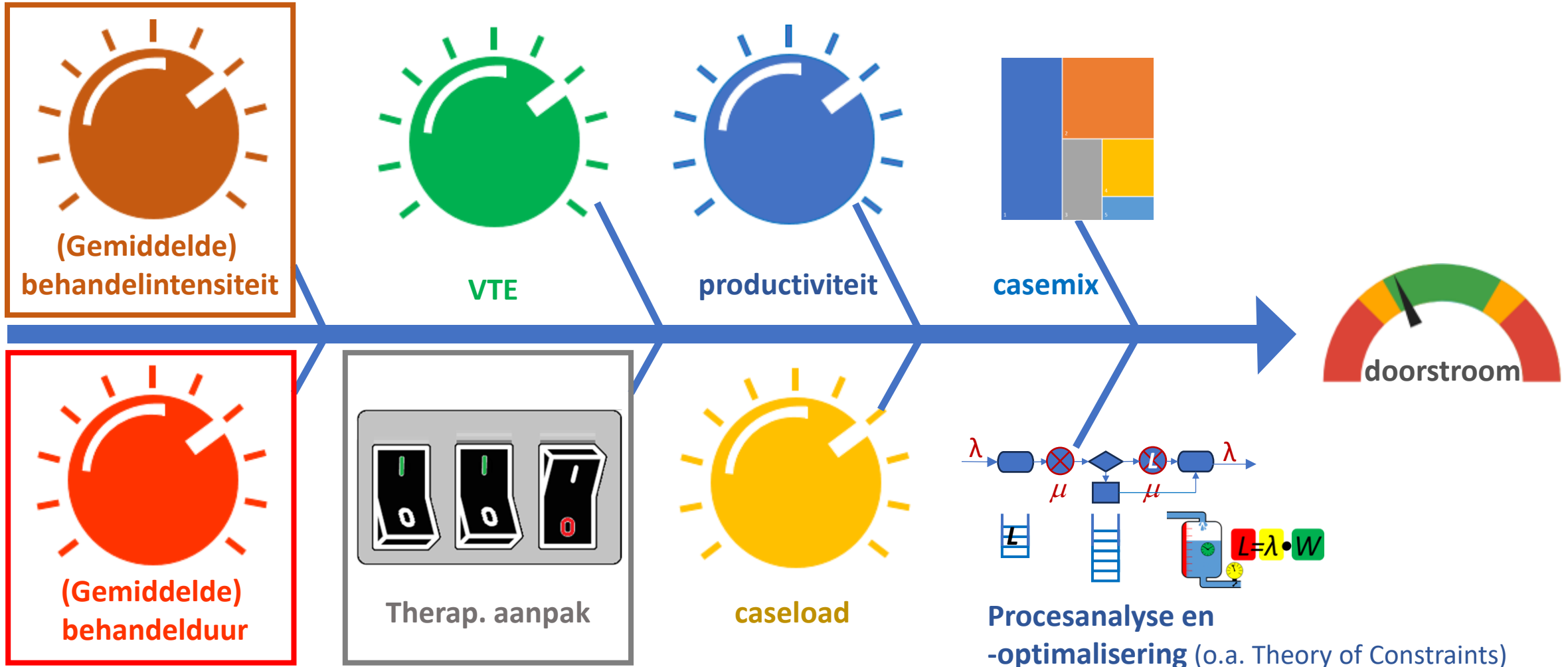


2. hefboomen

- A) Is het mogelijk de wachttijden in te korten?
- B) Aan welke 'knoppen' kunnen we draaien?

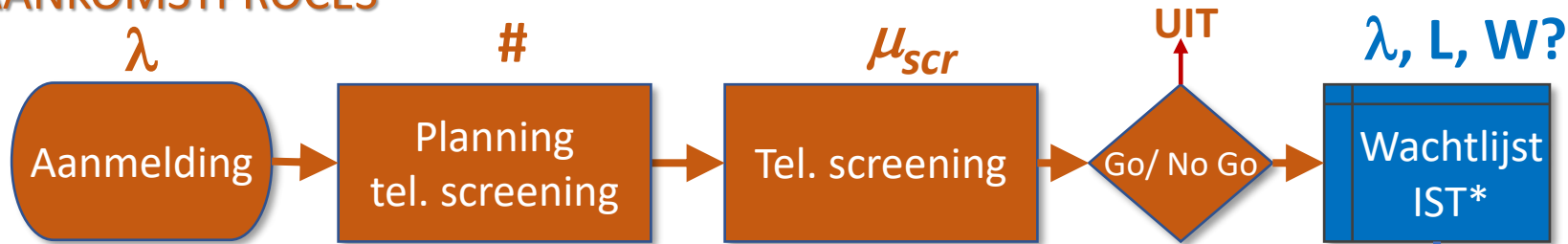
MICRO

Doorstroom management



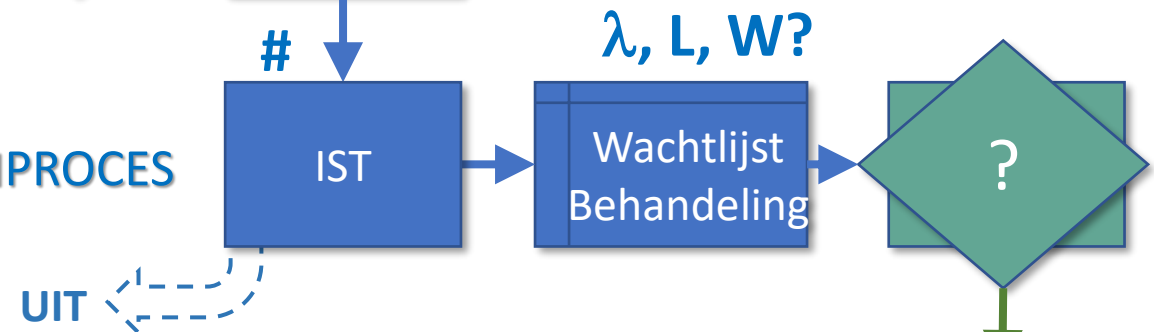
ZORGPROCES = AANKOMSTPROCES + INSTROOMPROCES + BEHANDELPROCES

AANKOMSTPROCES

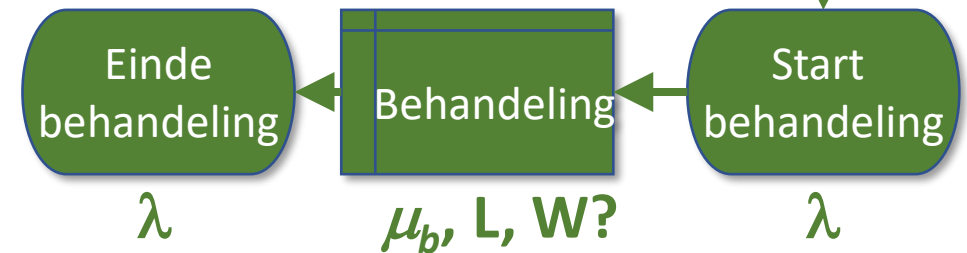


(*) IndicatieSTelling

INSTROOMPROCES



BEHANDELPROCES



Waar zitten welke bottlenecks?
Kunnen we optimaliseren?



Wat is je vraag precies?

Ja, we kunnen je helpen.

Jij en ik gaan aan de slag.

- waaraan/hoe werken we?
- hoe loopt het?
- Is er verbetering?
- Zo verder of anders?

Anticiperen:
Nog ... sessies.
hoe ga je verder?

+ inplannen nieuwe
cliënt

Werken op INSTROOM en op DOORSTROOM

- **WERKEN OP INSTROOM: EFFECT 1**

- **VERSNELLEN v/d INDICATIESTELLING: MENSEN SNELLER GEHOLPEN**

- Versnellen van de indicatiestelling verkort de wachtrij en zo de (gemiddelde) wachttijd (en voorkomt zo meer ernstige problemen voor wie een behandeling kan starten)

- **WERKEN OP DOORSTROOM: EFFECT 2**

- **WERKEN OP OPTIMALISERING BEHANDELDUUR: MÉÉR MENSEN SNELLER GEHOLPEN**

- optimaliseren van de (gemiddelde) behandelduur verhoogt het aantal mensen dat jaarlijks een behandeling kan starten omdat er sneller behandelruimte vrijkomt (verhoogde doorstroom).

- **EFFECT 1 EN 2 ZIJN COMPLEMENTAIR**

Tiemens, B. et al. (2019) Lower versus higher frequency of sessions in starting outpatient mental health care and the risk of a chronic course; a naturalistic cohort study. BMC Psychiatry 19:228

- a **slow start** of treatment **is associated with slow improvement** in the first phase of treatment
- a **slow start** of treatment also affects the course of treatment in the long term and **might increase the risk of treatment resistance**, a persistent course of symptoms and poor prognosis.
- A **quick start** of treatment **and adequate frequency of sessions** in the initial phase of treatment for patients with a depressive disorder, an anxiety disorders, or a personality disorder may not only decrease patients' symptoms and suffering faster, but it **may also reduce the length of treatment and health care costs and can help to resolve waiting lists.**

Bron: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-019-2214-4>



(Gemiddelde)
behandelduur



(Gemiddelde)
behandelintensiteit

KUNO, E., et al. (2005) *A Service System Planning Model for Individuals With Serious Mental Illness.* Ment Health Serv Res. 2005 Sep. 7(3) 135-144

- toonden aan dat het verminderen van de *gemiddelde* verblijfsduur met 14 dagen het wachtprobleem van acute zorgpatiënten in subacute bedden oplost zonder de beddencapaciteit te verhogen of de gemiddelde verblijfsduur van subacute cliënten te verlagen.



kliniek & logistiek: van data naar kennis*

(*) Position paper 'datagedreven werken' - Universitaire Medische Centra, Amsterdam, 2021

“De waarde van beschikbare data optimaal benutten om voortdurend te leren en de juiste beslissingen te nemen, op alle niveaus, voor het beste resultaat. Denk hierbij aan medische beslissingen, managementbeslissingen en didactische keuzes.”

Gegevens voor wachtrijmodellen*

Hoewel wachtrijmodellen niet veel gegevens vereisen, is het type operationele gegevens dat nodig is als invoer voor een wachtrijmodel vaak niet beschikbaar in zorginstellingen.

Hoewel vraag- of aankomstgegevens vaak worden geregistreerd, worden servicetijden meestal niet gedocumenteerd.

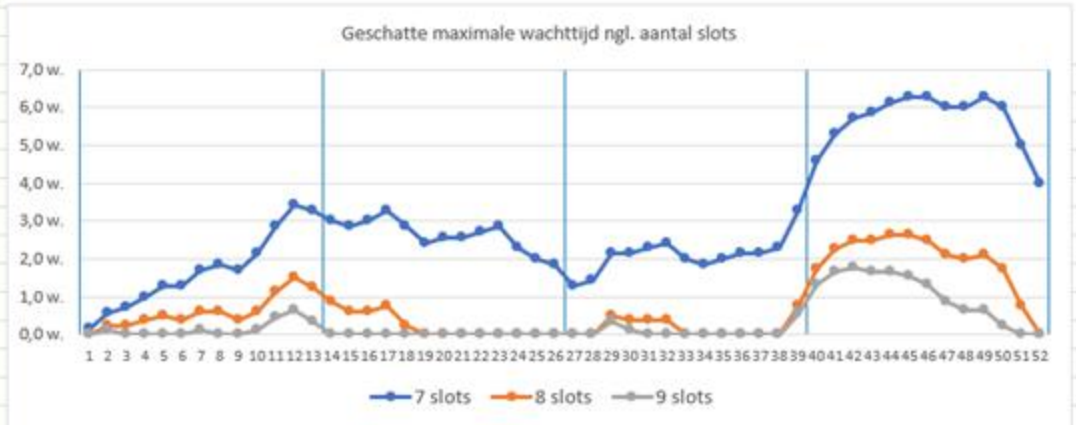
Een wachtrijanalyse vraagt het verzamelen van gegevens om bijvoorbeeld de tijd in te schatten die een zorgverlener met een patiënt doorbrengt.

Naarmate informatietechnologiesystemen echter steeds vaker voorkomen in de gezondheidszorg, zullen dit soort gegevens in toenemende mate beschikbaar zijn.

(*)Vertaald uit: LEFF, H.S. et al. (2009) *A Mental Health Allocation and Planning Simulation Model*.
In: Yih, Y. (Ed.) (2011) *Handbook of Healthcare Delivery Systems*. CRC Press.

