



de
Nederlandse
ggz



Platform
MEERGGZ



Sociaal Werk
Nederland



Zorgverzekeraars
Nederland



ineen
ORGANISEERT DE EERSTE LIJN



landelijke
huisartsen
vereniging



valente⁷

Werken aan wachttijden,
hoe doe je dat
nu concreet?



Spreker: **Jo de Grave**

**Webinar Landelijke stuurgroep
Toegankelijkheid & Wachttijden ggz**

12 december 2024

Dit is geen cursus **EXCEL of STATISTIEK**

Dit is geen cursus **LEAN MANAGEMENT** in de zorg

Dit is geen cursus **GEZONDHEIDSECONOMIE** of **PUBLIC MENTAL HEALTH**

Dit is geen cursus **THEORY OF CONSTRAINTS**

Dit is geen cursus **OPERATIONS RESEARCH**

Dit is geen cursus **WACHTRIJTHEORIE en STOCHASTIEK**

Dit is geen cursus **INDICATIESTELLING**

Dit is geen cursus **EVIDENCE BASED THERAPY**

Dit is geen cursus **'AFRONDEN VAN EEN BEHANDELING'**

Dit is geen cursus **DATABEHEER of BUSINESS INTELLIGENCE**

Dit is geen cursus **VERANDERINGSMANAGEMENT**

Waarop gaan we vooral focussen?

- multifactorieel karakter van wachtrijen (in de ggz), op macro-, meso- en microniveau.
- Een denkkader + wachtrijtheorie om vanuit jouw positie kortere wachttijden te bevorderen.
- De noodzaak tot samenwerking met andere stakeholders vanuit je eigen, unieke verantwoordelijkheid en beschikbare hefboomen, om zoveel mogelijk mensen met psychische problemen voldoende snel kwalitatieve zorg te bieden.

DIAGOSEHOOFDGROEPEN

Bron data: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_760147_22/

MEI 2022

REGIO

	Middelengerelateerde en verslavingstoornissen	Neurocognitieve Basis GGZ	symptoomstoornissen verwante stoornissen	Somatische stoornissen	Bipolaire stemmingsstoornissen	Depressieve stoornissen	Diagnose onbekend	Restgroep	Schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen	Andere problemen die een reden voor zorg kunnen zijn	Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen	voedings- en eetstoornissen	Angststoornissen	Personlijkheidsstoornissen	ontwikkelingsstoornissen	Neurobiologische stoornissen	
KENNEMERLAND	6	14	6	7	6	12	10	6	7	6	11	8	6	14	11	16	15
Z-LIMBURG	7	5	7	2	9	3	16	6	16	3	5	9	13	9	19	7	13
ZUID-HOL EIL	7	12	7	12	12	11	11		12	-	13	-	-	13	12	12	12
NH-Noord	11	16	14	11	11	19	11	11	11	11	18	11	11	15	11	11	12
NO-BRABANT	12	12	7	14	15	13	13	11	8	8	12	17	13	16	24	19	11
DELFT WESTLAND OOSTLAND	16	14	9	15	10	13	14	9	9	4	14	18	-	15	13	12	11
HAAGLANDEN	8	8	8	12	18	13	12	9	-		12	14	17	14	14	21	11
AMSTERDAM	6	9	10	12	11	17	16	8	12	3	16	12	10	18	30	28	10
MID-BRABANT	9	14	9	9	4	12	18	9	-	10	13	12	16	15	20	22	10
ZAANSTREEK	7		14	7	11	12	22	-	7	7	13		-	15	27	15	8
UTRECHT	10	8	16	21	14	14	12	12	11	11	15	16	17	18	17	23	8
APELDOORN	10	17	9	10	15	14	11	11	9	-	14	17	24	16	24	19	8
N- en Mid.-LIMBURG	16	13	10	2	11	28	18	11	16	-	34	12	21	47	14	74	7
FRIESLAND	-	16	15	12	14	12	25	10	14	15	16	15	10	13	15	20	7
MID-IJSSEL	8	54	18	17	11	10	25	26	16	-	12	7	-	13	21	16	6
ROTTERDAM	12	10	14	11	15	12	12	18	17	15	16	21	26	15	22	27	6
NIJMEGEN	23	11	14	13	16	15	15	13	5	12	18	27	15	18	19	25	6
AMSTELLAND	6	16	6	20	10	16	14	7	6	-	15	20	20	29	25	15	6
ZUID-HOLLAND N.	16	12	16	-	16	11	14	16	-	-	12	8	-	19	16	14	6
T GOOI	9	16	9	16	5	16	14	17	13	20	16	18	15	15	20	19	5
ZO-BRABANT	15	17	18	3	14	14	11	19	16	-	16	19	18	21	19	21	4
W-BRABANT	13	14	16	19	19	18	18	19	15	18	18	19	11	19	25	16	3
ZEELAND	17	10	25	21	22	15	13	20	22	22	17	24	16	17	22	18	2
TWENTE	15	24	11	26	25	18	10	24	19	19	21	26	24	21	19	27	2
GRONINGEN	6	15	30	18	27	19	22	54	24	29	14	29	-	22	29	17	2
FLEVOLAND	10	14	33	-	36	24	19	29	32	29	25	29	-	25	26	27	2
ZWOLLE	11	16	22	19	17	18	18	28	20	26	23	26	22	26	22	23	1
WAARDENLAND	28	12	21	15	21	16	20	17	22	17	16	17	16	17	18	18	1
MID-HOLLAND		18	22	-	22	21	22	22	22	22	21	21	-	21	21	21	0
DRENTHE	24	17	24	22	24	21	15	49	25	28	21	24	24	21	24	23	0
ARNHEM	17	20	25	26	25	22	16	20	18	24	24	29	30	23	27	30	0
	19	17	17	15	15	15	15	14	13	10	12	9	7	6	6	5	

