

gek van ggz



Wachttijsten in de ggz **Analyse en oplossingen**

Vivian Hemmelder en Rasila Hoek

3 december 2020

Onze missie



analytische
vaardigheden



eigen ervaringen
als patiënt

gek van ggz



Analyse

Introductie

Hoe werken wachttijden in de ggz?

Deel I – Cijfers over wachttijden

In hoeverre brengen de beschikbare gegevens het probleem in beeld?

Deel II – Oorzaken

Welke factoren dragen bij aan lange wachttijden in de ggz?

Deel III – Leren van wachtrijtheorie

Wat doet de wijze waarop de ggz is georganiseerd met wachttijden?

Oplossingen

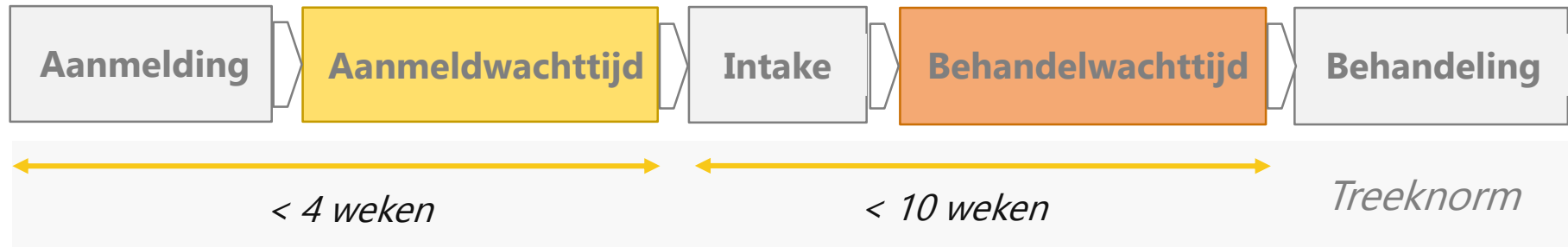


Introductie

Hoe werken wachttijden in de ggz?



Maximaal 14 weken wachten op ggz-hulp is de norm..



De **Treeknorm** is een afspraak gemaakt in 2005 tussen partijen in de ggz. Volgens deze norm mag de **aanmeldwachtijd** max. **4 weken** zijn, de **behandelwachtijd** max. **10 weken**.

..maar deze norm wordt regelmatig overschreden.

Diagnosegroepen waarvoor de treeknorm gemiddeld wordt overschreden



Bovendien loopt een traject in de praktijk vaak niet lineair

Voorbeelden van verschillende vormen van wachten

Meerdere behandelingen na elkaar, steeds opnieuw wachten



Na de intake doorverwezen worden naar een andere wachtlijst



Tijdens het wachten in crisis raken, waardoor andere hulp nodig is



De mensen met de zwaarste problemen wachten het langst

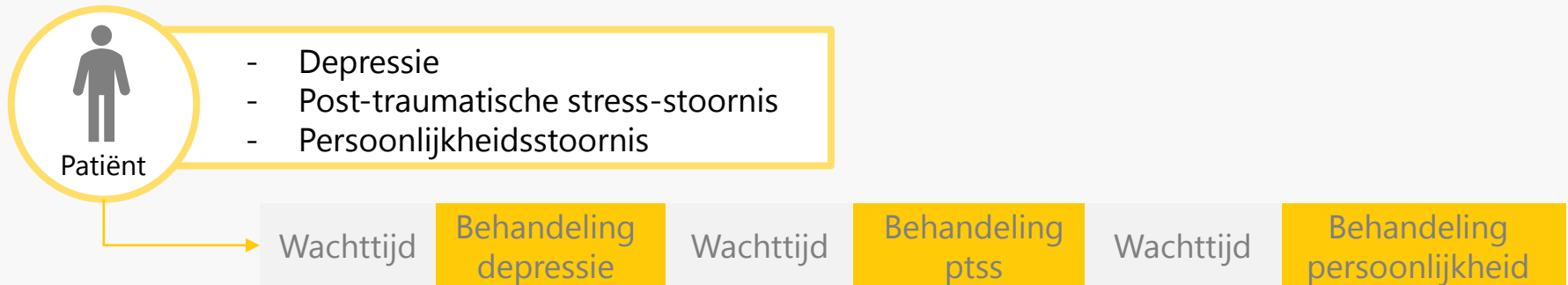
Wachttijden voor top-ggz zijn gemiddeld nog langer dan voor reguliere s-ggz

Diagnosegroep	Gemiddelde wachttijd (weken)	
	Landelijk	Top-ggz
Persoonlijkheid	19	31
Autisme	21	27
Aandacht/gedrag	15	21

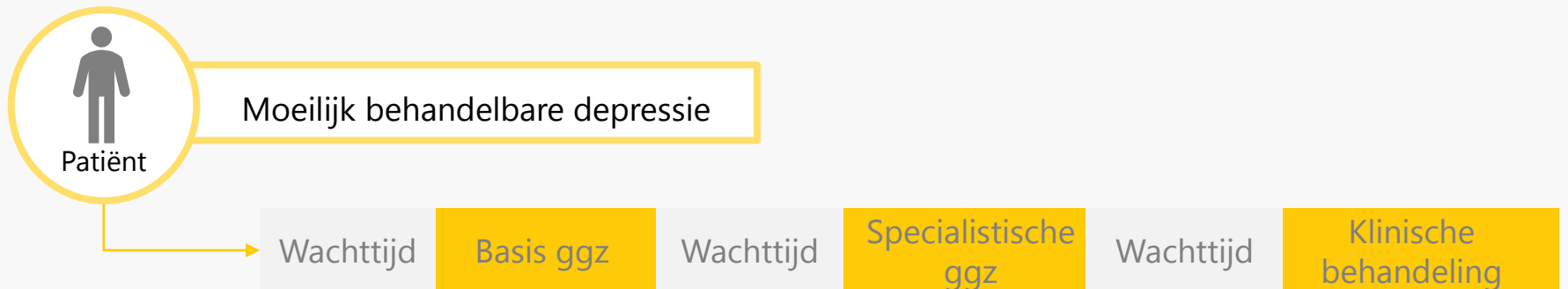
Afdelingen voor **top-ggz** richten zich op de behandeling van de **zwaarste**, meest **complexe patiënten** binnen een hoofddiagnosegroep.

Ook belanden zij vaker herhaaldelijk op een wachtlijst..

..omdat ze meerdere aandoeningen hebben die na elkaar worden behandeld;



..of omdat ze veel stappen doorlopen uit het *stepped care* model



En lopen zij vaker aan tegen een gebrek aan passend behandelaanbod

Driekwart mensen met psychose krijgt onvoldoende zorg

31-05-2019

Dit blijkt uit onderzoek van de sectie SAABB

Persbericht

70 tot 75% van de mensen met een psychose krijgt een belangrijke standaardzorg niet. En wanneer ze het wel krijgen, is dit vaak door onvoldoende opgeleid personeel. Dat blijkt uit een **onderzoek** van de grootste psychotherapievereniging van Nederland; de Vereniging voor Gedrags- en Cognitieve therapieën (VGCT). In Nederland zijn in totaal bijna 100.000 mensen in behandeling voor een psychose. Zij worden nu minder snel beter en krijgen minder de juiste behandeling die aansluit.



“Sinds ik ook psychotische klachten heb kan ik nergens meer terecht.”