INSTROOM-Tool (DE GRAVE, 2022)

		Team: Volwassenentear		antal wachtenden laatste week vorig jaar:			gemidd. # aanmeldingen per week: 7,5385			geschatte maximale wachttijd op FTF1 indicatiestelling:		
week	van	tot	# aanmeldingen	# slots per week:			7 slots	8 slots	9 slots	7 slots	8 slots	9 slots
				7	8	9						
1	maandag 2 januari 2023	zondag 6 januari 2019	8	1	0	0	0,1 weken	0,0 weken	0,0 weken			
2	maandag 9 januari 2023	vrijdag 13 januari 2023	10	4	2	1	0,6 weken	0,3 weken	0,1 weken			
3	maandag 16 januari 2023	vrijdag 20 januari 2023	8	5	2	0	0,7 weken	0,3 weken	0,0 weken			
4	maandag 23 januari 2023	vrijdag 27 januari 2023	9	7	3	0	1,0 weken	0,4 weken	0,0 weken			
5	maandag 30 januari 2023	vrijdag 3 februari 2023	9	9	4	0	1,3 weken	0,5 weken	0,0 weken			
6	maandag 6 februari 2023	vrijdag 10 februari 2023	7	9	3	0	1,3 weken	0,4 weken	0,0 weken			
7	maandag 13 februari 2023	vrijdag 17 februari 2023	10	12	5	1	1,7 weken	0,6 weken	0,1 weken			
8	maandag 20 februari 2023	vrijdag 24 februari 2023	8	13	5	0	1,9 weken	0,6 weken	0,0 weken			
9	maandag 27 februari 2023	vrijdag 3 maart 2023	6	12	3	0	1,7 weken	0,4 weken	0,0 weken			
10	maandag 6 maart 2023	vrijdag 10 maart 2023	10	15	5	1	2,1 weken	0,6 weken	0,1 weken			
11	maandag 13 maart 2023	vrijdag 17 maart 2023	12	20	9	4	2,9 weken	1,1 weken	0,4 weken			
12	maandag 20 maart 2023	vrijdag 24 maart 2023	11	24	12	6	3,4 weken	1,5 weken	0,7 weken			
13	maandag 27 maart 2023	vrijdag 31 maart 2023	6	23	10	3	3,3 weken	1,3 weken	0,3 weken			
14	maandag 3 april 2023	vrijdag 7 april 2023	5	21	7	0	3,0 weken	0,9 weken	0,0 weken			
15	maandag 10 april 2023	vrijdag 14 april 2023	6	20	5	0	2,9 weken	0,6 weken	0,0 weken			
16	maandag 17 april 2023	vrijdag 21 april 2023	8	21	5	0	3,0 weken	0,6 weken	0,0 weken			
17	maandag 24 april 2023	vrijdag 28 april 2023	9	23	6	0	3,3 weken	0,8 weken	0,0 weken			
18	maandag 1 mei 2023	vrijdag 5 mei 2023	4	20	2	0	2,9 weken	0,3 weken	0,0 weken			
19	maandag 8 mei 2023	vrijdag 12 mei 2023	4	17	0	0	2,4 weken	0,0 weken	0,0 weken			
20	maandag 15 mei 2023	vrijdag 19 mei 2023	8	18	0	0	2,6 weken	0,0 weken	0,0 weken			
21	maandag 22 mei 2023	vrijdag 26 mei 2023	7	18	0	0	2,6 weken	0,0 weken	0,0 weken			
22	maandag 29 mei 2023	vrijdag 2 juni 2023	8	19	0	0	2,7 weken	0,0 weken	0,0 weken			
23	maandag 5 juni 2023	vrijdag 9 juni 2023	8	20	0	0	2,9 weken	0,0 weken	0,0 weken			
24	maandag 12 juni 2023	vrijdag 16 juni 2023	3	16	0	0	2,3 weken	0,0 weken	0,0 weken			
25	maandag 19 juni 2023	vrijdag 23 juni 2023	5	14	0	0	2,0 weken	0,0 weken	0,0 weken			
26	maandag 26 juni 2023	vrijdag 30 juni 2023	6	13	0	0	1,9 weken	0,0 weken	0,0 weken			
27	maandag 3 juli 2023	vrijdag 7 juli 2023	3	9	0	0	1,3 weken	0,0 weken	0,0 weken			
28	maandag 10 juli 2023	vrijdag 14 juli 2023	8	10	0	0	1,4 weken	0,0 weken	0,0 weken			
29	maandag 17 juli 2023	vrijdag 21 juli 2023	12	15	4	3	2,1 weken	0,5 weken	0,3 weken			
30	maandag 24 juli 2023	vrijdag 28 juli 2023	7	15	3	1	2,1 weken	0,4 weken	0,1 weken			
31	maandag 31 juli 2023	vrijdag 4 augustus 2023	8	16	3	0	2,3 weken	0,4 weken	0,0 weken			
32	maandag 7 augustus 2023	vrijdag 11 augustus 2023	8	17	3	0	2,4 weken	0,4 weken	0,0 weken			
33	maandag 14 augustus 2023	vrijdag 18 augustus 2023	4	14	0	0	2,0 weken	0,0 weken	0,0 weken			
34	maandag 21 augustus 2023	vrijdag 25 augustus 2023	6	13	0	0	1,9 weken	0,0 weken	0,0 weken			
35	maandag 28 augustus 2023	vrijdag 1 september 2023	8	14	0	0	2,0 weken	0,0 weken	0,0 weken			
36	maandag 4 september 2023	vrijdag 8 september 2023	8	15	0	0	2,1 weken	0,0 weken	0,0 weken			
37	maandag 11 september 2023	vrijdag 15 september 2023	7	15	0	0	2,1 weken	0,0 weken	0,0 weken			

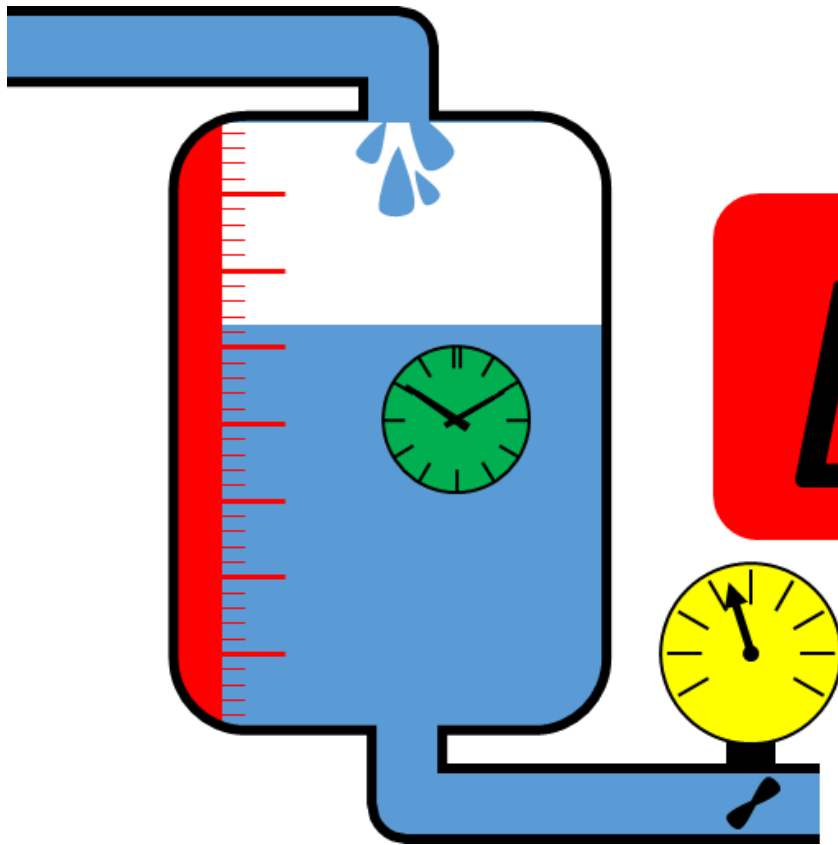


Doorstroom-tool (De Grave, 2016)

- Vertrekt vanuit de real time data; geen *persoonsgegevens* nodig!
- Geschikt om
 - elk moment het huidige **behandelvermogen**¹ van een bestaande capaciteit te meten en op te volgen, op een eenvoudige en robuuste manier.
 - de **gemiddelde wachttijd** te berekenen bij een gegeven volume à hulpvragen
 - de doorstroom te **monitoren op organisatie-, team- en individueel niveau (en ev. regionaal)**
 - de **verdeling van de behandelduur zichtbaar te maken** en variaties in behandelduur te benchmarken en te onderzoeken
 - te **berekenen hoeveel bijkomend budget nodig is om een toename van de vraag met x eenheden/tijdseenheid op te vangen**
 - te **berekenen hoeveel VTE therapeuten nodig zijn om x aantal mensen/jaar een behandeling te kunnen laten aanvangen.**
 - het effect van verandering in sessiefrequentie en behandelduur op het **behandelvermogen**¹ te bepalen

(1) Hoeveel mensen per tijdseenheid een behandeling kunnen starten

Wet van Little



$$L = \lambda \cdot W$$

met:

- L** = # units in het systeem → caseload
- λ** = doorstroom (# units per tijdseenheid)
- W** = Leadtime (gemiddelde tijd in systeem)



Little 's Law:

$$\frac{L}{W} = \lambda$$

Toegepast op een 'behandelsysteem'?

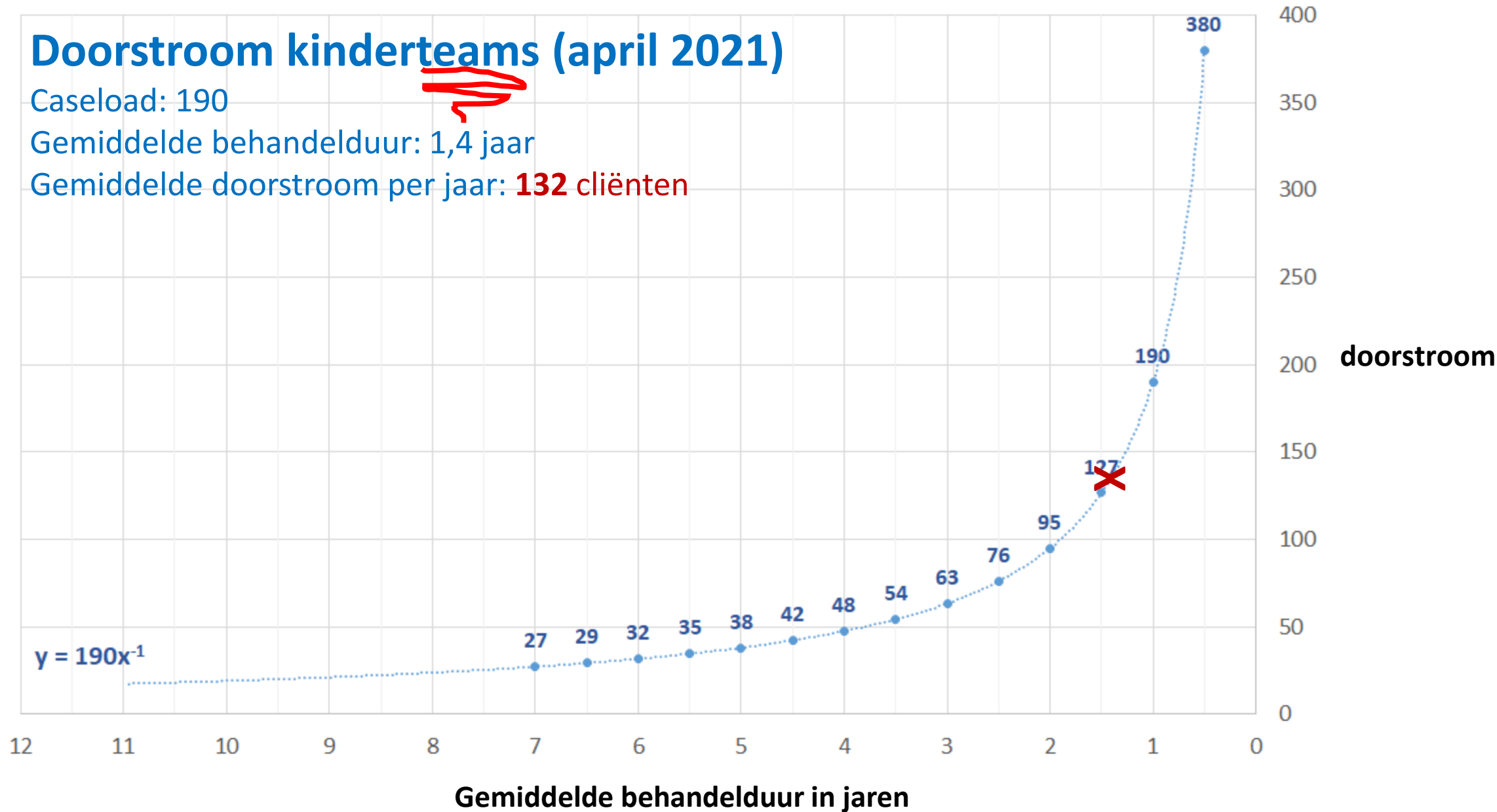
↳ "behandel-server"