DIAGOSEHOOFDGROEPEN

DECEMBER 2023

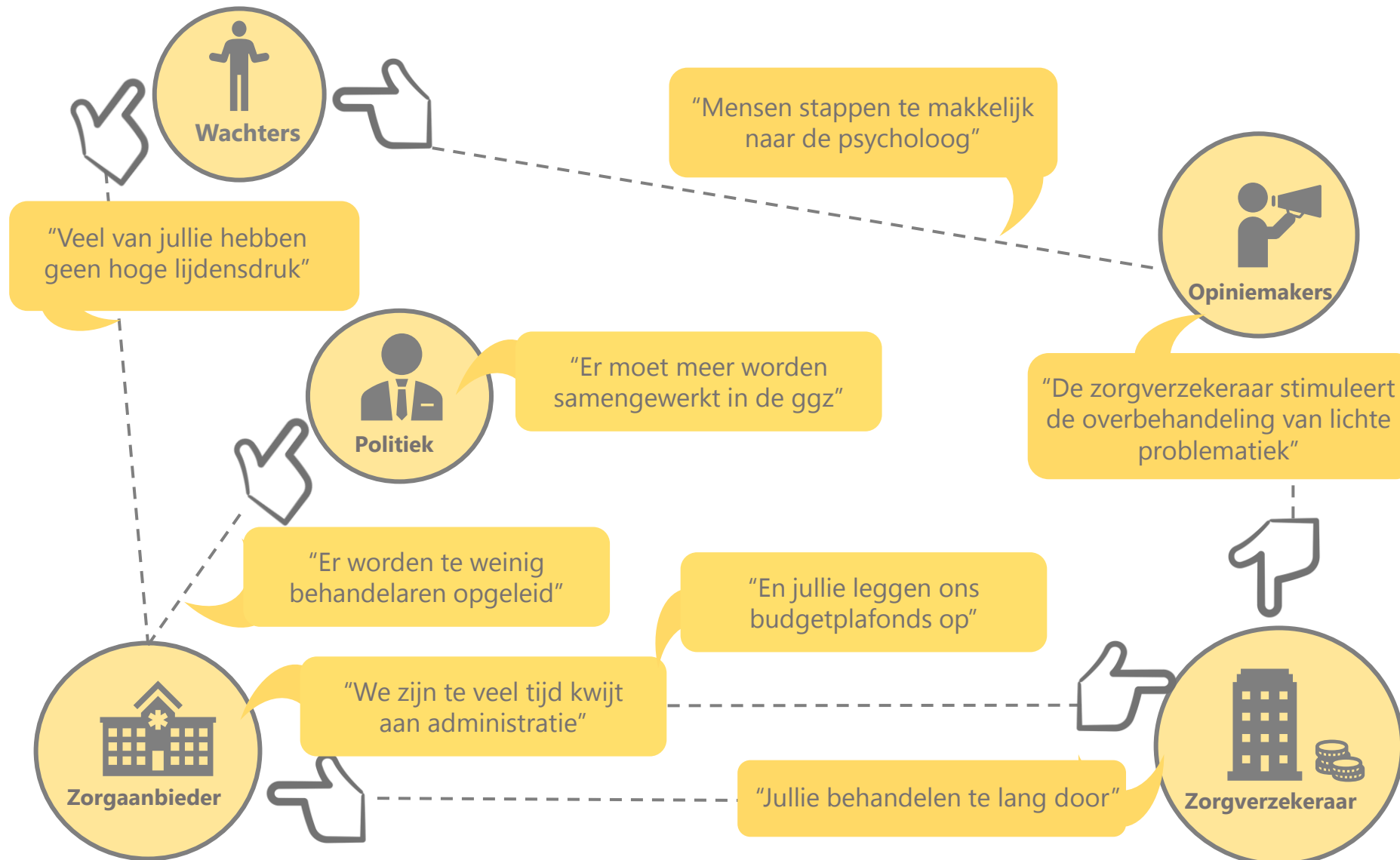
REGIO

	Schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen	Middelengerelateerde en verslavingstoornissen	Bipolaire stoornissen	symptoomstoornissen verwante stoornissen	Somatische Neurocognitieve stoornissen	Andere problemen die een reden voor zorg kunnen zijn	stemmingsstoornissen Basis GGZ	Depressieve Angststoornissen	Voedings- en eetstoornissen	Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen	Trauma en stresserelateerde stoornissen	persoonlijkheidsstoornissen	ontwikkelingsstoornissen	Neurobiologische			
FRIESLAND	9	10	10	12	9	11	15	14	13	10	11	11	13	17	14	14	14
MID-IJSSEL	0	14	1	6	0	3	6	6	4	0	-	3	16	9	4	18	13
TWENTE	10	13	10	10	10	10	8	15	11	10	14	10	14	14	16	21	13
T GOOI	7	9	10	12	11	11	47	13	12	14	16	13	19	12	15	29	11
ZWOLLE	3	11	7	13	10	7	14	13	17	16	13	11	34	23	15	27	10
ZUID-HOLLAND N.	7	5	10	15	27	8	13	10	15	12	19	11	12	19	14	24	10
MID-BRABANT	7	13	10	12	11	-	16	13	13	41	13	21	5	17	24	42	9
ZAANSTREEK	8	7	6	5	0	-	-	23	14	18	0	18	0	9	39	24	9
Z-LIMBURG	6	11	14	11	15	5	12	15	10	15	9	15	19	18	26	14	9
GRONINGEN	4	6	4	28	0	21	26	11	11	77	-	15	13	13	25	20	8
APELDOORN	11	11	-	27	10	9	11	14	14	8	18	22	21	18	18	16	8
AMSTERDAM	13	13	10	13	8	8	19	20	18	10	15	20	44	23	27	19	7
ZEELAND	5	14	5	5	-	-	15	18	21	7	26	15	13	22	7	24	7
N- en Mid.-LIMBURG	7	15	2	9	8	-	4	15	14	19	12	15	26	19	26	17	7
NO-BRABANT	7	15	15	8	18	18	17	14	13	17	10	17	12	18	21	14	7
NIJMEGEN	5	10	14	9	12	5	14	16	17	17	25	26	44	28	23	23	7
ARNHEM	11	13	11	28	17	12	13	21	24	29	12	23	45	22	29	41	6
WAARDENLAND	5	29	5	31	32	5	14	24	24	7	33	28	15	23	27	28	5
HAAGLANDEN	21	18	14	16	12	17	11	13	16	16	19	15	20	15	25	12	5
DELFT WESTLAND OOSTLAND	11	12	24	11	-	-	18	17	16	16	-	10	26	19	39	32	4
AMSTELLAND	26	14	12	23	-	-	22	19	20	17	28	13	13	26	30	20	4
ZO-BRABANT	15	20	15	9	19	16	12	14	17	16	14	16	19	19	26	18	4
MID-HOLLAND	-	6	-	24	-	-	30	23	21	12	-	4	28	21	29	21	3
UTRECHT	12	15	18	20	19	14	17	19	22	29	16	18	46	23	24	24	2
NH-Noord	16	16	16	16	14	20	14	15	16	17	15	18	16	17	16	16	2
ZUID-HOL EIL	-	-	-	36	-	-	28	12	18	18	-	16	24	21	33	34	1
W-BRABANT	10	23	29	22	29	31	24	21	24	26	28	29	15	26	21	22	1
ROTTERDAM	21	19	37	10	22	25	19	24	27	17	38	21	17	28	28	22	1
FLEVOLAND	7	27	22	40	30	-	33	27	29	24	-	23	53	33	31	50	1
KENNEMERLAND	16	14	16	20	16	16	33	17	20	16	15	18	43	26	19	47	1
DRENTHE	20	33	37	27	35	37	25	28	30	26	27	34	31	30	23	30	0
	22	19	18	16	14	13	13	12	11	10	10	9	9	5	4	4	

4 wachtlijst vervuilingen ([Canoy,2024](#))

Vervuiling 1 Dubbel-wachtenden	Een wachtende staat soms op meerdere wachtlijsten.
Vervuiling 2 vals-wachtenden	Wachtenden geven niet altijd aan dat ze niet meer in aanmerking (willen) komen voor een behandeling.
Vervuiling 3 niet-gevalideerde wachtenden	Een verzekeraar weet niet welke wachtenden bij hem of bij een concurrent verzekerd zijn.
Vervuiling 4 Verborgene capaciteit	Zorginstellingen gaan wachtlijsten niet altijd delen of met elkaar afstemmen. Zo kan het gebeuren dat mensen op wachtlijsten niet naar een concurrent worden doorverwezen terwijl daar wel capaciteit is.