- Patiënt in specialistische ggz

de Volkskrant

NIEUWS GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

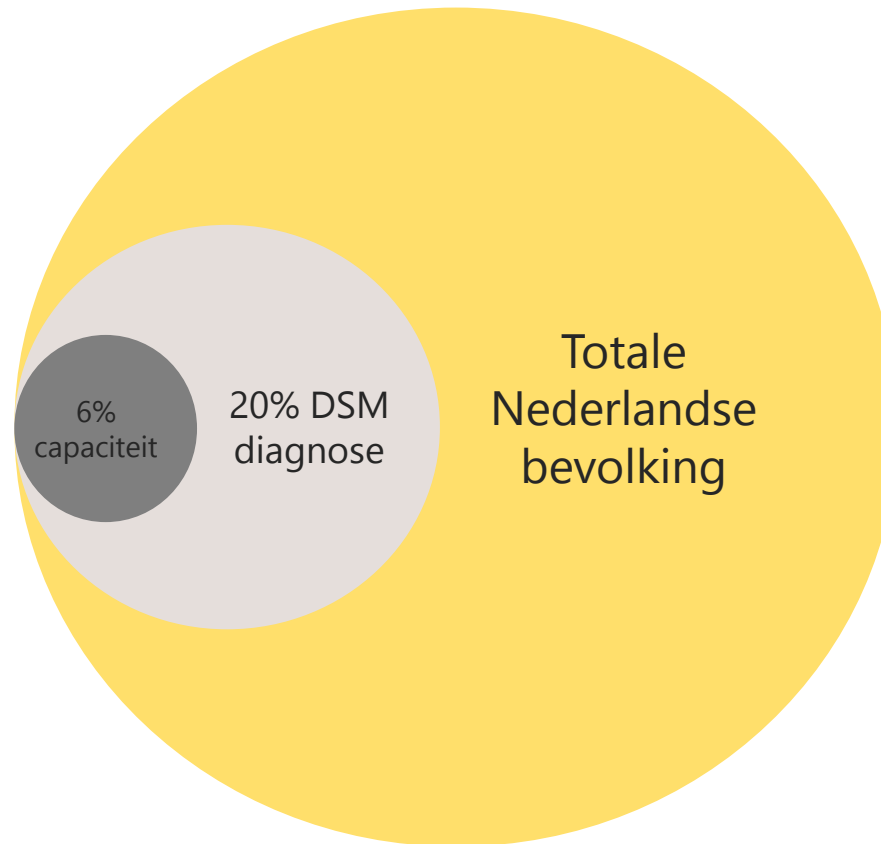
Onderzoeksraad: zorg voor psychiatrische patiënten schiet ernstig tekort

De zorg voor de 250- tot 300 duizend psychiatrische patiënten in Nederland schiet ernstig tekort, constateert de Onderzoeksraad voor Veiligheid (OVV) donderdag in een adviesrapport. Hierdoor kan de veiligheid van deze mensen en hun omgeving niet worden gewaarborgd.

Yvonne Hofs 18 april 2019, 12:27



De last van de wachtlijstproblematiek is ongelijk verdeeld. Een visie mist: hoe verdelen we de beschikbare capaciteit?





Break-out rooms: visie op ggz

- ☐ Wie mag er gebruik maken van de beschikbare capaciteit?
- ☐ Waar kunnen de mensen terecht die niet in de ggz horen, maar wel problemen hebben?

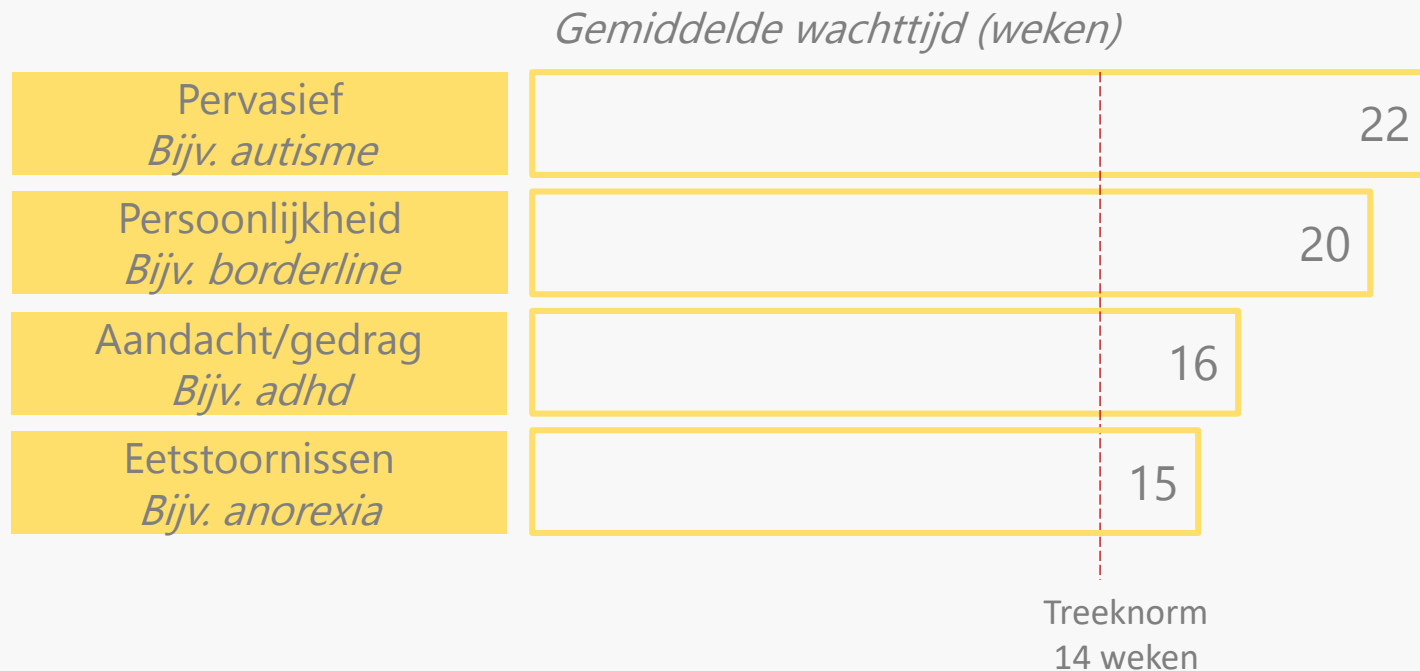
Deel I: Gegevens over wachttijden

In hoeverre brengen de
beschikbare cijfers het probleem
in beeld?



Er worden gemiddelde wachttijden gerapporteerd...

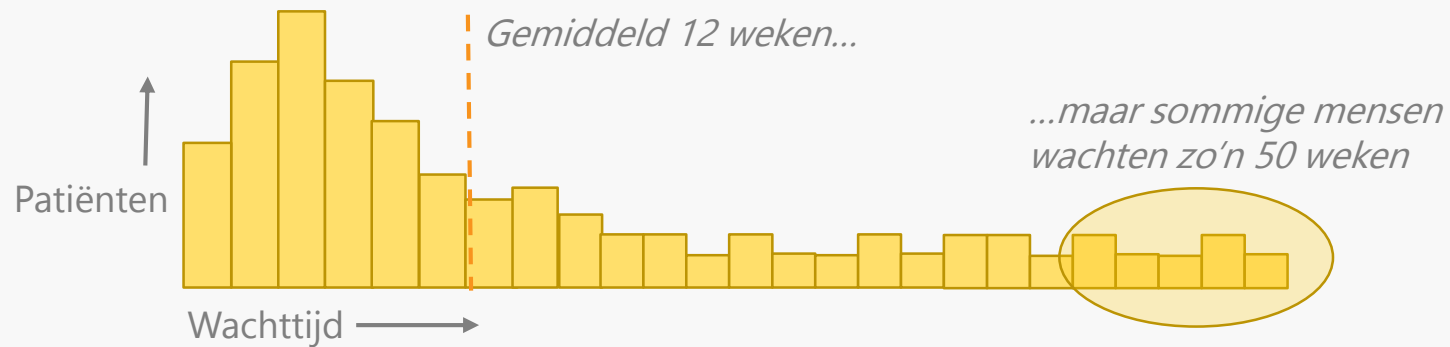
Diagnosegroepen waarvoor de treeknorm gemiddeld wordt overschreden (landelijk)