Doorstroom kinderteams (april 2021)

Caseload: 190

Gemiddelde behandelduur: 1,4 jaar

Gemiddelde doorstroom per jaar: **132 cliënten**

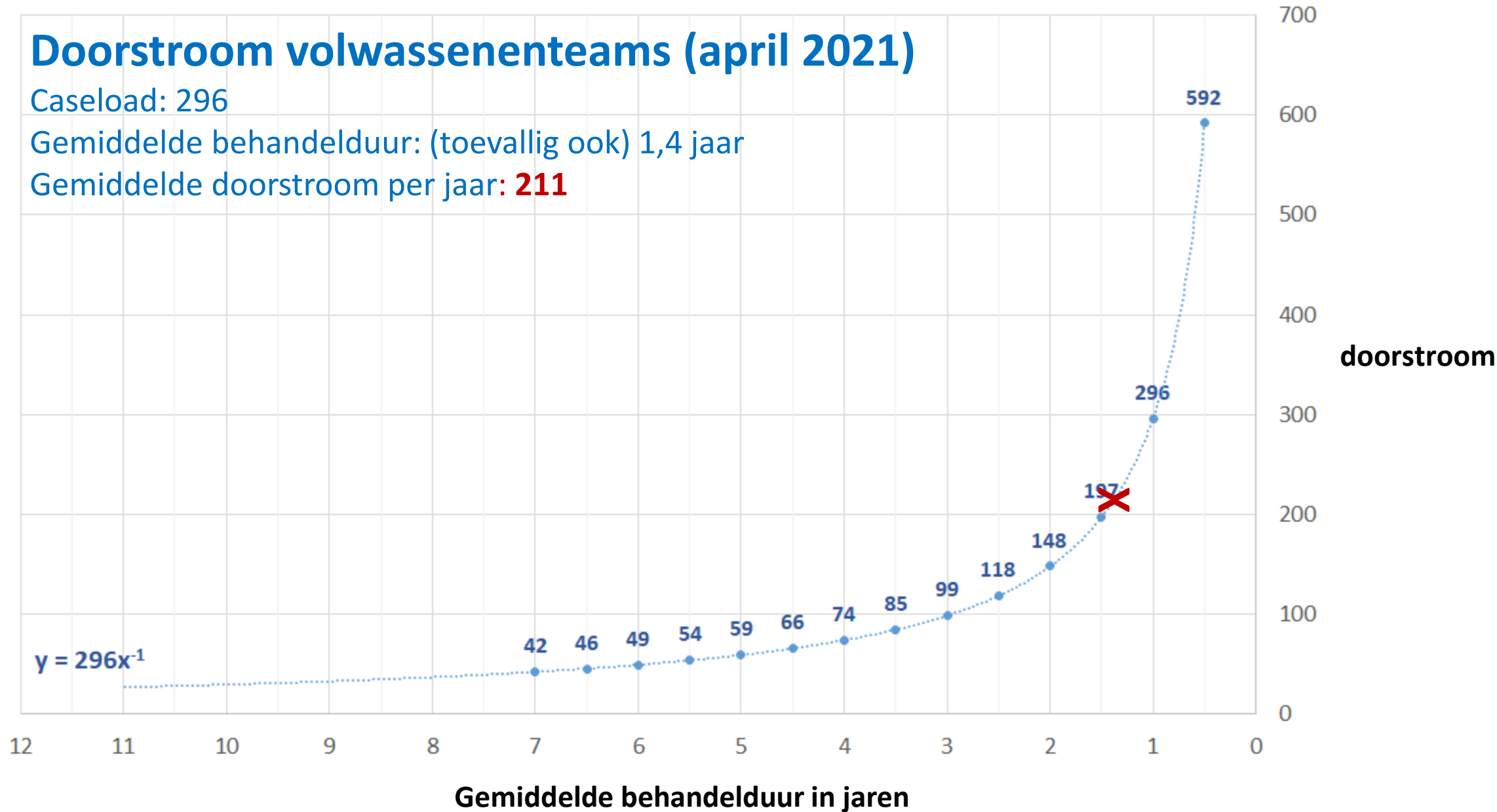


Doorstroom volwassenenteams (april 2021)

Caseload: 296

Gemiddelde behandelduur: (toevallig ook) 1,4 jaar

Gemiddelde doorstroom per jaar: **211**

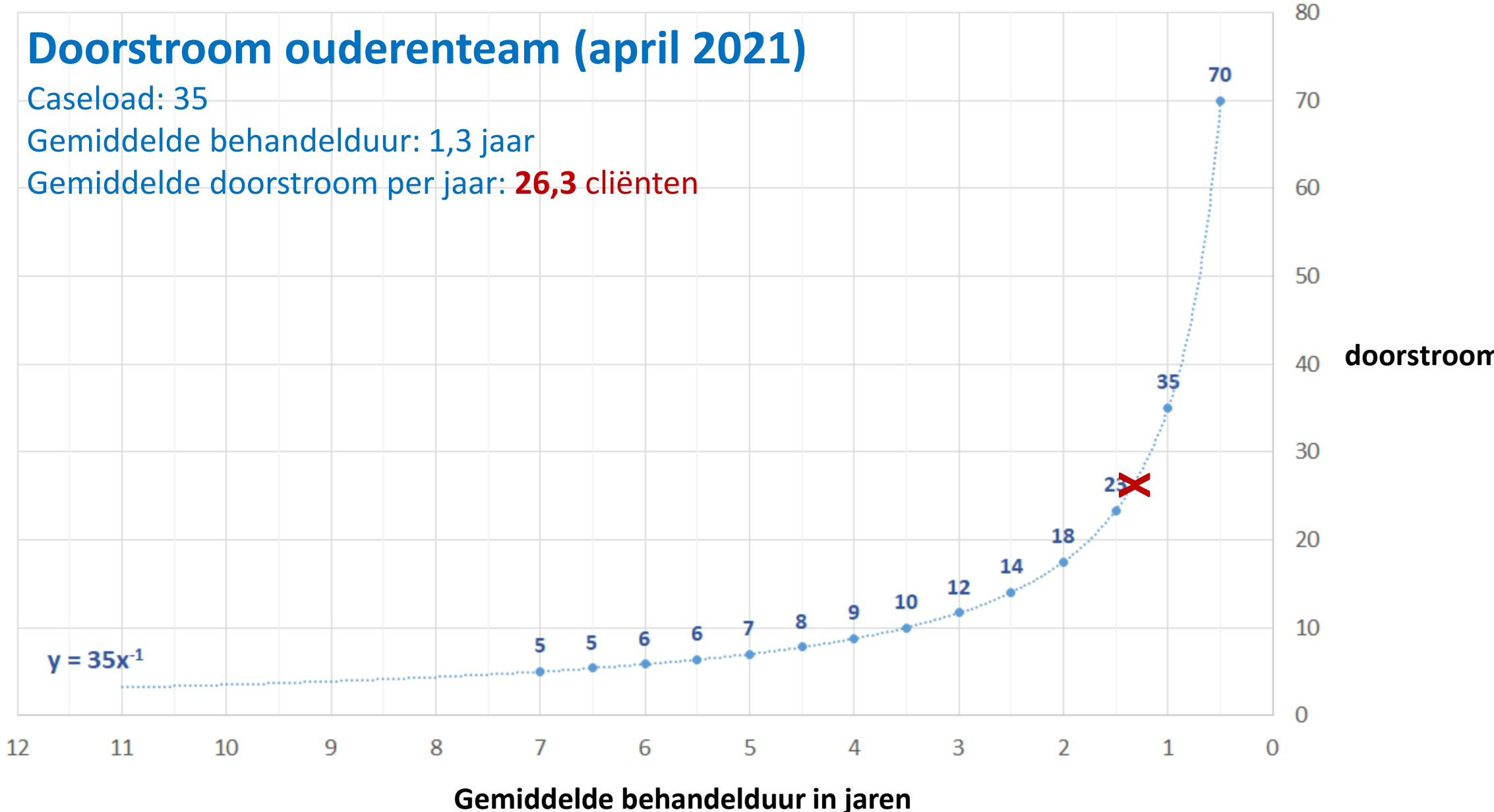


Doorstroom ouderenteam (april 2021)

Caseload: 35

Gemiddelde behandelduur: 1,3 jaar

Gemiddelde doorstroom per jaar: **26,3 cliënten**



kenmerken toestandslijst: datum toestandslijst **28/07/2020**

datum min 6 maanden 27/01/2020

Totaal aantal open zorgperiodes met min. 2 FTF: 658

open ZP met minstens 2 FTF en 1 FTF in laatste 6 mnd: 612

vul EPD-code en teamcode in (gebruik *KI* of *VO* voor resultaat ALLE kinder- of volw.-teams)

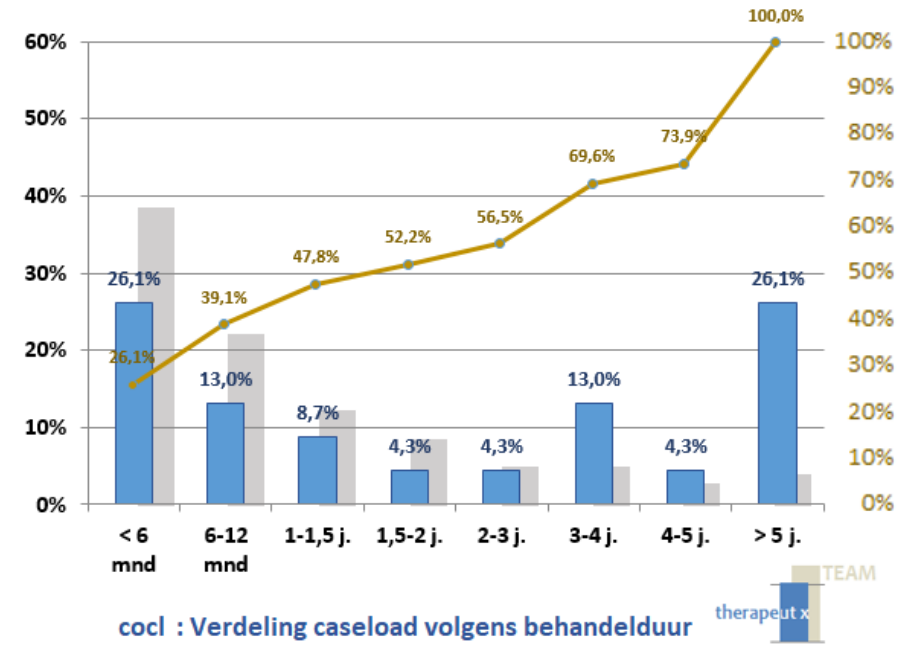
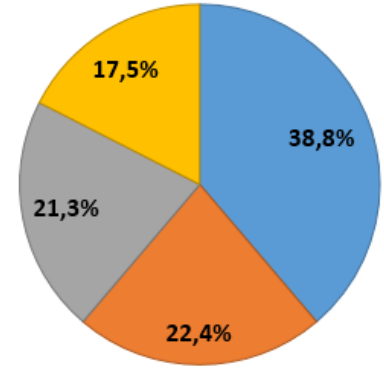
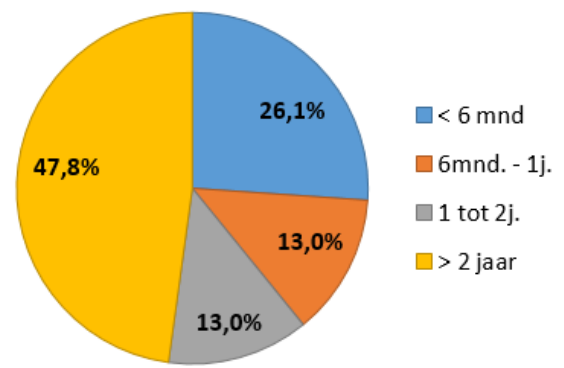
Doorstroomparameters		cocl	*VO*
caseload	23	343	
gemiddelde behandelduur in weken	153	64	
gemiddelde behandelduur in jaren	2,9	1,2	
gemiddeld aantal sessies per behandeling	36	24	
gemiddeld aantal sessies per jaar	12,3	19,2	
gemiddeld 1 sessie om de x weken	4,2	2,7	
gem. # gerealiseerde sessies/jaar (totale caseload)	283	6587	
(gemiddelde) doorstroom per week	0,2	5,3	
(gemiddelde) doorstroom per maand	0,7	23,0	
(gemiddelde) doorstroom per jaar	7,8	276,3	
% zorgperiodes langer dan 5 jaar	26,1%	4,1%	
% zorgperiodes met meer dan 40 FTF	43,5%	19,8%	
Bijdrage in de doorstroom van het team:	2,8%	-	

let op: een **hulpverlener** moet matchen met een **team** waartoe hij/zij behoort, zoniet krijg je **#DEEL/0!** in 1 v/d 2 kolommen als resultaat. Idem bij onbestaande EPD-code.