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



De 'Aanpak Wachttijden' in de Nederlandse jeugdzorg, die loopt tot en met 2025, gaat ervan uit dat:

- *wachttijden een symptoom zijn*
- *voor het daadwerkelijk terugbrengen van wachttijden de oorzaken moeten aangepakt worden.*
- *De aanpak richt zich dan ook op:*
 - *het **regionaal aanpakken** van deze oorzaken*
 - *gebruik van een **systemische benadering**, elementen van **veranderkunde** en **data**.*

Directoraat Generaal Langdurige Zorg Directie Jeugd

Bron: Ministerie VWS, [Voortgangsbrief Jeugd](#), brief à Tweede Kamer, 18 december 2023, p. 12, al. 1.

Verschillen tussen organisaties en zorgmodaliteiten, 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

BLOK 1

15.10 – 15.21 oorzaken van wachttijden

OORZAKEN VAN WACHTTIJDEN...

...vinden we op alle niveaus van de samenleving. Voor elk niveau bestaan nuttige denkkaders, bv.:

- MACRO public health policy (bv. *'health in all policies'*)
- MESO complex adaptieve systemen
- MICRO de wiskunde van de wachtrijen

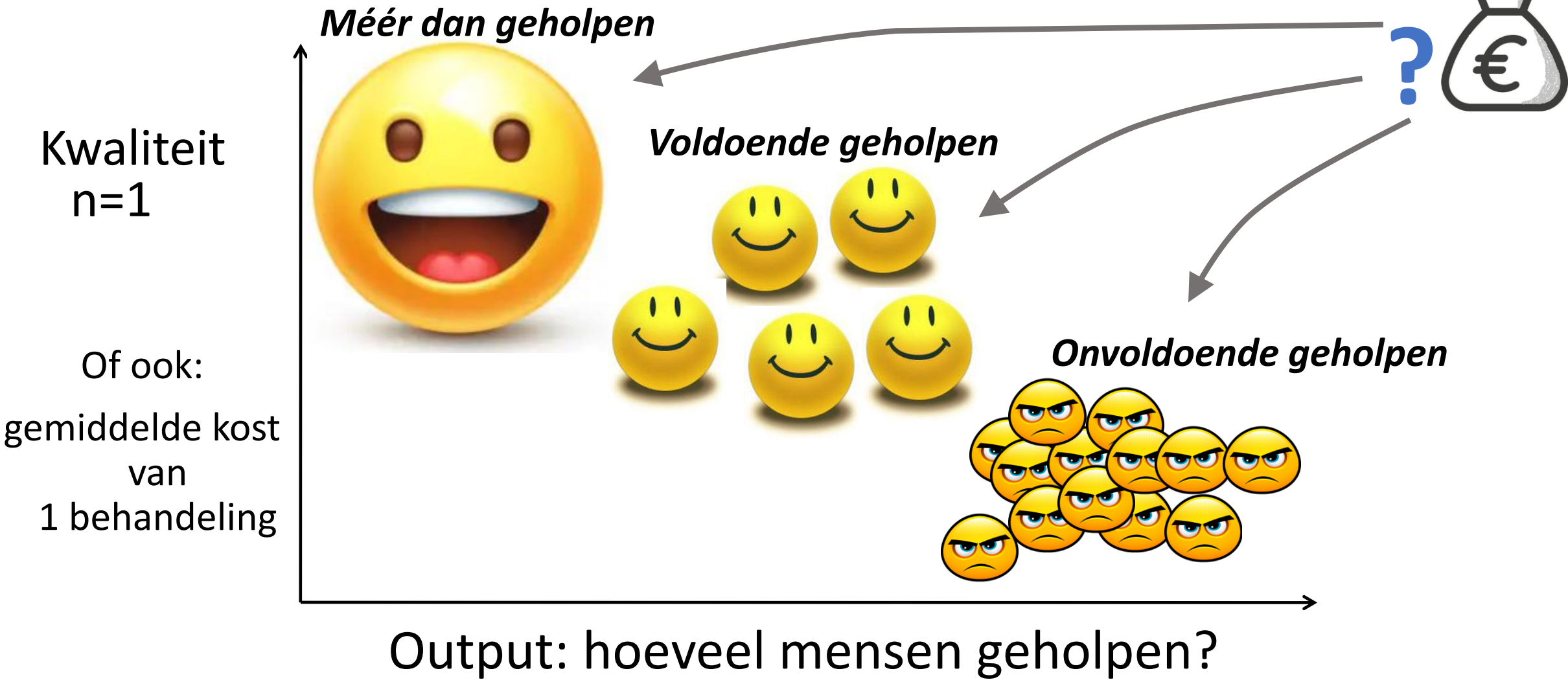
Het doel van de gezondheidszorg

Zo veel mogelijk gezondheid winnen voor
zo veel mogelijk mensen, binnen de
grenzen van de beschikbare middelen

(dit is wat de gezondheidseconoom wakker houdt)

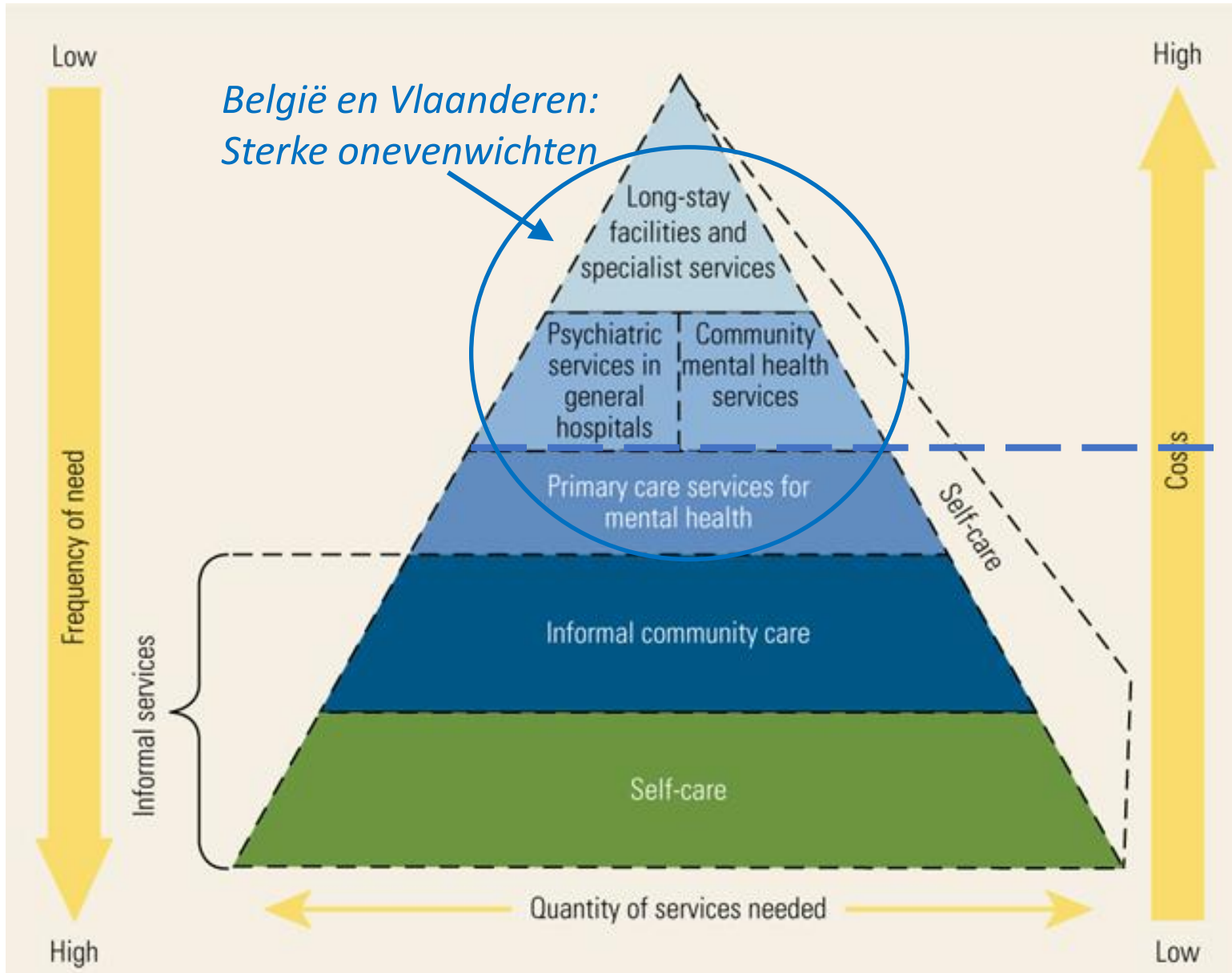
EU Council of Ministers of Health in Dec 2010