...maar deze cijfers zeggen niets over spreiding

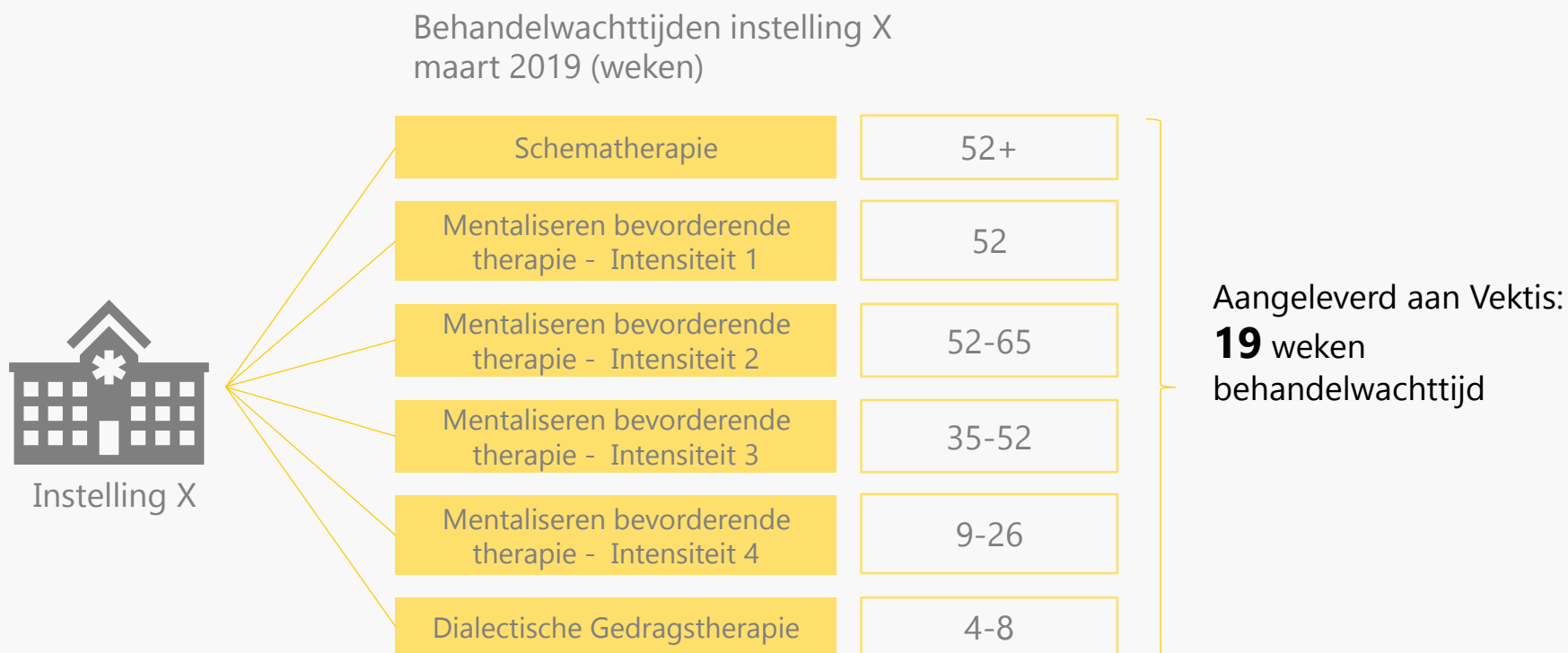
Voorbeeld

Als de **gemiddelde wachttijd** **12 weken** is kan de verdeling er zo uit zien.



Het samennemen van uiteenlopende wachttijden maakt het probleem minder inzichtelijk

Voorbeeld



Bovendien is het berekenen van de wachttijd minder nauwkeurig als de wachttijd lang is

Rekenmethode 1:

Retrospectieve wachttijd

Het gemiddelde van de wachttijden van de patiënten die de afgelopen tijd zijn gestart.



Welkom. Een jaar geleden was de wachttijd een jaar.



De berekening is gebaseerd op patiënten die **lang geleden** zijn aangemeld.

Rekenmethode 2:

Verwachte wachttijd

Tijd tot de derde mogelijkheid in de agenda van de aanbieder voor een eerste afspraak



December 2021



De berekening is gebaseerd op de agendamogelijkheden **ver in de toekomst**.

Er worden geen gegevens verzameld over de gevolgen van wachttijden

Bijvoorbeeld de psychologische en persoonlijke gevolgen



Tijdens het wachten kan de problematiek verergeren



De kans om binnen 2 jaar bij de werkgever terug te keren verkleint



Tijdens het wachten ligt langdurige een hoge druk op het netwerk van de patiënt

Of de financiële gevolgen voor de maatschappij

Onze gezamenlijke wachttijd heeft Nederland **ruim €40.000,- euro** gekost.

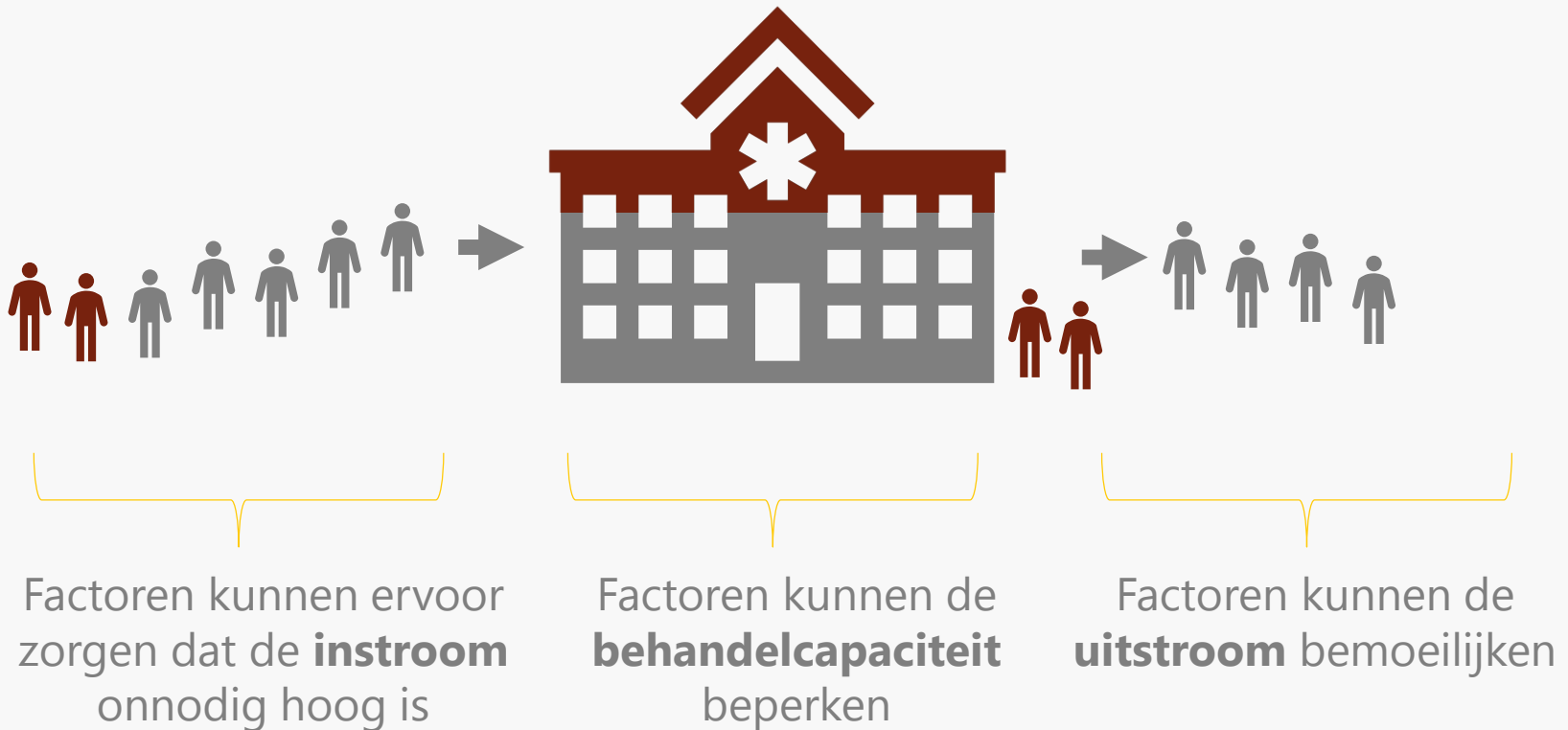
Deel II: Oorzaken

Welke factoren dragen bij aan lange wachttijden in de ggz?