behandelduur	*VO*	cocl
< 6 mnd	38,8%	26,1%
6-12 mnd	22,4%	13,0%
1-1,5 j.	12,5%	8,7%
1,5-2 j.	8,7%	4,3%
2-3 j.	5,2%	4,3%
3-4 j.	5,2%	13,0%
4-5 j.	2,9%	4,3%
> 5 j.	4,1%	26,1%
Totaal	343	23
Totaal %	100,0%	100,0%

hulpverlener: **cocl**

team: ***VO***



cocl : Verdeling caseload volgens behandelduur

Brongegevens: 5 kolommen, 1 rij voor elke cliënt:

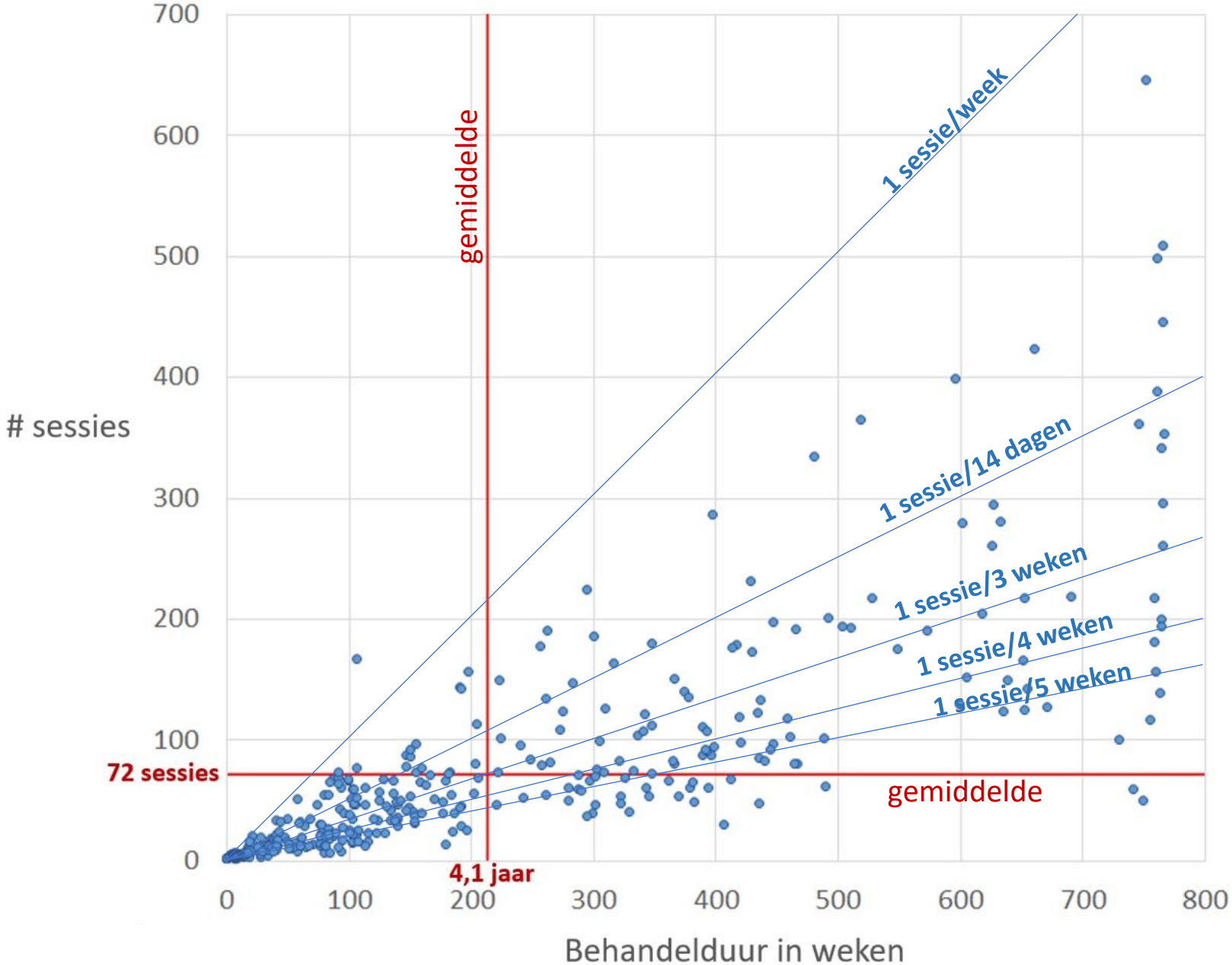
- Status behandeling: (niet-)actief
- datum start (elke) behandeling
- Aantal gerealiseerde sessies per behandeling
- Behandelaar: epd-code
- teamcode

Afgeleid: al de rest

Caseload Team volwassenen CGG X

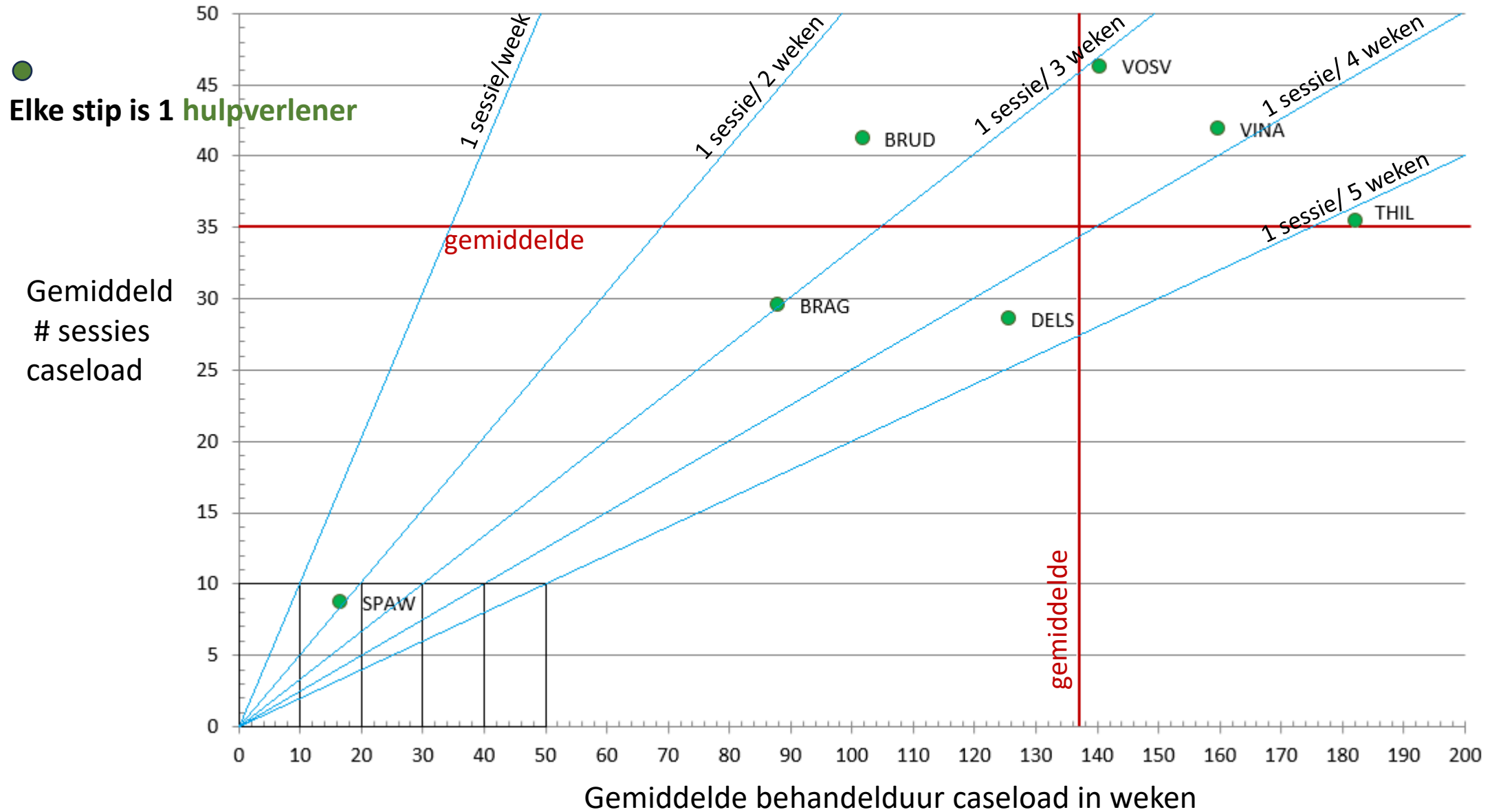
"DRILL DOWN":

●
Elke stip is 1 cliënt



Team XXXX Gemiddelde duur versus gemiddeld # sessies

7 januari 2016

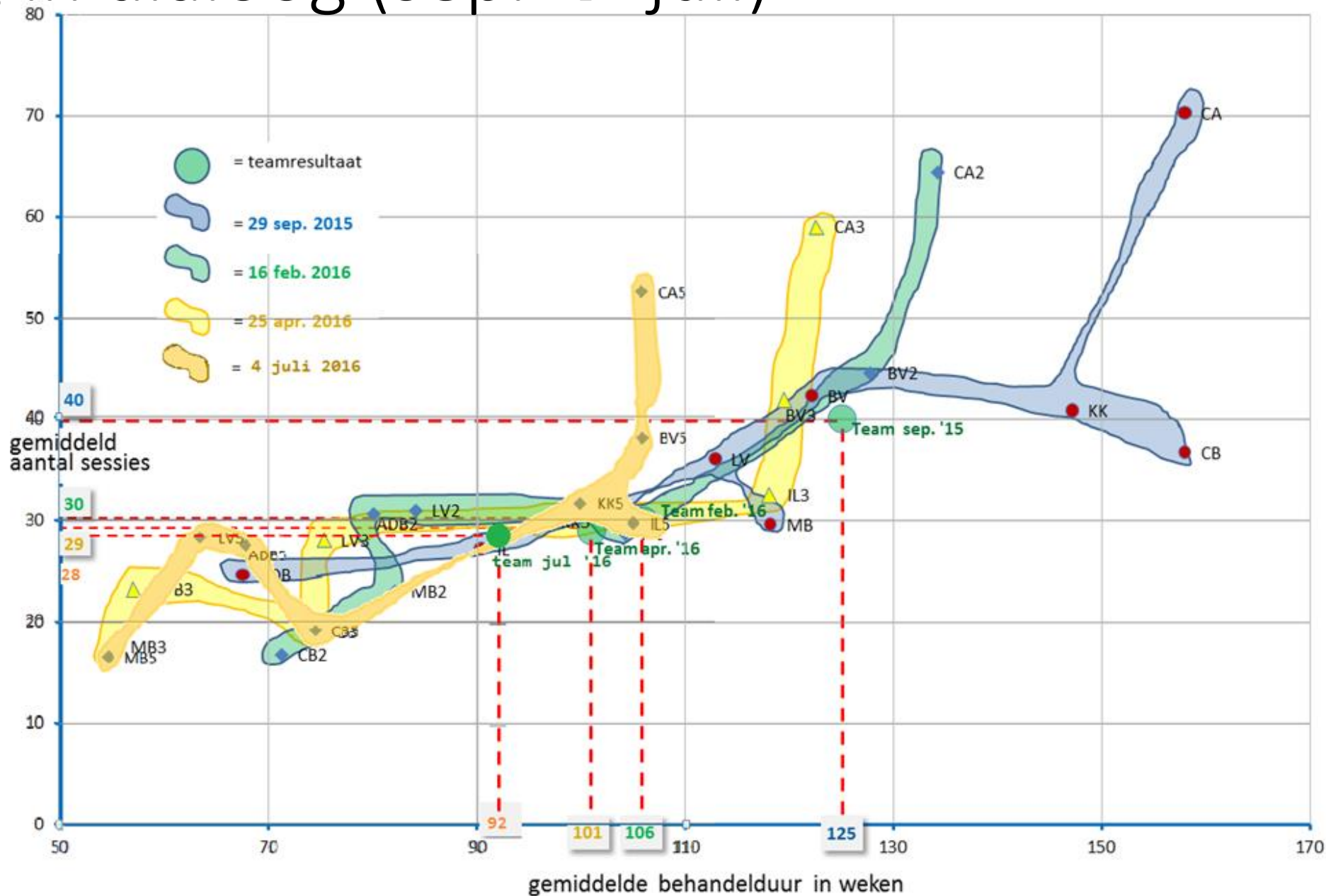


Wat leerden we uit de data en klinische discussies?