MACRO



MACRO

piramide van de Wereldgezondheidsorganisatie voor een optimale mix van diensten voor geestelijke gezondheid ?



*België en Vlaanderen:
Sterke onevenwichten*

Artikel: [waarom een goede mix belangrijk is](#)

*De meeste mensen
Kunnen in deze zones
geholpen worden*

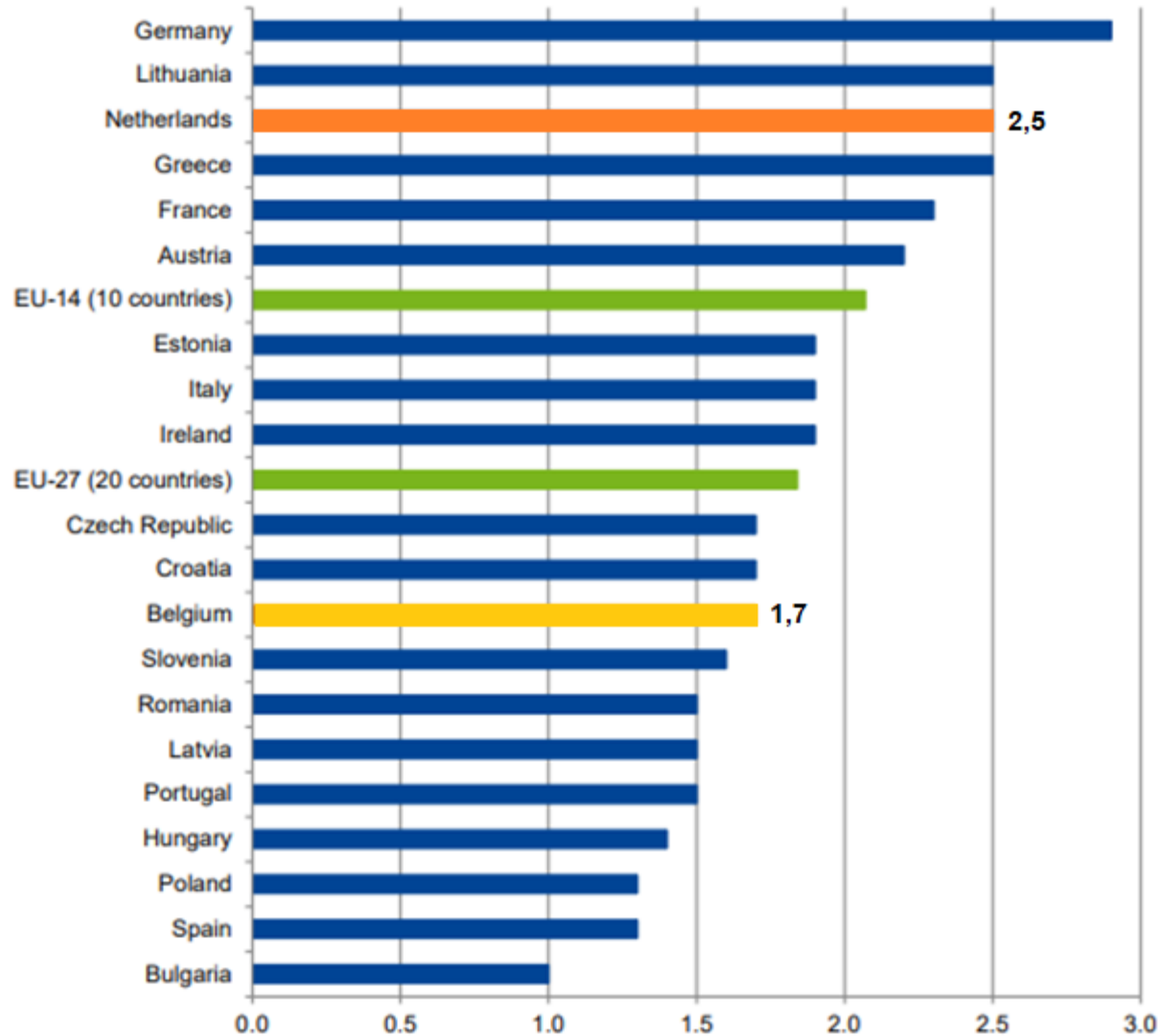
België: waar liggen de prioriteiten als het gaat over middelen voor de GGZ?

“Het probleem van de wachtlijsten situeert zich eerder in de ambulante GGZ-diensten en niet in de ziekenhuisafdelingen volwassenenpsychiatrie” ¹

(1) [Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, 2015](#)

Advies nr. 61 van 9 maart 2015 betreffende de vermaatschappelijking van de zorg

**Number of practising psychiatrists per 10 000 pop
international comparison (2010-2021)**



Source: OECD health data 2023

Number of practising psychiatrists per 10 000 population

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 psychiater 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.