Er zijn vele factoren die bijdragen aan lange wachtlijsten

Een lange wachtlijst ontstaat door een disbalans tussen instroom, behandelcapaciteit en uitstroom

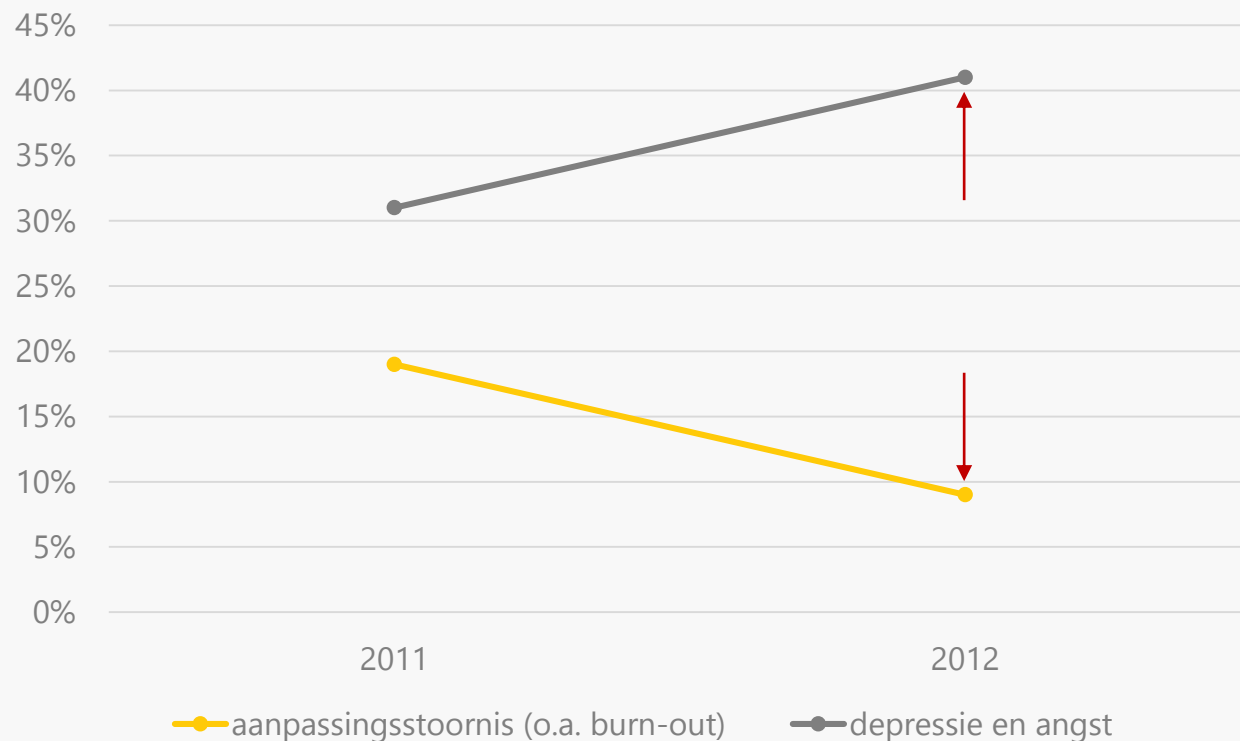




“Onterechte” verwijzingen naar de ggz dragen bij aan hogere instroom

Toen burn-out niet meer werd vergoed, steeg het aantal diagnoses depressies en angststoornissen

Patiënten (1^e lijns-)psycholoog
% met diagnose



“Fraude? Je kunt het ook creatief noemen. Of noodzakelijk, omdat een cliënt anders van hulp verstoken blijft.”

- Oud NIP-voorzitter Elly Plooijs-Van Goorsel, NRC 2013



Budgetplafonds beperken de behandelcapaciteit

Een **budgetplafond** is een afspraak tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar over het aantal behandelingen dat in een jaar gedeclareerd kan worden.

% dat verzoek tot
bijcontractering deed, 2018

Instellingen (n=39)

84%

Vrijgevestigden (n=135)

30%

Budgetplafonds kunnen zelfs leiden tot patiëntenstops

% met patiëntenstop vanwege
budgetplafond, 2018

Instellingen (n=39)

30%

Vrijgevestigden (n=135)

20%

**“Vanaf september
krijgen wij steeds meer
aanmeldingen. De
instellingen zitten dan
gewoon vol.”**

- Bestuurder instelling voor
onvergoede zorg



Een tekort aan hoogopgeleide psychologen en psychiaters beperkt de behandelcapaciteit

Vacatures voor gz-psychologen en psychiaters

Vacaturegraad 2018
(#vacatures/#werkzamen)

GZ-psycholoog

9%

Waarvan **50%** langer dan 3 maanden openstaat en **15%** langer dan 6 maanden

Psychiater

15%

Waarvan **66%** langer dan 3 maanden openstaat en **43%** langer dan 6 maanden

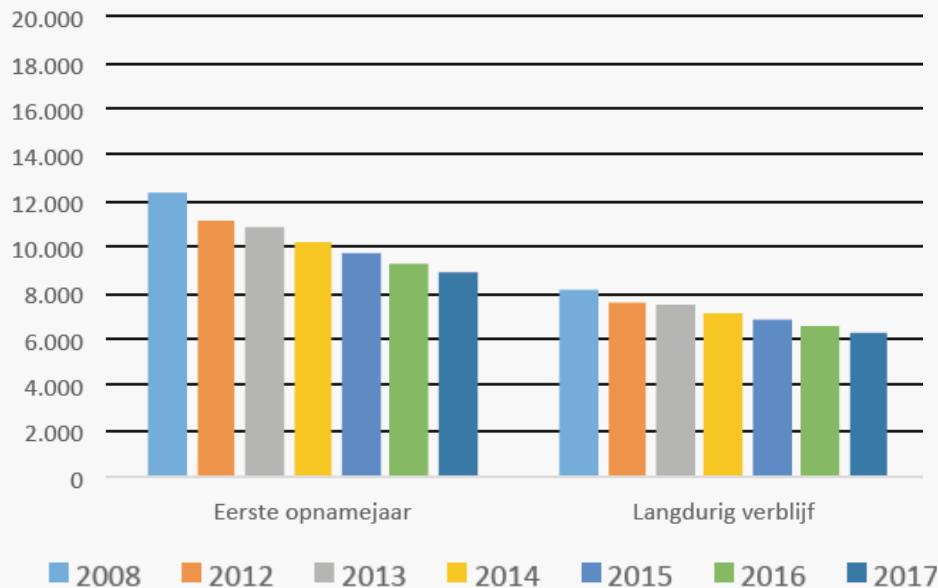
“We hebben onze afdeling diagnostiek al een paar maanden gesloten, omdat er geen psychiater is.”

- Instelling voor sggz



De afbouw van bedden heeft een gat geslagen in de capaciteit

Tussen 2008 en 2017 is het aantal plaatsen in de klinische ggz volgens plan afgebouwd..



..maar de geplande opbouw van intensieve ambulante zorg blijft uit.

Trimbos Instituut, 2017:
"Er is geen substantiële toename te zien van dbc-trajecten in intensieve ambulante ggz"



De factoren die capaciteit beperken versterken elkaar





Moeite om de behandeling te beëindigen beperkt de uitstroom

Met wachtenden heeft de therapeut nog geen relatie...



Wachtenden

...met patiënt in behandeling wel.



Therapeut

Patiënt

En: is het wel veilig om de patiënt los te laten?



“Behandelaren willen graag behandelen. Het is soms lastig om op een bepaald punt te zeggen tegen een patiënt: je kunt weer op eigen benen staan. Misschien houden we mensen soms nog te lang bij ons..”