- (Grote) verschillen tussen therapeuten
- Allerlei beïnvloedende factoren, zoals bv.:
 - Profilering CGG (doelgroepen en casemix)
 - visie op behandelen
 - Niet durven praten over afronden of meteen inbinden bij wat weerstand
 - (gebrek aan) doelstellingen
 - (zwakke) cliëntenfeedback
 - Voldoende intensief, zeker bij aanvang is belangrijk
 - Het 'eindig karakter' van een behandeling van bij aanvang duidelijk maken (verwachtingenmanagement).
 - Enz.

Opvolging in dialoog (sep. → juli)

Evolutie van gemiddelde behandelduur en gemiddelde behandelintensiteit bij aanvang van doorstroombeleid. Eerst daalde gemiddelde behandelduur. Pas later werd de hogere behandelintensiteit (bij nieuwe cliënten) zichtbaar...
Grafiek: alle teamleden, verbonden met kleurvlak op datum van meting X. (4 metingen)
Grote groene stippen: gemiddeld teamresultaat.

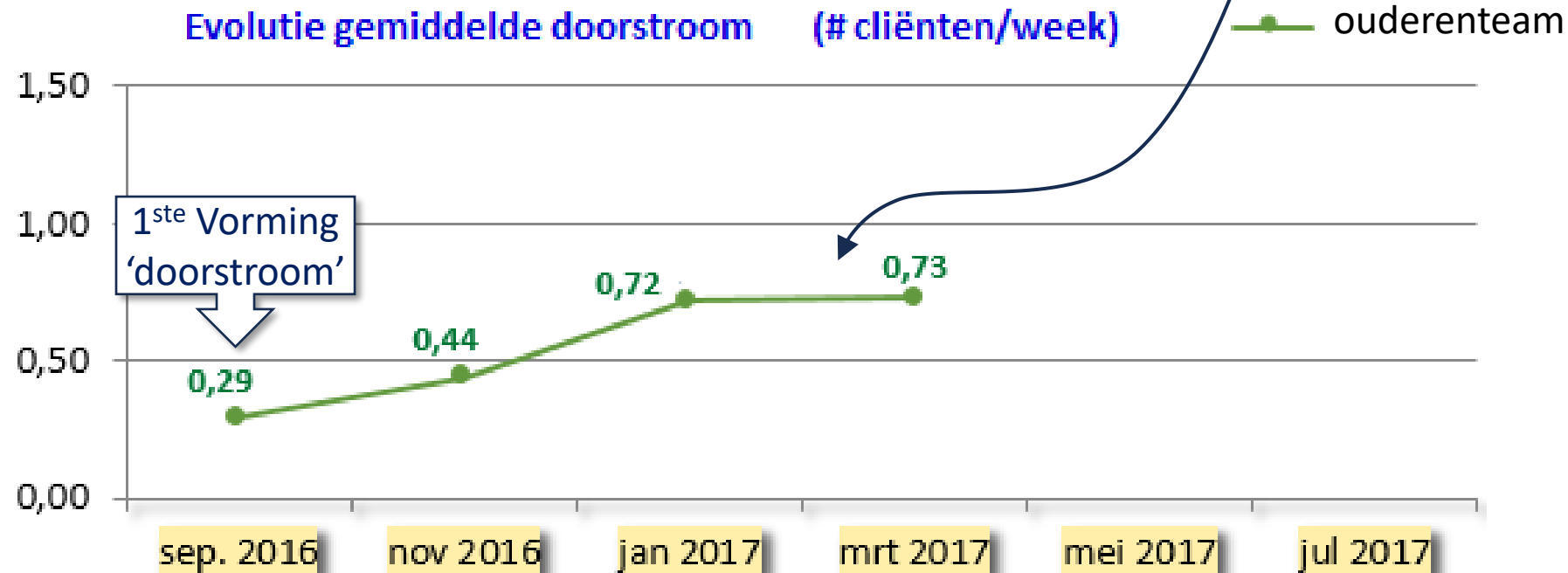


Feedback naar het team

In dit geval zeer kleine

$$\lambda = L.W^{-1}$$

(Little 's Law)



Na 6 maanden: doorstroom x 2,5 (jaarlijks 30 cliënten geholpen i.p.v. 13 cliënten = jaarlijks 17 extra van de wachtlijst)

De tabel hiernaast illustreert dat in het aanpakken van de wachttijden er vele actoren zijn. Elk van deze actoren heeft hierbij een eigen, verantwoordelijkheid die niet kan afgeschoven worden naar andere actoren.

Tabel 2. Overzicht van handvaten voor het voorkómen en wegwerken van wachtlijsten, en welke actoren hiervoor de belangrijkste verantwoordelijkheid dragen

Handvatten voor het voorkómen en wegwerken van wachtlijsten	therapeut, team	voorziening	regionaal netwerk	overheid
Het ontstaan/verergeren van psychische problemen voorkómen				
<i>Mental Health 'in all policies'</i>				X
<i>Een preventief ggz-beleid ontwikkelen</i>				X
<i>De financiële toegankelijkheid van de ggz garanderen</i>				X
<i>Wachttijdondersteuning</i>		X	X	X
Kennis over de (dynamieken van) wachttijden ontwikkelen				
<i>Structurele monitoring wachttijdcijfers</i>		X	X	X
Bevorderen en uitzuiveren van de instroom				
<i>Centrale informatie- en aanmeldpunten</i>		X	X	
<i>Werken met telefonische screening</i>		X	X	
<i>Werken met een indicatiestellingsteam</i>		X	X	
<i>Zo snel mogelijk een eerste gesprek met onderbouwd advies</i>	X	X		
<i>Backlog vermijden door flexibele inzet capaciteit</i>	X	X		
<i>Netwerking (afstemmen regionaal zorgaanbod)</i>		X	X	X
Bevorderen van de doorstroom				
<i>Deskundige (therapeutische) interactie</i>	X			
<i>Niet dralen met afronden</i>	X			
<i>Monitoring van gemiddelde behandelduur en -intensiteit</i>	X	X	X	
<i>Werken met behandelplannen</i>	X			
<i>Casemix/zorgsegmentering bewaken</i>		X		
<i>Zorgaanbod afstemmen op de zorgnoden</i>		X	X	X
<i>Capaciteit afstemmen op noden (zorgprogrammering)</i>				X
<i>Aanbod hulpverleners afstemmen</i>				X
<i>Vermaatschappelijking en herstelzorg ter preventie van (her)opname</i>		X	X	X
Innovatie stimuleren				
<i>Wetenschappelijk (praktijk)onderzoek in de ggz financieren</i>				X
<i>Wetenschappelijke ontwikkelingen volgen en valoriseren</i>	X	X	X	X

Bron: Rens, E., De Grave, J., Dom, G., Glazemakers, I., Van den Broeck, K. (2021) Genoeg gewacht: naar een gezamenlijke aanpak van wachttijden in de Vlaamse geestelijke gezondheidszorg. Tijdschrift voor Psychiatrie, dec. 2021

Redenen waarom cliënten in behandeling willen blijven*

- niet aanvaarden dat er restklachten zijn (het merendeel v/d cliënten heeft er)
- hoop op verbetering (ook als er geen significante resultaten zijn)
- Beter een therapie die niet werkt dan geen therapie
- angst voor terugval
- compensatie van eenzaamheid (therapie als substituut van ontbrekend sociaal contact)
- Het is prettig, steunend en behulpzaam om naar de therapie te komen
- Hoewel er niets verandert, zich gesteund weten bij allerlei problemen (therapie verandert in 'steun')

(*) ARTS, W., REINDERS, M. (2012) 'Forum: *Het afsluiten van eindeloze behandelingen*. Gedragstherapie n° 45, 405-416

Waarom blijven (veel) psychologen cliënten te lang zien? *

Besluit

Morele dilemma's worden gekenmerkt door een conflict van morele of beroepsethische principes (Korevaar, 2016). Hoewel continuïteit van zorg inhoudt dat de behandelrelatie niet abrupt en eenzijdig stopgezet mag worden, zijn er andere beroepsethische normen die pleiten voor het afronden van niet-werkzame therapieën. Hoe deze artikelen tegen elkaar worden afgewogen, hangt af van de morele principes van de behandelaar en het concrete geval, maar Amerikaanse experts in beroepsethiek voor psychologen (Younggren et al., 2011) merken op dat bij deze afweging de angst voor het in de steek laten van de cliënt soms onrecht de overhand neemt. Daarom blijven veel psychologen cliënten te lang zien, terwijl het beëindigen van de behandelrelatie niet alleen toegestaan, maar zelfs aangewezen is volgens de beroepscode.

(*) Korevaar, K. (2017) Deontologische vragen rond het beëindigen van behandelingen. Tijdschrift Klinische Psychologie jrg.47 n°4, p. 5-12.

Voorlopige conclusie:

- **Behandelduur** belangrijk?: ja, maar effect wordt overschat.
- Cliënt niet 'aan zijn lot willen overlaten' speelt ook mee.
- **Behandelintensiteit**: onderbelicht.
- Maar ook: duur x intensiteit! (intensiever = effectiever en maakt dat het (enigszins) korter kan.
- Vanuit gezondheids-economisch standpunt: **ELKE sessie telt**, zowel die extra sessies bij aanvang, als die sessie die finaal het verschil niet (meer) maakt.

En wat met de huidige langdurige?

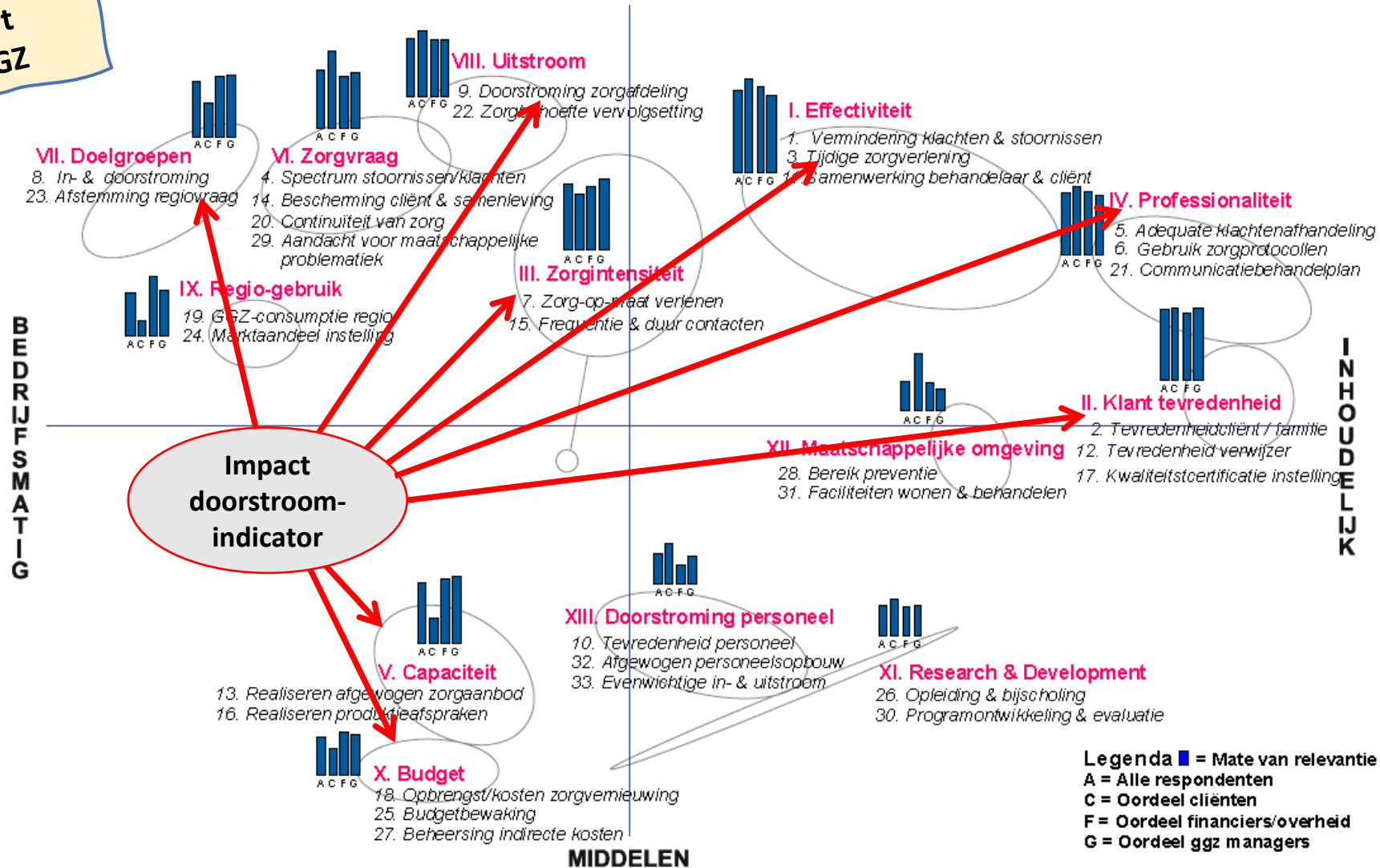
- Minimaal: de motivering van de langdurigheid expliciteren in het team, om de .?.. sessies.
- Benoem 'onderhoudsbehandelingen' als dusdanig: ook deze dienen gemotiveerd.
- Rond de therapie af waarvan je weet dat de cliënt stopt als je met pensioen gaat.
- Evalueer de therapie samen met je cliënt in het licht van haalbare, gemeenschappelijke doelstellingen.
- Rond eerder af dan wel over te schakelen op lage frequentie, tenzij binnen afgesproken en eindig tijdpad.
- In de therapie tijdig expliciete aandacht inbouwen voor wat de afronding van een therapie doet/kan doen met de cliënt.
- Help geïsoleerde cliënten bij het vinden van sociale steun in het echte leven.
- Verwijs zo nodig naar psychiatrische thuiszorg of andere alternatieven voor langdurige psychosociale steun
- Groepsgericht aanbod zinvol?