MACRO



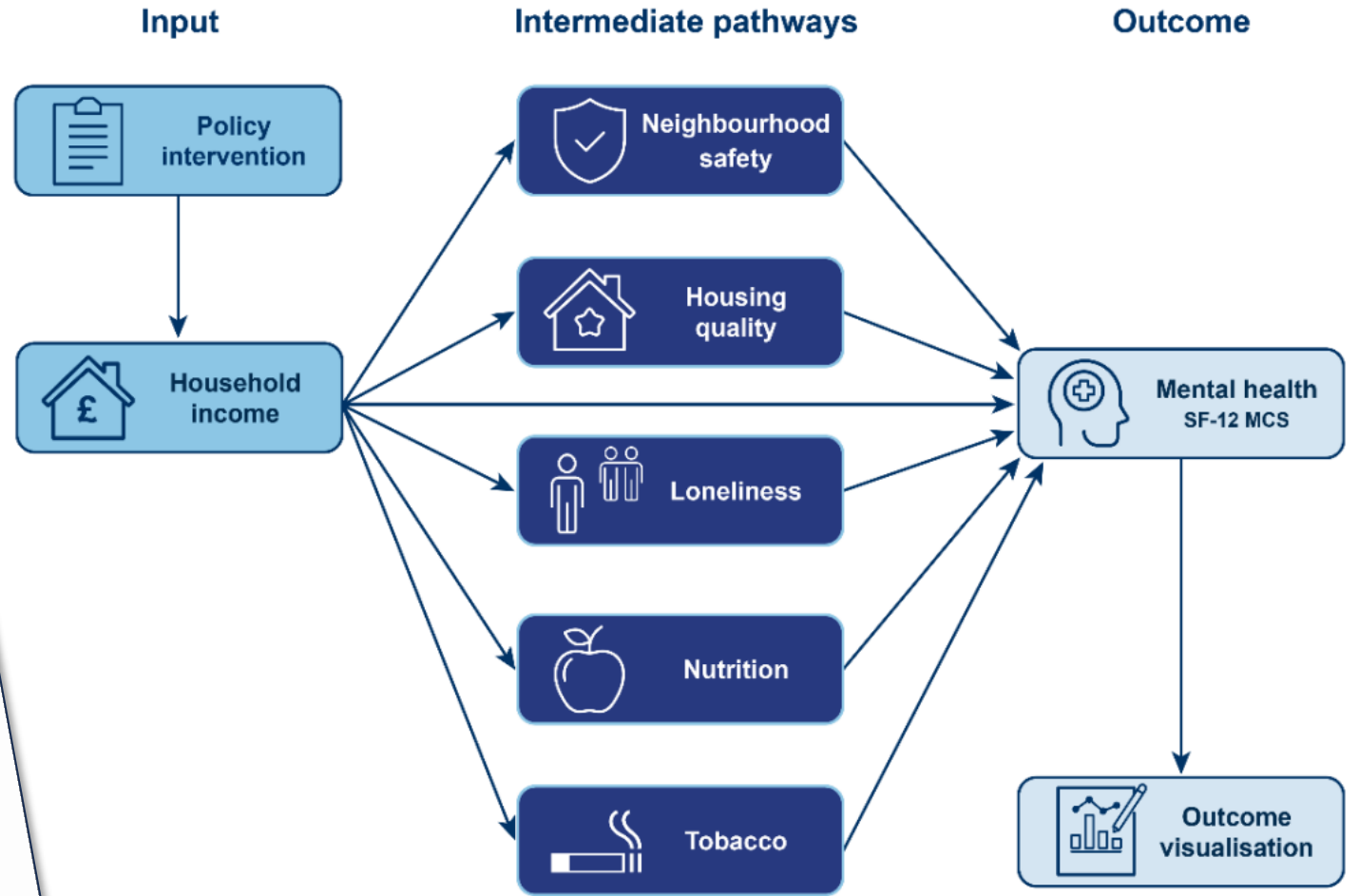
Systems science
In Public Health and
Health Economics Research



Modelling the Adult Mental Health Impacts of Child Payment Policy

October 2024

Nik Lomax and Luke Archer
University of Leeds



Illustratie: 2 ziekenhuizen in eenzelfde regio met een diabetes-zorgpad

- Lange wachttijden in beide ziekenhuizen
- ZH A werkte aan de wachttijden → wachttijd krimpt opvallend
 - Gevolg: meeste huisartsen verwijzen nu naar ZH A
 - Resultaat: Oplopende wachttijden in ZH A en wachttijd in ZH B, dat niks ondernam, neemt drastisch af.
- Les?: gezondheidszorg = complex adaptief systeem
 - ↳ **bekijk inspanningen om wachttijden te verkorten met alle regionale stakeholders!**

MICRO

de voorziening, een afdeling, een individuele zorgverstrekker

1. Een intuïtief inzicht in de wiskunde van de wachtrijen
2. Welke data heb ik nodig om mijn wachtrijsysteem te beschrijven?
(poll)
3. Hoe kan de wachtrijtheorie me helpen?

1. Intuïtief inzicht in wiskunde van de wachtrijen

U gaat winkelen: in welke rij staat u het liefst?

- De lange of de korte rij?
- De rij met de meest of de minst volle karren?
- De rij met de snelst of traagst scannende kassabediende?
- De rij van de winkel met veel of met weinig open kassa's?

MICRO

de voorziening, een afdeling, een individuele zorgverstrekker

1. Een intuïtief inzicht in de wiskunde van de wachtrijen
2. Welke **data** heb ik nodig om mijn wachtrijsysteem te beschrijven?

Op het einde van dit blok → poll: ken je jouw business?

3. Hoe kan de wachtrijtheorie me helpen?

MICRO

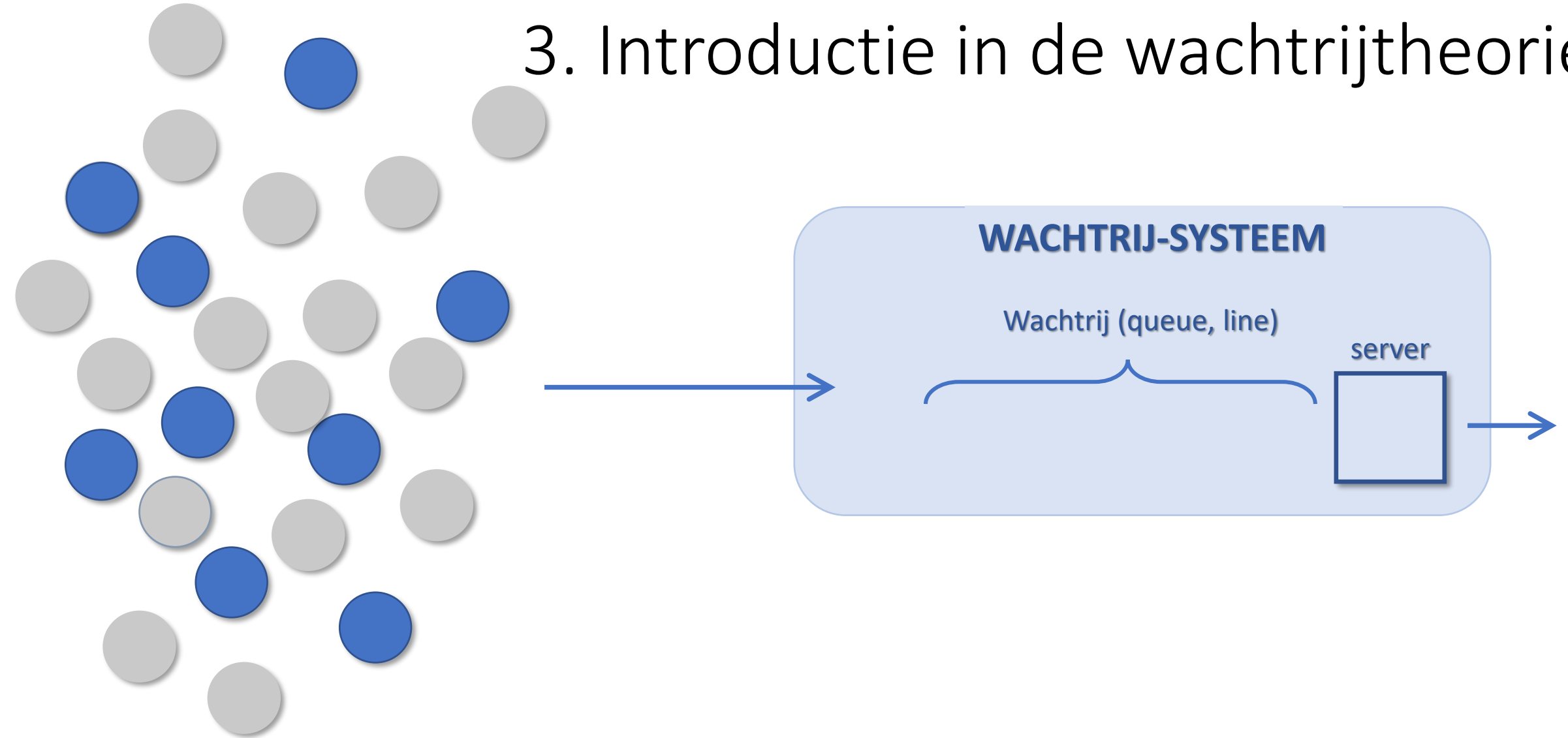
de voorziening, een afdeling, een individuele zorgverstrekker

1. Een intuïtief inzicht in de wiskunde van de wachtrijen
2. Welke data heb ik nodig om mijn wachtrijsysteem te beschrijven?