- Behandelaar en eigenaar van meerdere praktijken



Break-out rooms

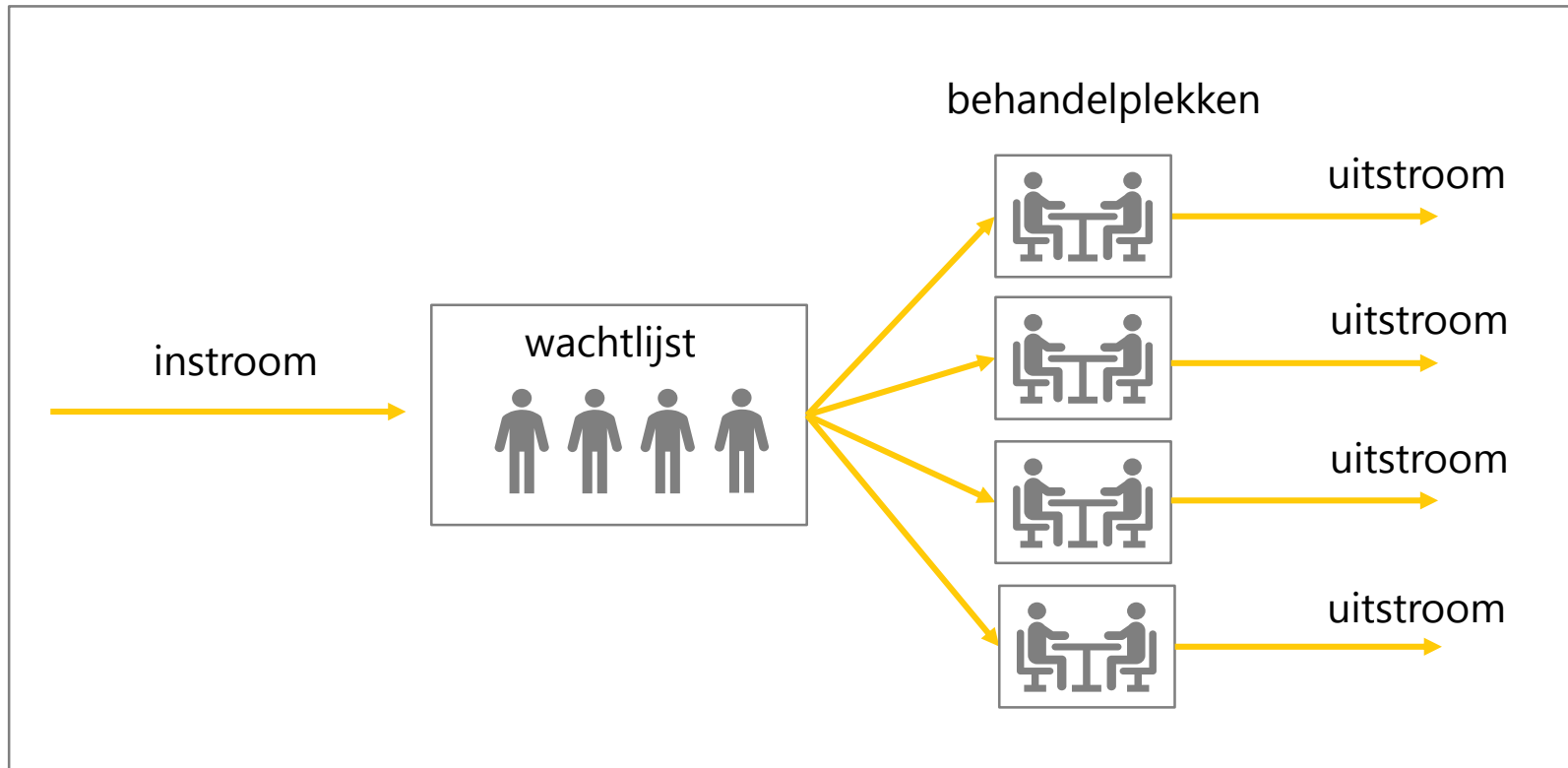
- ☐ **Hoe lang moet of mag een behandeling duren?**
- ☐ **Wie bepaalt wanneer het klaar is, en op basis waarvan?**

Deel III: Leren van wachtrijtheorie

**Wat doet de wijze waarop de
ggz is georganiseerd met
wachttijden?**



Wachtrijtheorie maakt gebruik van modellen voor wachtrijen



Werkbelasting

$$\rho = \frac{\text{instroom}}{\# \text{ behandelplekken} \times \text{behandelsnelheid}}$$

De werkbelasting ρ voorspelt de mate waarin een wachttijd zal ontstaan

$$\rho > 1$$

Gemiddeld is de instroom **groter** dan de uitstroom

De wachttijd zal blijven groeien.

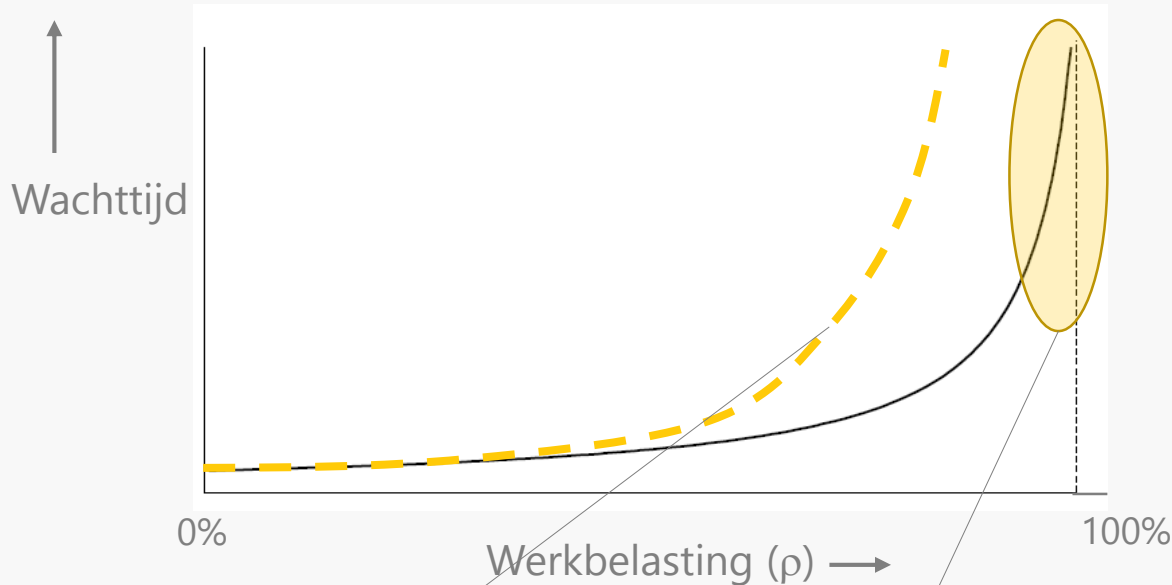
$$\rho < 1$$

Gemiddeld is de instroom **kleiner** dan de uitstroom

De wachttijd zal op den duur een evenwicht bereiken: de wachttijd blijft dan min of meer constant.

Hoewel de zorgaanbieder streeft naar hoge werkbelasting, is dit slecht voor wachttijden