Blik terug en blik vooruit

- De wiskunde van de wachttijden
- Kliniek & logistiek hand in hand
 - Logistieke tools → feedback op meerdere niveaus
 - Klinische inzichten m.b.t. aanpak, duur en intensiteit van behandeling naargelang doelgroep.
- De belangrijke rol van de therapeut bij het zichtbaar maken van de mogelijkheden en de grenzen van de zorg (verwachtingen-mgt., monitoring)
- Een *integraal* doorstroom- en wachttijdenbeleid: micro-meso-macro

Kaart informatiebehoefte (regionale) ggz

ZORGPRODUCTIE



IMPACT VAN DOORSTROOM-MANAGEMENT
geprojecteerd op kaart informatiebehoefte GGZ

Succesfactoren bij het terugdringen van wachttijden*

- hele systemen begrijpen
- het belang van aanhoudende actie in de loop van de tijd
- Wachtijd verkorten \neq verkorte wachttijd vasthouden!
- Onverwachte schokken en terugval: (bv. bij grote organisatorische wijzigingen): kan gebeuren. Analyseren en bijsturen.
- *klinisch* eigenaarschap en betrokkenheid.

(*) Appleby, J., et al. (2005) *Sustaining Reductions in Waiting Times: Identifying Successful Strategies*. Final report to the Department of Health. King's Fund, working paper.



NEDERLANDSE INTERVENTIES BIJ HET VERKORTEN VAN DE WACHTTIJDEN IN DE GGZ

Martijn Mahler

- Monitoring & dashboards
- Centrale toeleiding
- Overlegtafels
- Vraag & Antwoord

Nederlandse interventies bij het verkorten van de wachttijden in de GGZ

Vlaams GGZ-Congres 2024

Martijn Mahler



Wie ben ik?

- Directeur Bee-Improve
- Projectleider
- Programmamanager
- Samenwerken binnen de keten
- Landelijke stuurgroep
toegankelijkheid en wachttijden
ggz

Nederlandse situatie

- Wachttijden algemeen
- Centraal Toeleidingspunt
- Overlegtafels

Wachttijd in de ggz heeft impact op patiënten, naasten én zorgverleners

Figuur 3: Instream per regio december 2023



NOS Nieuws • Donderdag 4 april, 11:34 • Aangepast donderdag 4 april, 13:53

Wachttijden geestelijke gezondheidszorg nog altijd 'onverminderd hoog'

De wachttijden in de geestelijke gezondheidszorg "blijven onverminderd hoog", blijkt uit [cijfers](#) van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Het duurt vooral lang voor mensen met psychische problemen aan de beurt zijn voor een aanmeldgesprek. Wie dat eenmaal achter de rug heeft, is in de meeste gevallen relatief snel aan de beurt voor een behandeling.

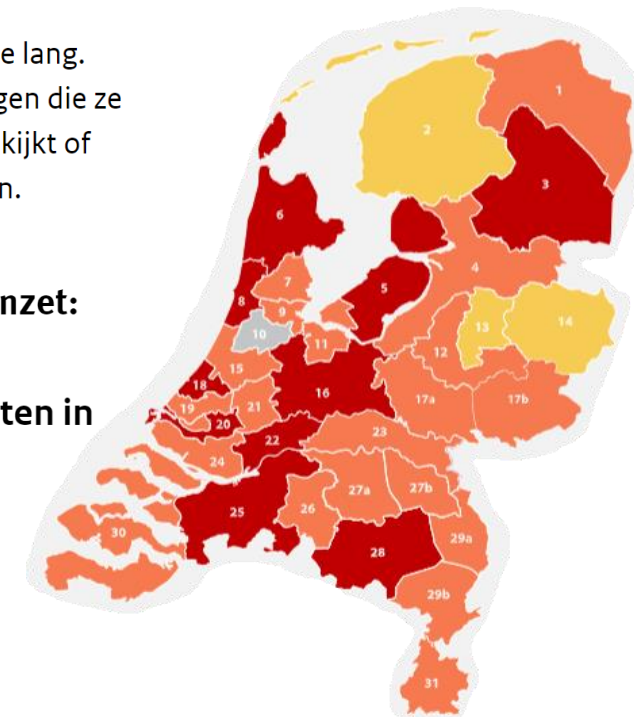
Toezicht op aanpak wachttijden ggz

De wachttijden in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) zijn te lang. Daardoor is er een risico dat cliënten niet op tijd de zorg krijgen die ze nodig hebben. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) kijkt of zorgaanbieders genoeg doen om de wachttijden te verkorten. Bijvoorbeeld door in de regio beter samen te werken.

Geen daling wachttijden ggz ondanks regionale inzet: meerdere factoren van invloed

Zorginstituut: samenleving aan zet om wachtlijsten in de ggz terug te dringen

Nieuwsbericht | 28-11-2023 | 05:00



Centraal Toeleidingspunt



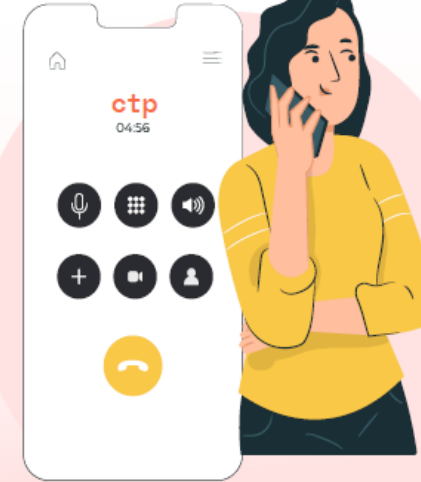
De huisarts weet wat ik nodig heb en verwijst mij door

of

Centraal
toeleidings
punt



De huisarts wil mijn hulpvraag verdiepen en schakelt het Centraal Toeleidingspunt in



Het Centraal Toeleidingspunt belt mij voor een afspraak en legt uit wat ik kan verwachten



Ik heb een online gesprek met medewerkers van het Centraal Toeleidingspunt



Samen met medewerkers van het Centraal Toeleidingspunt bespreek ik wat mij kan helpen

Dashboarding

Filters en zoekfuncties

Alle slicers wissen

Nijmegen

(Leeg)

Nijmegen

Arnhem

(Leeg)

Arnhem

Gecontracteerde verzekeraars

VGZ

Zorgaanbod

Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen

Exclusiecriteria

Alle

Vorm Fysiek

(Leeg)

Ja

Vorm Hybri...

(Leeg)

Ja

Vorm Digit...

(Leeg)

Ja

Wat is de naam van de zorgorganisatie?

DASHBOARD WACHTTIJDEN GGZ

Resultaten overzicht

Laatste update: 28-5-2024

Wat is de naam van de zorgorganisatie?	Zorgaanbod	Wachttijd in weken	Opmerking	Datum laatste aanlevering	Vorm Digitaal	Vorm Fysiek	Vorm Hybride	In welke regio/postcodegebieden/plaatsen verleent de organisatie zorg?
Neurocare Clinics Nijmegen	Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen			28-5-2024		Ja		Omgeving Arnhem en Nijmegen Verder ook vestigingen in Eindhoven, Den Haag, Amsterdam, Hengelo en Groningen
Raadthuys GGZ	Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen							Voornamelijk uit Overbetuwe, Arnhem en Berg en Dal, Nijmegen
PsyQ i-psy	Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen	0	Met name groepsaanbod	28-5-2024		Ja	Ja	Regio Nijmegen en Arnhem
Solutalks	Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen	0		28-5-2024	Ja			Provincie Gelderland (en meer maar buiten scope van Centraal Toeleidingspunt ...)

Wat is de naam van de zorgorganisatie?	Welke omschrijving wilt u nog meegeven over de zorgorganisatie?	Contactpersoon aan de voordeur van de ggz-behandelorganisatie/praktijk wanneer het CTP een patiënt wil doorverwijzen.
BatZ GGZ	BatZ biedt (forensische) behandeling in de SGGZ. Dit doen we vanuit	Eerste aanspreekpunt:

Resultaten

Stroomt uit naar	Aantal	%
SGGZ	44	37,3%
(online) GBGGZ	20	16,9%
Geen reactie, inwoner terug naar HA	15	12,7%
Sociaal Domein	9	7,6%
E-Health	9	7,6%
Combinaties van zorg en welzijn	10	8,5%
Huisarts/POH	7	5,9%
Overig	4	3,4%

- Van alle aanmeldingen komt nog maar 37,3% in de specialistische/ multidisciplinaire GGZ
- 45,8% komt niet in de GGZ
- 16,9% afbuiging van SGGZ naar GBGGZ
- Er is naar 36 verschillende SGGZ partijen verwezen. Grote spreiding binnen de regio. Hierdoor hoeft geen cliënt langer dan 2 weken te wachten met de start van behandeling.

STELLINGEN CTP



In strijd om de middelen is het 'ieder voor zich' (en werkt 'de onzichtbare hand' van vraag & aanbod)



Inzetten op een verkennend gesprek haalt onmisbare arbeidskrachten uit de ggz waardoor het probleem groter gaat worden.

Overlegtafel

Samenwerking in het netwerk rondom mensen met psychische problemen

Toegankelijkheid & wachttijden ggz

Wanneer komt een cliënt in aanmerking?

Een cliënt (18+) komt in aanmerking als is voldaan aan één van de volgende criteria:

- In de reguliere verwijzingsafspraken wordt tegen blokkades opgelopen.
- Een cliënt is nog niet in zorg bij een GGz-instelling.
- De cliënt wacht langer dan de Treeknorm en heeft nog geen vastgestelde behandeldatum.
- Het is niet (precies) duidelijk welke zorg/begeleiding het best passend is (voorafgaand, maar ook na de behandeling).
- 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.

1. Op diverse plekken in het land zijn inmiddels Overlegtafels of zijn ze in oprichting. Al meer dan 1.300 cliënten zijn via een Overlegtafel op de juiste plek terechtgekomen. Wilt u meer weten, neem dan contact op met het Uitvoeringsteam van de stuurgroep via info@wegvandewachtlijst.nl
2. De Overlegtafel is in 2020 ontwikkeld in opdracht van de landelijke stuurgroep Toegankelijkheid & Wachttijden ggz door



Wie zitten er aan tafel?!



Wat levert het op?



Concrete oplossingen voor cliënten



Samenwerking



Korte communicatielijnen



Verkorten wachttijden



Voorkomen aanmeldstop



Doorstromen in de gehele keten



Cliënt in één keer op de passende plek

Spelregels

1. Wekelijkse vergadering maximaal 30 minuten.
2. Je zit voorbereid aan tafel.
3. Je hebt mandaat vanuit de eigen organisatie.
4. Je bent altijd aanwezig. Vervanging is eigen verantwoordelijkheid.