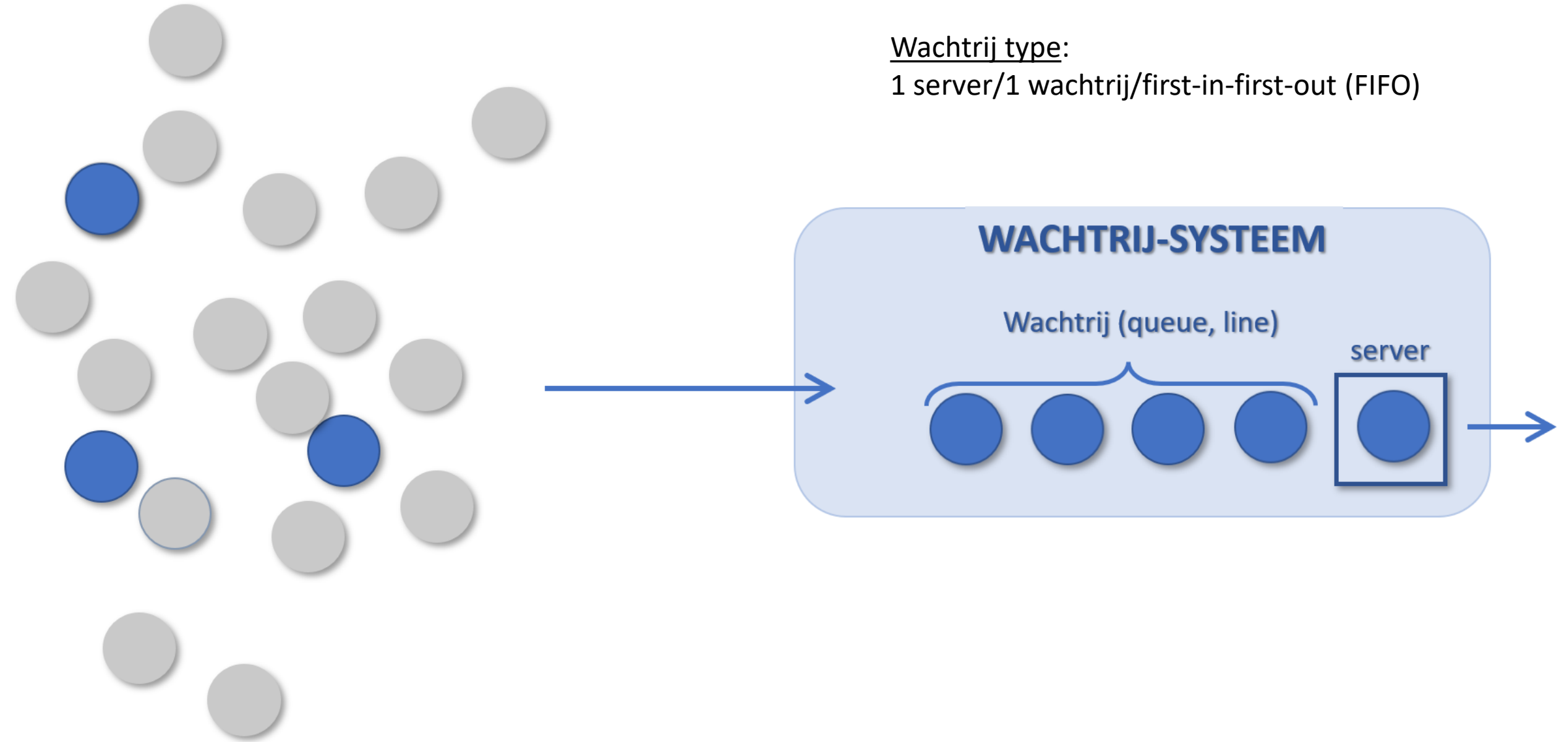
→ poll

3. Hoe kan de wachtrijtheorie me helpen?

3. Introductie in de wachtrijtheorie

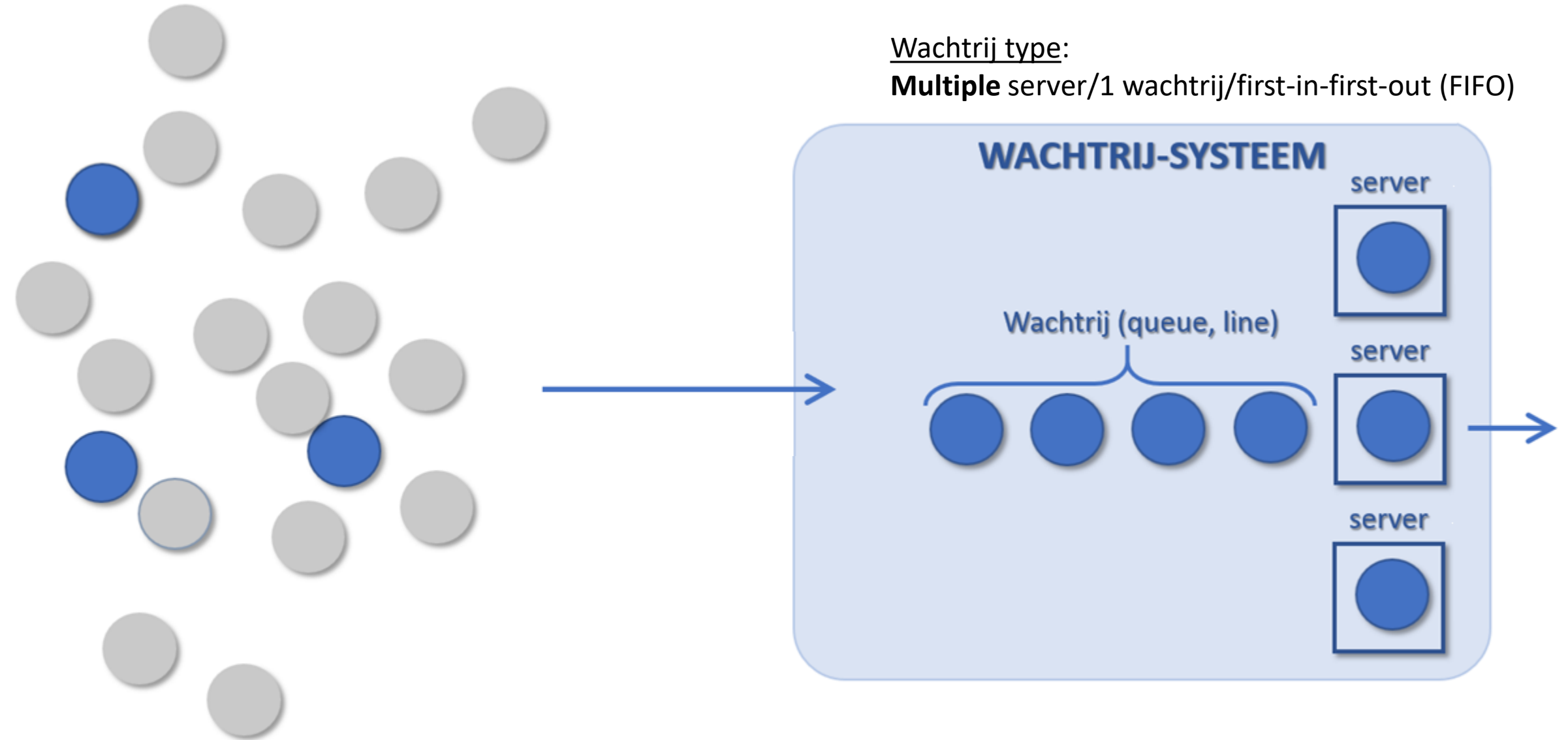


Wachtrij type:
1 server/1 wachtrij/first-in-first-out (FIFO)