De relatie tussen werkbelasting en wachttijd

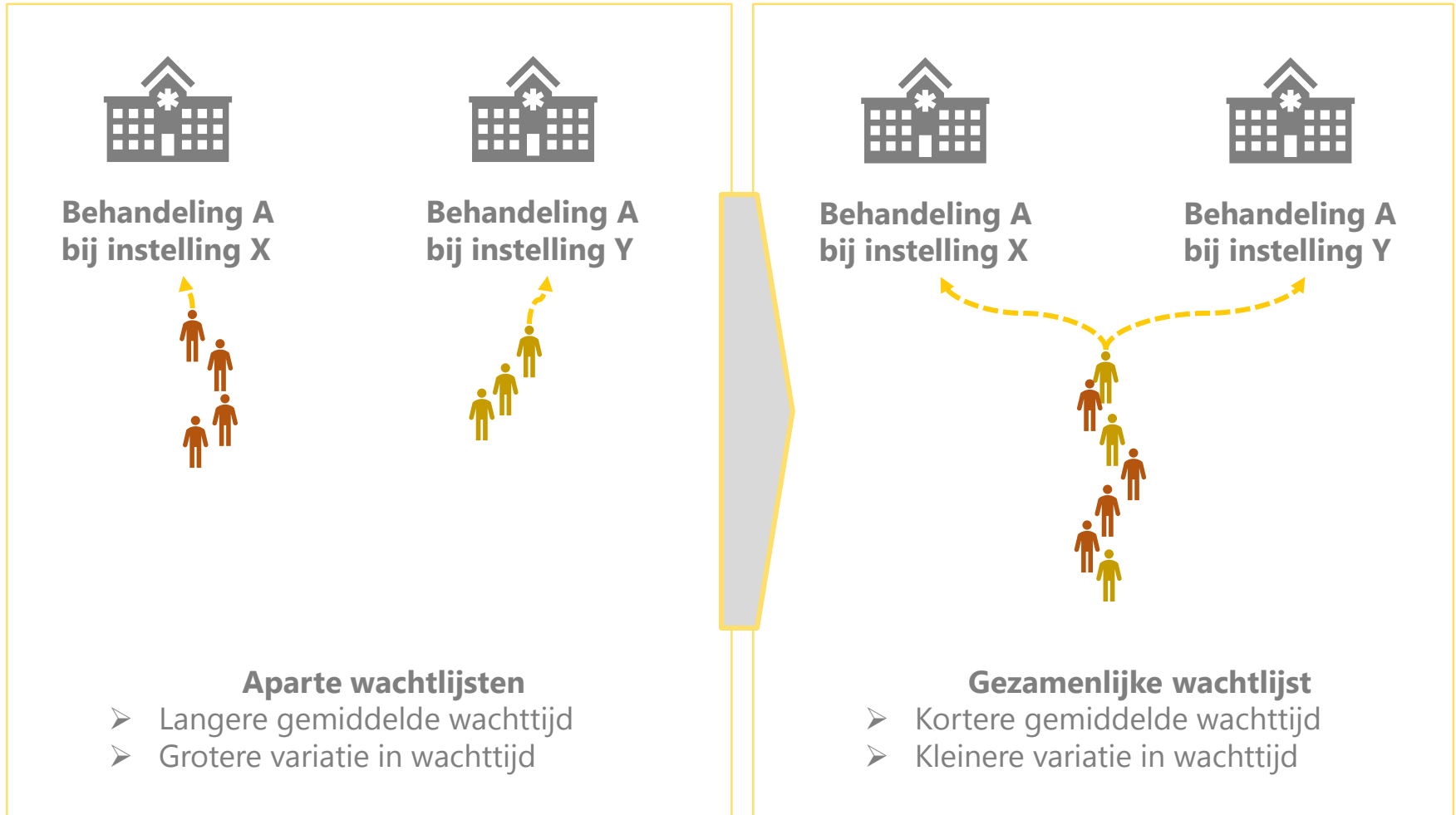


“We zijn vooral bezig te zorgen dat er nooit bedden leegstaan, want dat is duur.”
- Psycholoog in ggz-instelling

Bij langdurige behandeling met weinig plekken is deze relatie nog sterker

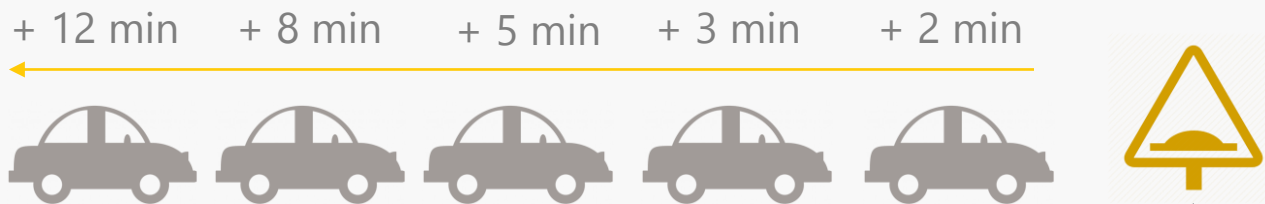
Bij maximale werkbelasting groeit wachttijd **explosief**

Eén grote wachtlijst leidt tot kortere gemiddelde wachttijd dan verschillende kleine wachtlijsten



Kleine procesvertragingen kunnen al een groot effect hebben op wachttijd

Net als bij files kan bij wachtlijsten een kleine vertraging verderop in de rij tot lange vertragingen leiden



Bijvoorbeeld:

- Een verwijsbrief die per ongeluk twee weken blijft liggen
- Een behandelaar die ziek of op vakantie is
- Een intakegesprek dat niet doorgaat vanwege een crisis

Samengevat

- ❑ **De mensen met de zwaarste, meest complexe problemen wachten het langst**
 - ❑ O.a. door de aard van de behandeling groeien deze wachtlijsten het snelst
 - ❑ Bovendien komen deze mensen vaak herhaaldelijk op een wachtlijst of ontbreekt passend aanbod
- ❑ **De cijfers over wachttijden geven een onvolledig beeld**
- ❑ **Verskillende factoren dragen bij aan lange wachttijden**
 - ❑ Bijv. personeelstekort, budgetplafonds en beddenafbouw
 - ❑ Deze factoren interacteren met elkaar
- ❑ **De manier waarop de ggz georganiseerd is, verergert de wachtlijstproblematiek**





Oplossingen wachtlijstproblematiek

Hoe maken we de wachtlijsten korter?

Onze 10 aanbevelingen

1. **Verbeter de gegevensverzameling over wachttijden**
2. **Verzamel aanvullende gegevens vanuit patiëntperspectief**
3. **Vergroot snel de beschikbaarheid van hoogopgeleide behandelaren in instellingen**
4. **Voer één triagepunt in per regio**
5. **en voeg soortgelijke wachtlijsten samen**
6. **Analyseer landelijk, voer uit in de regio**
7. **Verspreid kennis over wachtrijtheorie onder instellingen**
8. **Investeer in beter wachtlijstmanagement bij instellingen**
9. **Maak in contractering ruimte voor lagere werkbelasting**
10. **Bereken per type behandeling hoe veel capaciteit nodig is om wachtlijsten te voorkomen**



Aanbeveling 1. Verander de gegevensverzameling: Instelling levert ruwe gegevens, Vektis rekent uit.



De huidige berekeningen kijken naar de wachttijd van eerste persoon in de rij.

Óf naar de tijd tot een eerste afspraak van de laatste persoon in de rij

Hiermee wordt een heleboel waardevolle data niet meegenomen

Een mogelijke berekening die wij voor ons zien is:

Hiervoor zijn de volgende gegevens nodig:

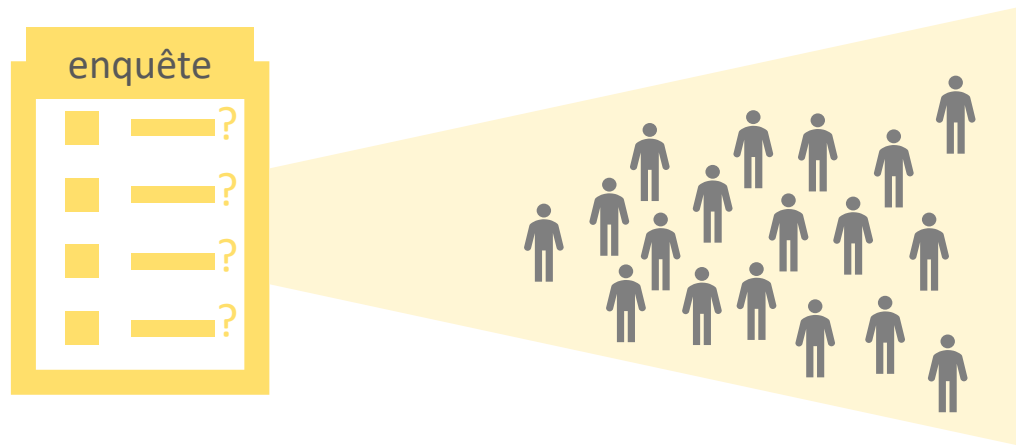
aantal wachtenden * gemiddelde wachttijd per persoon

Waarbij we de *gemiddelde wachttijd per persoon* berekenen met:

Wachttijd tot nu/aantal personen die tijdens deze periode startten

ID	aanmelding	intake	start
1	DD/MM/JJ	DD/MM/JJ	DD/MM/JJ
2	DD/MM/JJ	DD/MM/JJ	DD/MM/JJ
3	DD/MM/JJ	DD/MM/JJ	-
4	DD/MM/JJ	-	-
5	DD/MM/JJ	-	-

Aanbeveling 2. Verzamel aanvullende gegevens vanuit patiëntperspectief



Een enquête onder patiënten kan informatie geven over:

- ☐ Niet-lineaire trajecten
- ☐ Aantal mensen die op meerdere wachtlijsten staan
- ☐ Gevolgen van wachttijden, o.a.:
 - ☐ Achteruitgang psychische conditie
 - ☐ Aantal bezoeken huisarts, crisisdienst, crisisopnames
 - ☐ Gebruik overbruggingszorg

Aanbeveling 3. Vergroot snel de beschikbaarheid van hoogopgeleide behandelaren in instellingen

Bijvoorbeeld met:

Een 'vrijgevestigdenbrigade'