Succesfactoren

- Overnemen van elkaars intake.
- Huisartsenbrief altijd meesturen.
- Blijvend evalueren om de overlegtafel te verbeteren.
- De 'echte' vraag van de cliënt bespreken.
- We lossen het op voordat we van 'tafel' gaan.
- Afgesproken termijn dat je de cliënt overneemt:
 - Wijkteam binnen max. 5 werkdagen
 - Huisarts POH-GGZ binnen max. 2 weken
 - GGZ-instelling binnen max. 4 weken

Wanneer maak je gebruik van de overlegtafel?

- “Zullen wij anders eens meekijken bij deze inwoner om te zien of we hem kunnen activeren voordat er gestart kan worden met de behandeling”.
- "Ik maak mij zorgen om de begeleiding van deze inwoner. Is dit gedrag waar ik mij zorgen om moet maken?”.

Sociaal Domein

- “Mijn cliënt komt voor de 3^e keer terug met gelijke klachten, eerdere behandelingen lijken geen effect te hebben gehad”.
- “Mijn patiënt heeft duidelijke klachten alleen door de complexiteit weet ik niet goed bij welke organisatie ik de patiënt het beste kan aanmelden”.
- "De behandeling komt wel in orde maar kan ik mijn patiënt activeren via het sociaal domein?”.

Huisarts

- “Er is bij ons een aanmelding gedaan voor client X, echter hebben wij niet het juiste aanbod beschikbaar”.
- “Onze behandelingen zijn afgerond, wel heeft cliënt nog ondersteuning nodig in het dagelijks leven”.
- "Deze cliënt heeft flinke stappen gemaakt en kan terug in intensiteit. Ik ben op zoek naar een vrijgevestigde collega die minder complexe problematiek behandelt”.

GGZ



Waar zijn de tafels?



- Overlegtafel Eemland
- Overlegtafel Woerden
- Overlegtafel Utrecht Stad
- Overlegtafel Hollands-Midden
- Overlegtafel Zoetermeer
- Overlegtafel Almere
- Overlegtafel 't Gooi
- Overlegtafel + Nijmegen
- Overlegtafel Arnhem
- Transfertaal Apeldoorn
- Overlegtafel Liemers
- Overlegtafel Winterswijk e.o.
- Overlegtafel Noordoostpolder
- Overlegtafel Leiden
- Overlegtafel 's-Hertogenbosch
- Overlegtafel Zeeland

STELLING OVERLEGTAFEL



De overlegtafel lost de wachttijdproblematiek op binnen de regio.



De overlegtafel heeft geen enkel effect op wachttijden maar enkel op samenwerking.

Door- en uitstroom met dashboarding

- Verbeteren van door en uitstroom door middel van data
- Gebruik makend van zorgstandaarden (visie, evidence based en ervaringskennis professionals) die geformuleerd zijn in voorgaande sessies met behandelaren
- Uitgangspunten
- Doelmatige zorg leveren o.b.v. inzicht in eigen data
- "Uitschieters" aanpakken = wachtlijsten opschonen
- Betere door- en uitstroom = meer ruimte voor instroom
- Duidelijke afspraken over behandeltraject met cliënten = verwachtingsmanagement
- Behandelaren faciliteren om zorg tijdig af te kunnen schalen naar de juiste aanbieder/ gemeente

Inzicht voor een zorginstelling – organisatie/instellingsniveau

Datafile omschrijving:
 Actuele cliënten van ambulante kostenplaatsen
 Data is actueel tot 16 oktober jl
 Pagina filter op uitgesloten kostenplaatsen

Dashboard behandelduur, behandel frequentie en aantal behandelcontacten

Datum: 23-10-2023

Behandelduur in weken

0 824

Aantal behandelcontacten

0 8474

Aantal dagen tussen twee behandelcontacten

0 77

Hoofddiagnose groep

Angststoornissen

Persoonlijkheidsstoornissen

Pervasive ontwikkelingsstoornis...

Primaire diagnose


"Obsessieve-compulsieve stoorn...

Acute stress-stoornis

Afhankelijke persoonlijkheidstoo...

Agorafobie zonder paniekstoorn...

Angststoornis door (vermeld de



ID	Eerste behandelcontact	Regiebehandelaar	Behandelduur in weken	Aantal behandelcontacten	Aantal dagen gemiddeld tussen twee behandelcontacten	Primaire diagnose	Hoofddiagnose	Kostenplaats
2929	27-sep-23	0	2	5	3	Persoonlijkheidsstoornis nao	Persoonlijkheidsstoornissen	Crisisdienst
2930	20-sep-23	143837	3	13	2	Angststoornis NAO	Angststoornissen	Crisisdienst
2931	27-sep-23	171024	2	3	5	Angststoornis NAO	Angststoornissen	Sociale psychiatrie (FACT) team 4 Soest/Baarn
2932	1-sep-23	0	6	16	3	Posttraumatische stress-stoornis: Met verlaat begin	Angststoornissen	Crisisdienst
2933	2-okt-23	193055	1	2	4	Persoonlijkheidsstoornis nao	Persoonlijkheidsstoornissen	PHS behandeling
2934	3-okt-23	0	0	1	0	Paniekstoornis zonder agorafobie	Angststoornissen	SAS Behandeling
2935	26-sep-23	145693	2	2	7	Angststoornis NAO	Angststoornissen	SAS Behandeling
2936	21-aug-23	194323	6	45	1	Persoonlijkheidsstoornis nao	Persoonlijkheidsstoornissen	PHS behandeling
2937	18-aug-23	145693	8	13	4	Angststoornis NAO	Angststoornissen	SAS Behandeling
2938	16-aug-23	233150	8	41	1	Angststoornis	Angststoornissen	Ouderenpsychiatrie

Nummer regiebehand...

Alles selecteren

0

140446

140518

140702

140744

140947

141033

141637

141651

141763

141775

142032

143597

143661

143731

143837

144048

144389

145602


Aantal unieke ID's

1143

Aantal regels

1450

Inzicht voor een team behandelaars – team/afdelingsniveau

Datafile omschrijving: Actuele cliënten van ambulante kostenplaats Data is actueel tot 16 oktober jl Pagina filter op uitgesloten kostenplaatsen		Dashboard behandelduur, behandel frequentie en aantal behandelcontacten						Datum: 23-10-2023																																																																				
								16	17																																																																			
								Aantal unieke ID's	Aantal regels																																																																			
Hoofddiagnose groep <input checked="" type="checkbox"/> Angststoornissen <input type="checkbox"/> Persoonlijkheidsstoornissen <input type="checkbox"/> Pervasieve ontwikkelingsstoornis...								NR_REGIEBEHANDELA... <input type="checkbox"/> 141033 <input type="checkbox"/> 141637 <input type="checkbox"/> 141651 <input type="checkbox"/> 143661 <input type="checkbox"/> 143731 <input checked="" type="checkbox"/> 144048 <input type="checkbox"/> 144389 <input type="checkbox"/> 145693 <input type="checkbox"/> 146318 <input type="checkbox"/> 146401 <input checked="" type="checkbox"/> 146427 <input type="checkbox"/> 147056 <input type="checkbox"/> 170548 <input type="checkbox"/> 171024 <input checked="" type="checkbox"/> 171035 <input type="checkbox"/> 171891																																																																				
Primaire diagnose <input type="checkbox"/> Angststoornis NAO <input type="checkbox"/> Gegeneraliseerde angststoornis <input type="checkbox"/> Obsessieve-compulsieve stoornis <input type="checkbox"/> Paniekstoornis zonder agorafobie <input type="checkbox"/> Posttraumatische stress-stoornis <input type="checkbox"/> Posttraumatische stress-stoornis...		<table border="1"> <thead> <tr> <th>ID</th> <th>Eerste behandelcontact</th> <th>Regiebehandelaar</th> <th>Behandeld uur in weken</th> <th>Aantal behandelcontacten</th> <th>Aantal dagen gemiddeld tussen twee behandelingen</th> <th>Primaire diagnose</th> <th>Hoofddiagnose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>3985</td> <td>11-jan-23</td> <td>146427</td> <td>39</td> <td>9</td> <td>30</td> <td>Posttraumatische stress-stoornis</td> <td>Angststoornissen</td> </tr> <tr> <td>3205</td> <td>26-apr-22</td> <td>146427</td> <td>65</td> <td>30</td> <td>15</td> <td>Gegeneraliseerde angststoornis</td> <td>Angststoornissen</td> </tr> <tr> <td>3509</td> <td>15-nov-16</td> <td>144048</td> <td>361</td> <td>189</td> <td>13</td> <td>Posttraumatische stress-stoornis</td> <td>Angststoornissen</td> </tr> <tr> <td>3503</td> <td>6-sep-22</td> <td>144048</td> <td>57</td> <td>62</td> <td>12</td> <td>Posttraumatische stress-stoornis</td> <td>Angststoornissen</td> </tr> <tr> <td>3113</td> <td>7-sep-22</td> <td>171035</td> <td>56</td> <td>37</td> <td>11</td> <td>Posttraumatische stress-stoornis</td> <td>Angststoornissen</td> </tr> <tr> <td>3968</td> <td>14-sep-15</td> <td>146427</td> <td>420</td> <td>382</td> <td>8</td> <td>Paniekstoornis zonder agorafobie</td> <td>Angststoornissen</td> </tr> <tr> <td>3686</td> <td>5-mrt-20</td> <td>146427</td> <td>186</td> <td>175</td> <td>7</td> <td>Posttraumatische stress-stoornis: Met verlaat begin</td> <td>Angststoornissen</td> </tr> <tr> <td>3545</td> <td>6-sep-16</td> <td>144048</td> <td>368</td> <td>464</td> <td>6</td> <td>Posttraumatische stress-stoornis</td> <td>Angststoornissen</td> </tr> </tbody> </table>	ID	Eerste behandelcontact	Regiebehandelaar	Behandeld uur in weken	Aantal behandelcontacten	Aantal dagen gemiddeld tussen twee behandelingen	Primaire diagnose	Hoofddiagnose	3985	11-jan-23	146427	39	9	30	Posttraumatische stress-stoornis	Angststoornissen	3205	26-apr-22	146427	65	30	15	Gegeneraliseerde angststoornis	Angststoornissen	3509	15-nov-16	144048	361	189	13	Posttraumatische stress-stoornis	Angststoornissen	3503	6-sep-22	144048	57	62	12	Posttraumatische stress-stoornis	Angststoornissen	3113	7-sep-22	171035	56	37	11	Posttraumatische stress-stoornis	Angststoornissen	3968	14-sep-15	146427	420	382	8	Paniekstoornis zonder agorafobie	Angststoornissen	3686	5-mrt-20	146427	186	175	7	Posttraumatische stress-stoornis: Met verlaat begin	Angststoornissen	3545	6-sep-16	144048	368	464	6	Posttraumatische stress-stoornis	Angststoornissen		
ID	Eerste behandelcontact	Regiebehandelaar	Behandeld uur in weken	Aantal behandelcontacten	Aantal dagen gemiddeld tussen twee behandelingen	Primaire diagnose	Hoofddiagnose																																																																					
3985	11-jan-23	146427	39	9	30	Posttraumatische stress-stoornis	Angststoornissen																																																																					
3205	26-apr-22	146427	65	30	15	Gegeneraliseerde angststoornis	Angststoornissen																																																																					
3509	15-nov-16	144048	361	189	13	Posttraumatische stress-stoornis	Angststoornissen																																																																					
3503	6-sep-22	144048	57	62	12	Posttraumatische stress-stoornis	Angststoornissen																																																																					
3113	7-sep-22	171035	56	37	11	Posttraumatische stress-stoornis	Angststoornissen																																																																					
3968	14-sep-15	146427	420	382	8	Paniekstoornis zonder agorafobie	Angststoornissen																																																																					
3686	5-mrt-20	146427	186	175	7	Posttraumatische stress-stoornis: Met verlaat begin	Angststoornissen																																																																					
3545	6-sep-16	144048	368	464	6	Posttraumatische stress-stoornis	Angststoornissen																																																																					
<h1>153,65</h1> <p>Gemiddeld aantal weken in behandeling</p>		<h1>216,41</h1> <p>Gemiddeld aantal behandelcontacten gehad</p>				<h1>8</h1> <p>Gemiddeld aantal dagen tussen twee behandelcon...</p>																																																																						

Inzicht voor de behandelaar – patiëntniveau

Datafile omschrijving:
Actuele cliënten van ambulante kostenplaats
Data is actueel tot 16 oktober jl
Pagina filter op uitgesloten kostenplaatsen

Dashboard behandelduur, behandel frequentie en aantal behandelcontacten

Datum: 23-10-2023


1 Aantal unieke ID's 1 Aantal regels

NR_REGIEBEHANDELAAR
Alle

ID
2938

Hoofddiagnose groep
■ Angststoornissen

Primaire diagnose
■ Angststoornis door (vermeld de ...