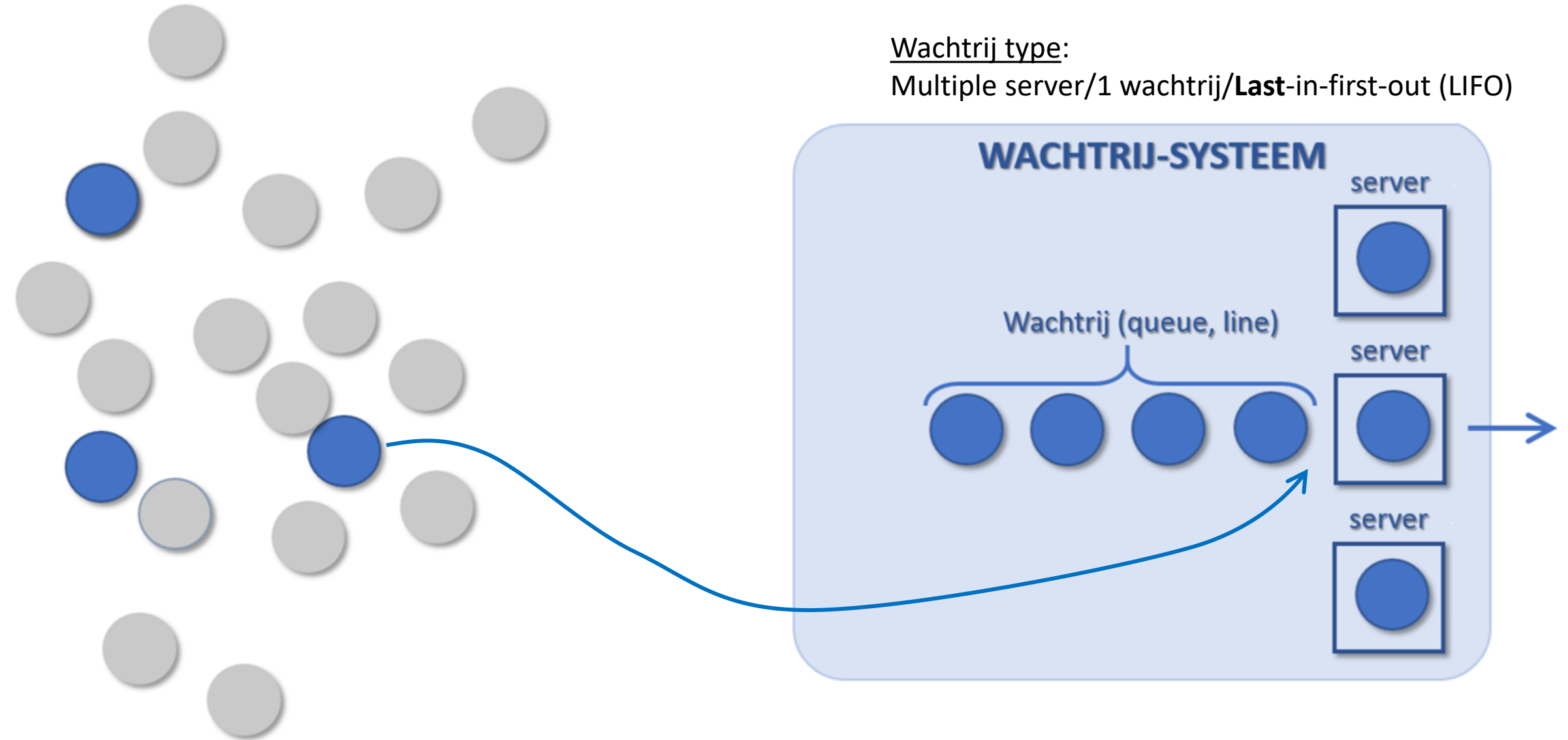
Wachtrij type:

Multiple server/1 wachtrij/first-in-first-out (FIFO)



Wachtrij type:

Multiple server/1 wachtrij/**Last**-in-first-out (LIFO)