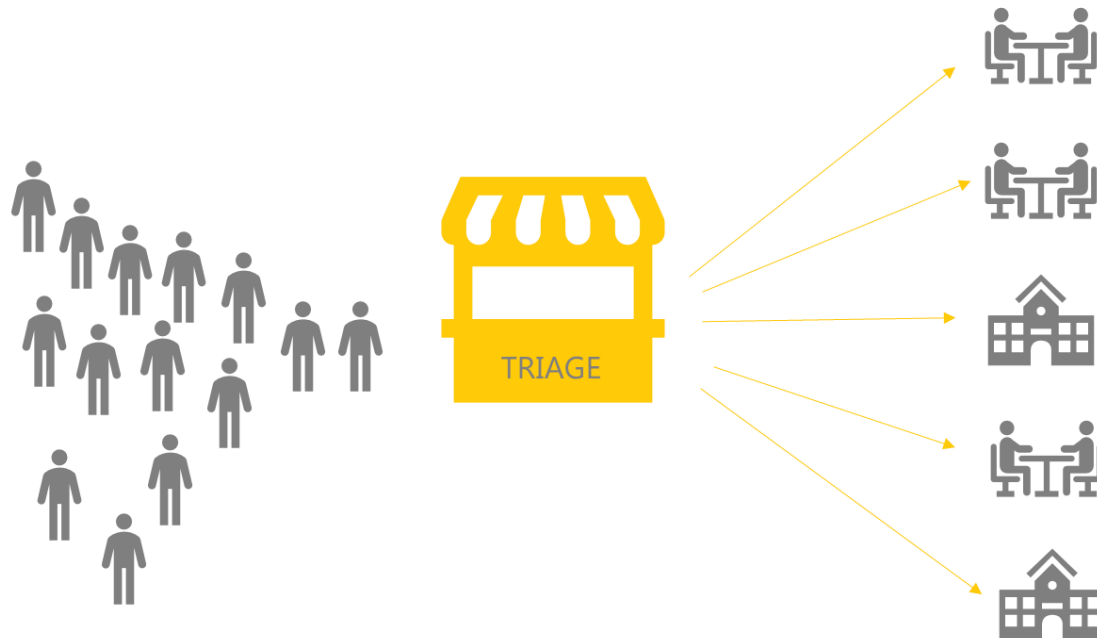
- ☐ Vrijgevestigden met ruime ervaring
- ☐ Committeren 3 dagen per week
- ☐ Verbinden zich aan een specifieke diagnosegroep
- ☐ Werken in verschillende instellingen
- ☐ Wisselen ervaringen uit en ontvangen extra training

Een 'gedeeld dbc'



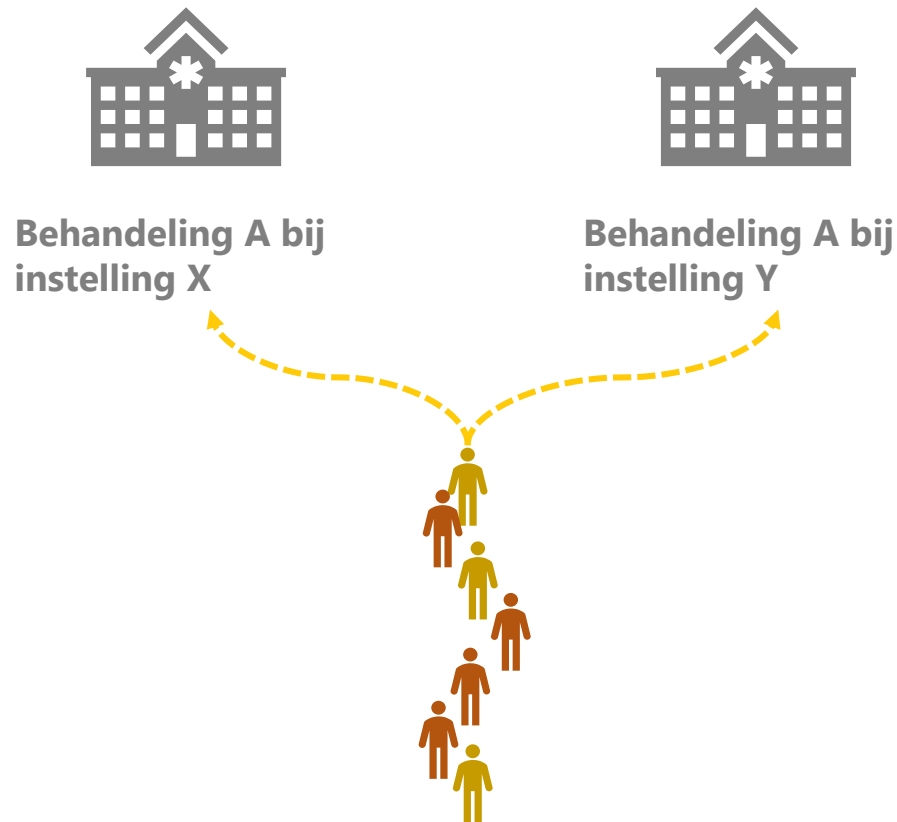
- ☐ Een vrijgevestigde en een instelling delen een dbc
- ☐ De vrijgevestigde behandelt
- ☐ De instellingen levert acute ondersteuning en crisiszorg
- ☐ De vrijgevestigde en de instelling hebben korte lijntjes en geregeld overleg

Aanbeveling 4. Voer één triagepunt in per regio



- ☐ Eén triageprocedure voor de hele regio
- ☐ Uitgevoerd door een hoog-specialistisch team
- ☐ Gebruikmakend van matching theory?
- ☐ Meer vraaggericht i.p.v aanbodgericht
- ☐ Minder onnodige stepped care
- ☐ Als patiënt nergens terecht kan, wordt dit gesignaleerd

Aanbeveling 5. Voeg soortgelijke wachtlijsten samen

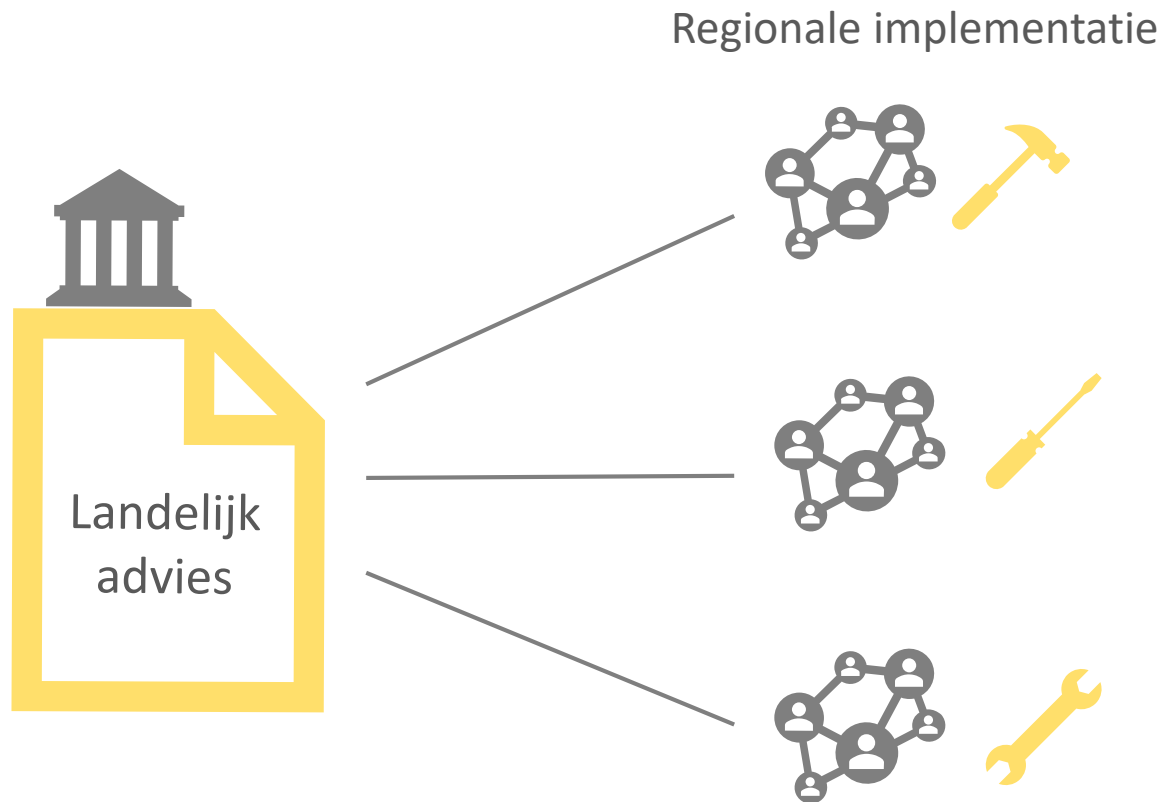


Dit sluit goed aan bij aanbeveling 4: één triagepunt

Aanbeveling 6. Analyseer landelijk, voer uit in de regio

De voornaamste problemen zoals personeelstekorten, budgetplafonds, onterechte instroom en onvoldoende aansluiting op sociaal domein, leven in **alle regio's**