ID	Datum inschrijving	Regiebehandelaar	Behandeld uur in weken	Aantal behandelcontacten	Aantal dagen gemiddeld tussen twee behandelingen	Primaire diagnose	Hoofddiagnose	Kostenplaats
2938	10-08-23	233150	8	41	1	Angststoornis door (vermeld de somatische aandoening)	Angststoornissen	Ouderenpsychiatrie ambulante behandeling

8
Behandelduur in weken

41
Aantal behandelcontacten gehad

1
Aantal dagen tussen twee behandelcontacten

Contactinformatie

Martijn Mahler

06-15012499

Martijnmahler@bee-improve.nl

www.Bee-Improve.nl

085 822 57 15

Kosterijland 10-18

3981 AJ Bunnik





IMPLEMENTATIE VAN EEN IN- EN DOORSTROOM- BELEID IN CGG INTEGRRA, 2024

Peter Beks

- Casus
- Lessen en reflecties
- Vraag & Antwoord



Fusie: Zorggroep Zin – DAGG – Validag

- CGG-werking
- Psychosociale revalidatieconventie
- Revalidatieconventie Verslaving

220 medewerkers, 26 Teams

173 VTE

Teams +/- 3 VTE (CGG) / Verslaving Categorieel / Verslaving MSOC

van preventie
tot zorg

Instroom - Doorstroom

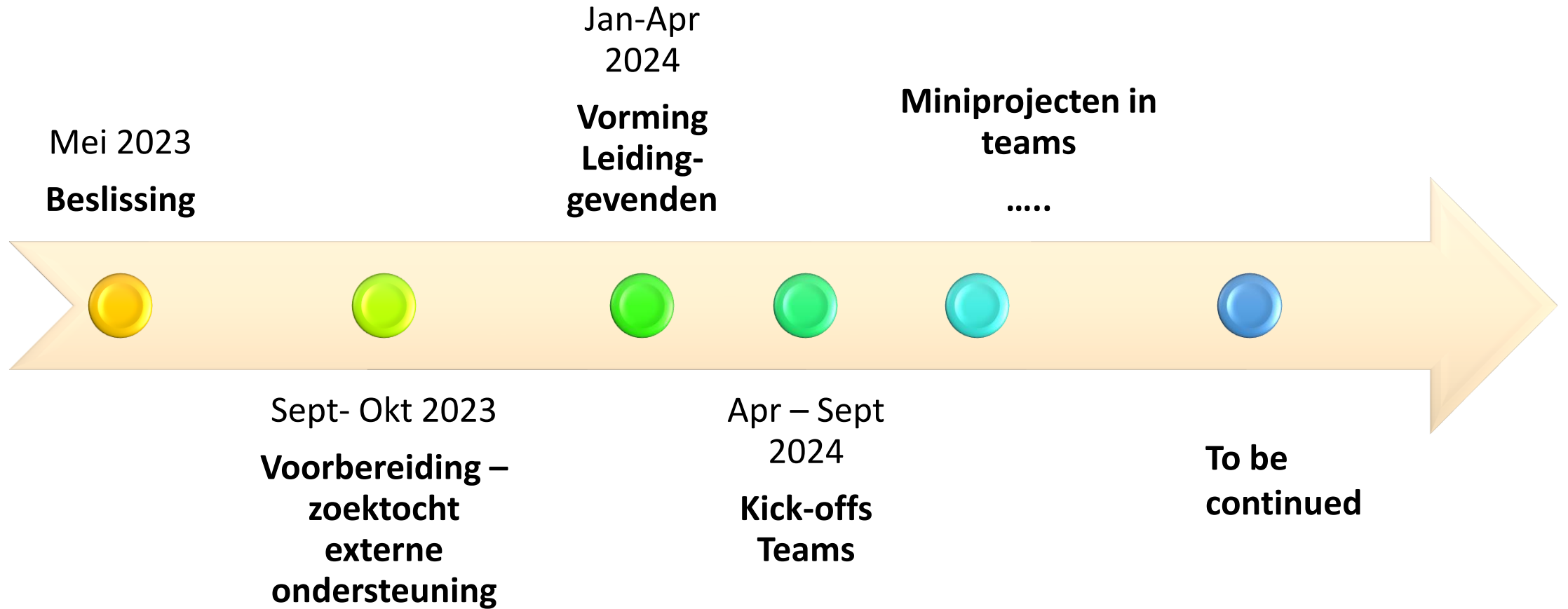
I. Beslissing

- Problematiek verergert doorgaans zonder hulp in de wachttijd
- Wachtlijst: morele druk op medewerkers
- Complexe problematieken – ‘zwaar werk’
- Positie van werking in zorglandschap
- Correct beargumenteren van nood aan middelen voor zorg

II. Uitgangspunt

- Klinisch oordeel moet leidend zijn
- Dialoog – Cocreatie met teams – gezamenlijk doel

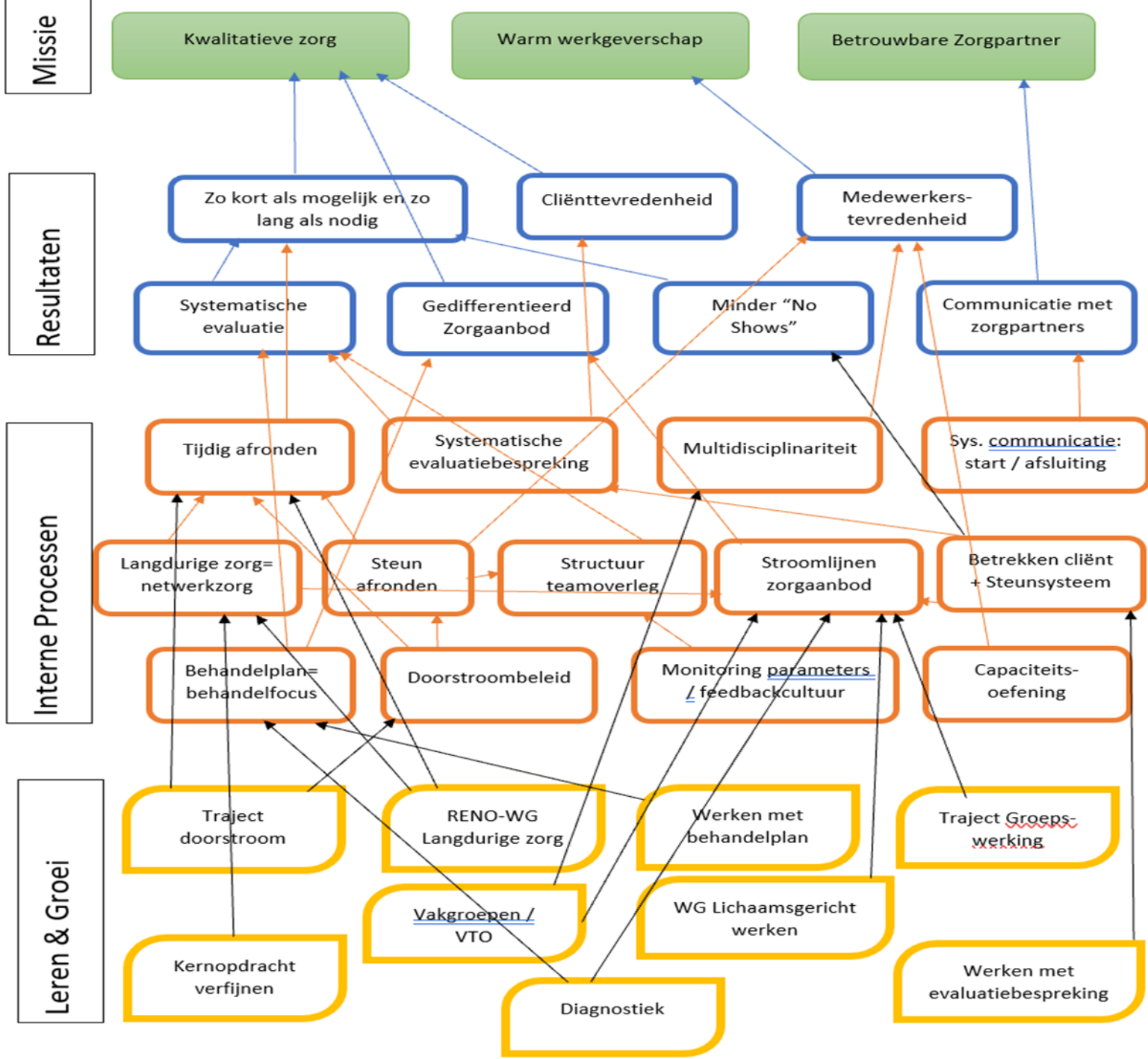
Tijdslijn



Leren & Groeien

- Inzet op vorming voor leidinggevenden
- Kick-off momenten met de verschillende teams





Strategy Mapping

Interne processen

- Systematische evaluatie (met de cliënt)
- Intensifiëring van behandeltrajecten
- Structuur van teamoverleg
- Afrondingsfase: Betrekken naaste omgeving / Professionele netwerk
-



Team Hasselt

- Zoektocht naar meer systematische evaluatie van behandeltrajecten:
 - Evaluatie-interview (6 maandelijks)
 - Informeren van cliënten over nieuw beleid (brief directie)
 - Creëren van voldoende ruimte tijdens teamoverleg
- **Uitdaging:**
Houvast voor cliënten met blijvende zorgnood

integra



datum

7 juli 2024

betreft

Aanpassing van behandelbeleid
binnen CGG-werking

Geachte mevrouw/heer,

Via deze weg wil ik u informeren over een aanpassing
binnen de CGG-werking.

Integra VZW biedt behandeling en psychotherapie aan
en psychiatrische problemen om zo verbetering of st
komen. Om op een kwaliteitsvolle manier een antwo
vele hulpvragen die we dagelijks ontvangen, wordt
lang als nodig, zo kort als mogelijk". Dit houdt i
gen eindig zijn.

Om dit uitgangspunt te bereiken hebben we als
om de behandelingen zo intensief als mogelijk t
gen. We streven ernaar om elke behandeling c
eventueel bij te sturen en op een goede manie
wordt om de afronding samen met u
hogere kwaliteit van

[aan](#)
[klik hier om het adres
in te voegen (max. 6 te

Team Hasselt

- Botsen op verwachtingen
 - Verwachtingen van cliënten: relationele continuïteit vs zorgcontinuïteit
 - Verwachtingen van verwijzers: houvastfunctie?!
- Verduidelijken wat kan verwacht worden van begeleiding/behandeling in het centrum
 - Eindigheid van behandeling centraal stellen
 - Brief aan verwijzers (in voorbereiding)

Team Hasselt

- Botsen op jezelf, team, ...
 - Focus op behandeldoel
 - Confrontatie ook met verschillen in team mbt afronding en aanpak hiervan
 - Confrontatie met eigen drempels en deontologische vragen bij bespreking van afronding
- Omgaan met afronding
 - Vraag naar meer interne ondersteuning / vorming
 - Installeren van afrondingsfase bij behandeling/begeleiding

Uitdagingen voor INTEGRA

- Duidelijk kader en kernopdracht binnen snelle veranderingen in GGZ
- Vasthouden van interne processen
- Voorzien van gericht vormingsbeleid
- Relatieve kleine en kwetsbare teams
- Netwerkwzorg – hiaten in zorg voor mensen met GGZ-problemen

W21 Drempels en treden voor het aanpakken van de wachttijden in de GGZ DEEL 2: DIALOOG (20')

- Werken aan het verbeteren en beheersen van wachttijden in de GGZ:
 - Randvoorwaarden en succesfactoren
 - Aanbevelingen voor het beleid

W21 Drempels en treden voor het aanpakken van de wachttijden in de GGZ. **Contactgegevens sprekers**

Peter Beks

master klinisch psychologie, directeur Zorg [CGG INTEGR](#)

Peter.beks@integra-limburg.be

T. +32 473 520 913

Jo De Grave

master biomedische wtn., werkgroep wachttijden SGGG,
Ondersteuning & Ontwikkeling in de social profit

jodegrave@gmail.com

T. +32 478 544 097

Vivian Hemmelder

master neurowetenschappen, oprichter '[Gek van GGZ](#)',
werkgroep wachttijden SGGG, kwaliteitscoörd. UPC KULeuven

vivian.hemmelder@upckuleuven.be

T. +32 2 455 60 10

Martijn Mahler

Master algemene sociale wtn., directeur Bee Improve,
projectleider van meerdere Nederlandse wachtlijst-projecten

martijnmahler@bee-improve.nl

T. +31 615 012 499

www.bee-improve.nl