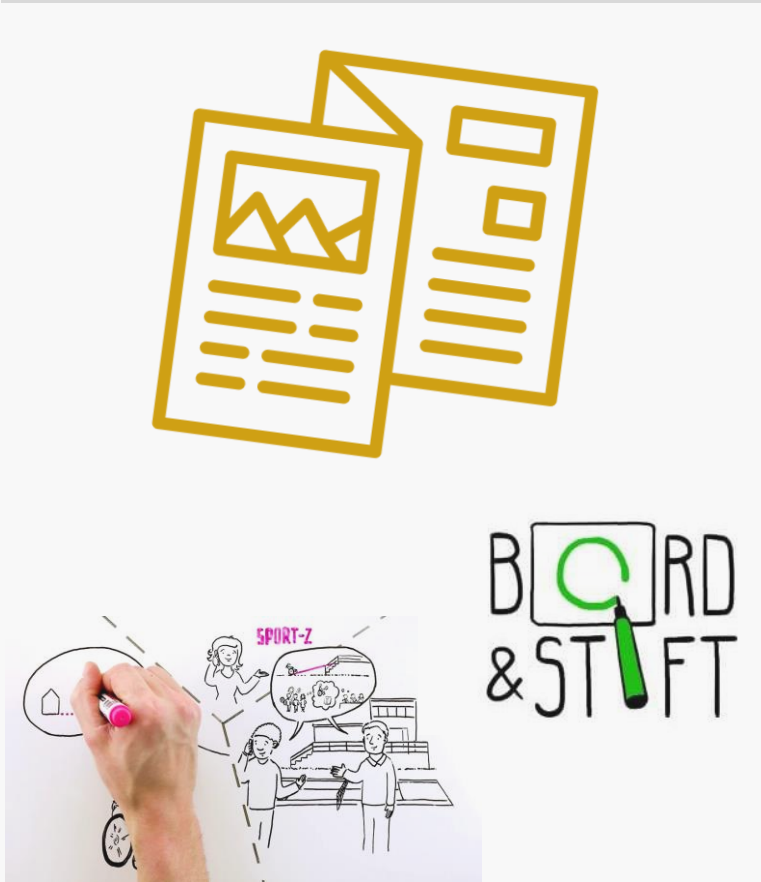
Hier kunnen **landelijk oplossingen** voor gevonden worden
Dit versnelt het proces aanzienlijk



Aanbeveling 7. Verspreid kennis over wachtrijtheorie onder instellingen

Bijvoorbeeld met:

Een informatiecampagne



Of een werkgroep



- ☐ Werkgroep voor controllers of planners bij instellingen
- ☐ Basis van wachtrijtheorie
- ☐ Toepassing op ggz wachtlijsten
- ☐ Bespreken concrete casussen

Aanbeveling 8. Investeer in beter wachtlijstmanagement

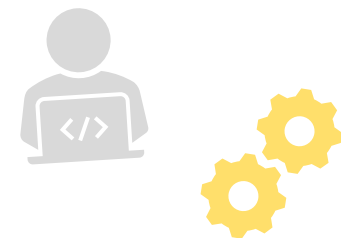
De meeste instellingen die wij spraken hebben geen integraal systeem waarop wachtlijsten werden bijgehouden

Hierdoor ontstaan gemakkelijk fouten en kleine procesvertragingen

Bovendien beheren veel behandelaren zelf hun agenda, dit is foutgevoelig en vaak inefficiënt



Zorg voor één integraal systeem en goed logistiek & administratief personeel

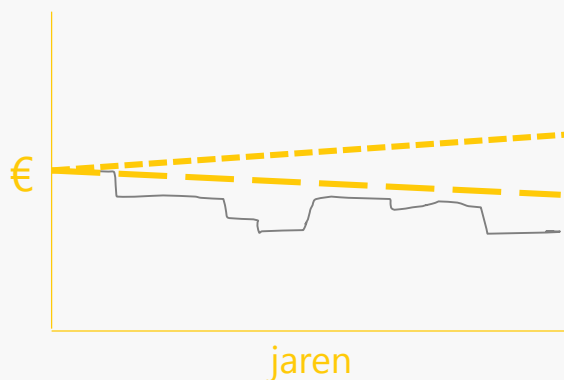


Aanbeveling 9. Maak lagere werkbelasting financieel mogelijk

Bijvoorbeeld met:

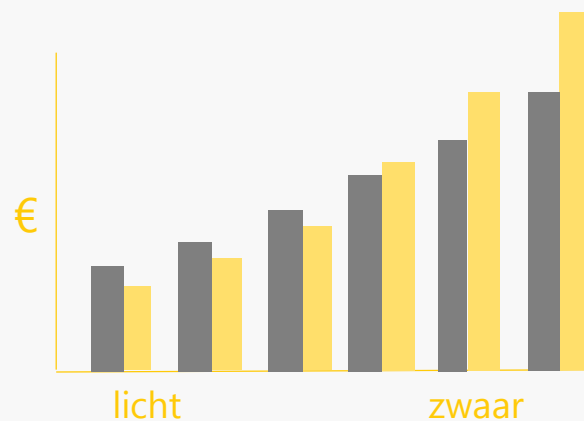
■ = nu
■ = voorstel

Vast budget voor langere tijd



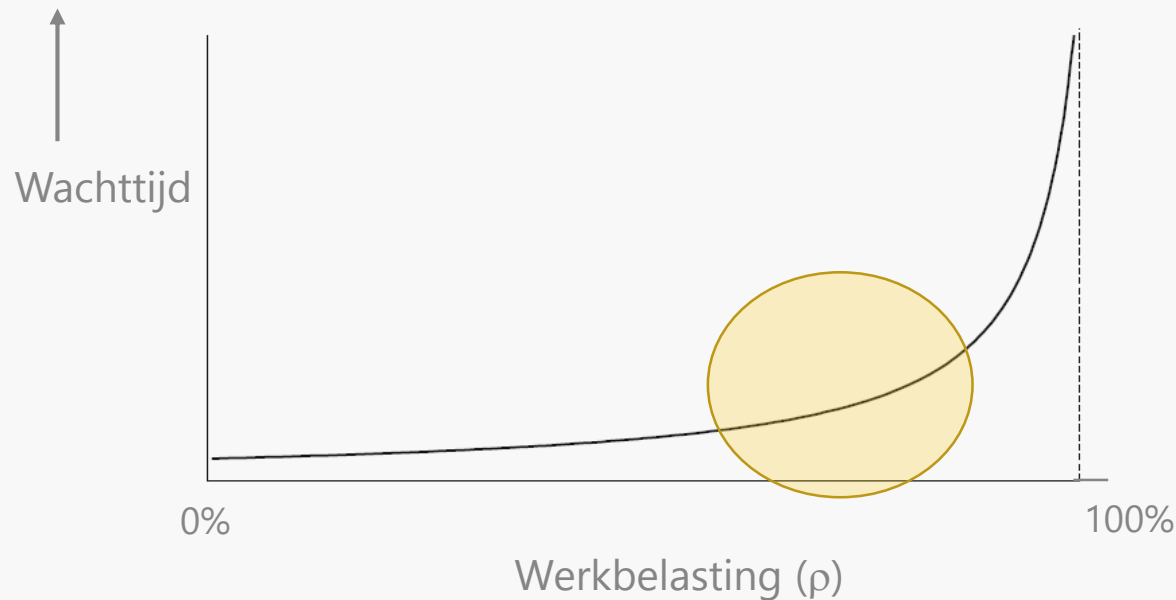
- ❑ Meer financiële zekerheid voor instelling
- ❑ Meer vrijheid in zorginrichting
- ❑ Minder doelmatigheidsprikkels
 - ander toezicht nodig

Hogere prijzen voor complexere doelgroepen



- ❑ Meer financiële ruimte om de werkbelasting lager te maken
 - toezicht nodig op uitvoering
- ❑ Prikkel voor instellingen om zich te richten op complexere doelgroepen

Aanbeveling 10. Bereken per type behandeling hoeveel capaciteit nodig is om wachtlijsten te voorkomen



- ❑ Bereken voor behandelingen voor complexe problematiek hoeveel capaciteit er nodig is om wachtlijsten beheersbaar te houden
- ❑ Zorg dat deze capaciteit binnen de organisatie/de regio/Nederland gegarandeerd wordt

Bedankt!



www.gekvanggz.com
gekvanggz@gmail.com