Wachtrij-systemen

● cliënt ■ server

1 wachtrij

meerdere wachtrijen

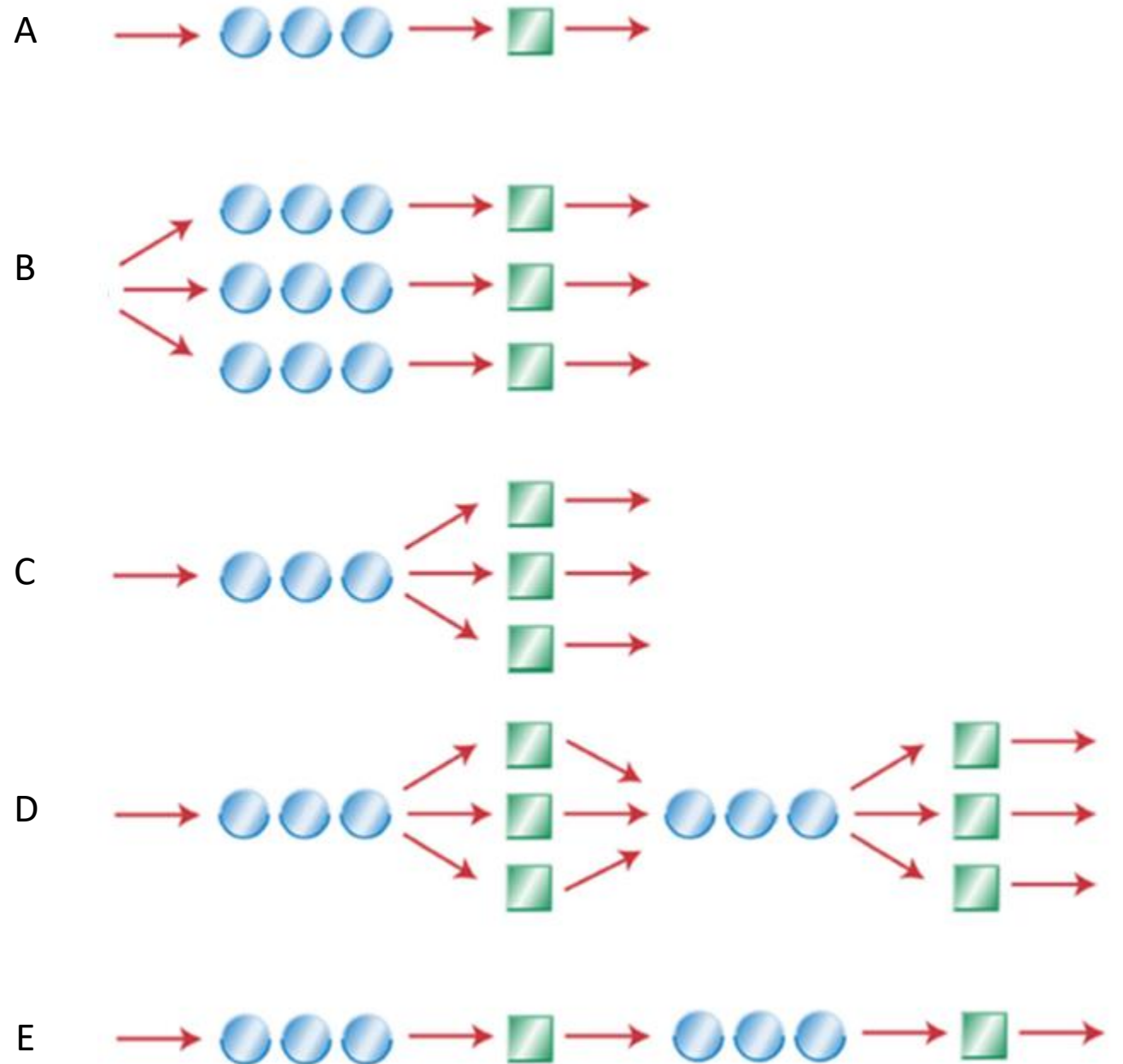
opeenvolgende wachtrijen

1 of meerdere, parallelle servers

Opeenvolgende servers (fasen)

Kenmerken van de 'bediening':

- FIFO
- Dringend eerst
- Snel- kassa
- Standaard of 'op maat'



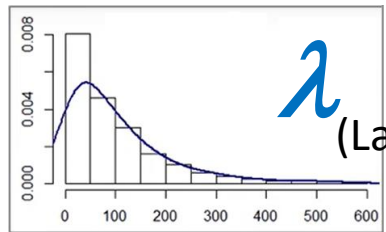
De wiskunde v/d wachttijden (voor stabiele processen!)

wachtrij

dienstverleningsproces



aankomstsnelheid

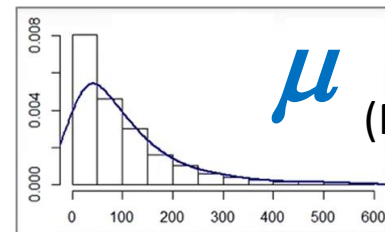


(Lambda)

(Poisson-verdeeld)

- Aantal wachtenden L_1
- gemiddelde wachttijd W_1

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



(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 $\rho \geq 85\%$!)

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

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

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

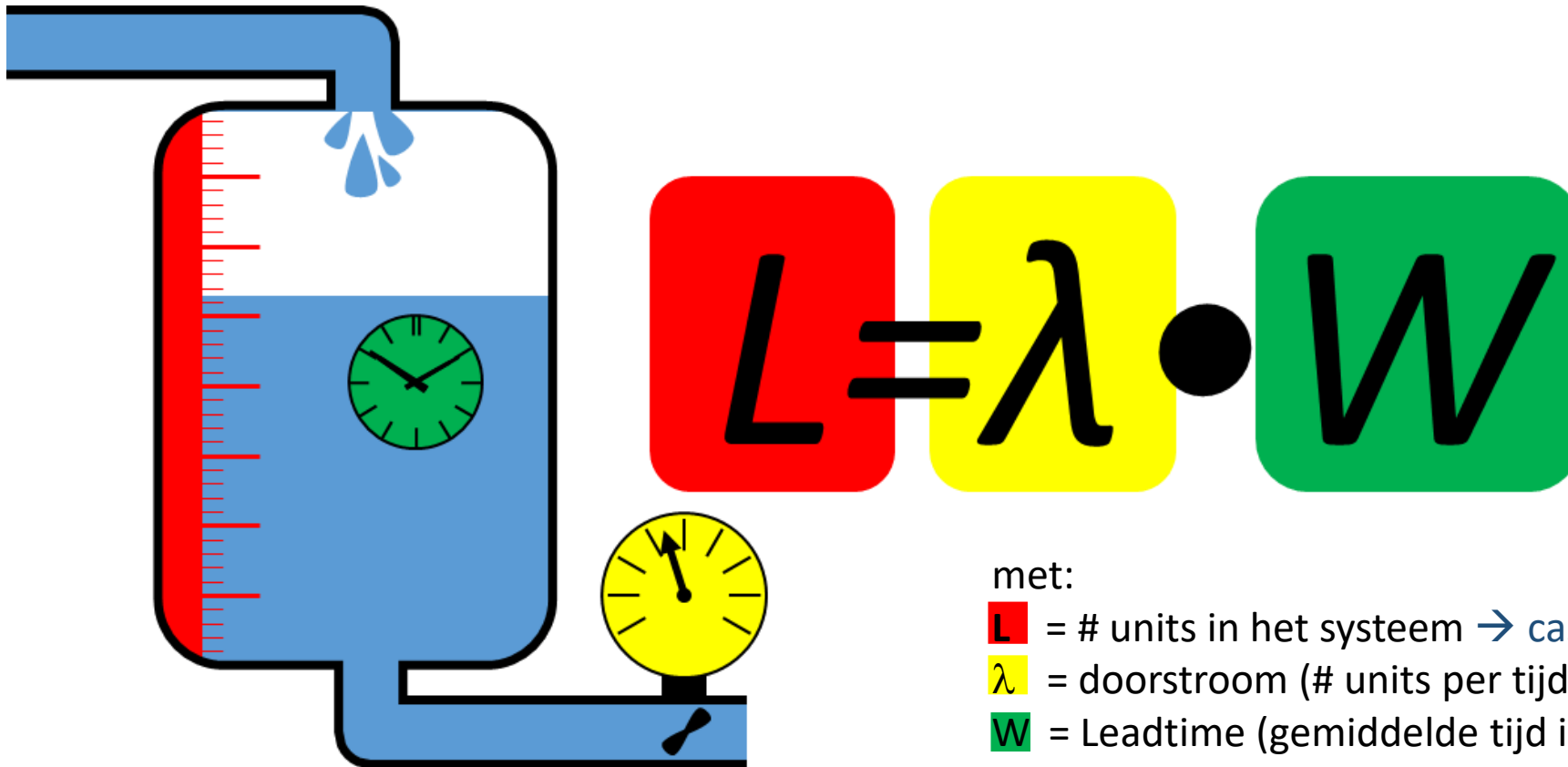
Little 's Law

Blok 2

15.31 – 15.55 Instroom en doorstroom management

Wet van Little

$$(33 \times 35) / 60 = 19,25$$



met:

L = # units in het systeem → caseload

λ = doorstroom (# units per tijdseenheid)

W = Leadtime (gemiddelde tijd in systeem)



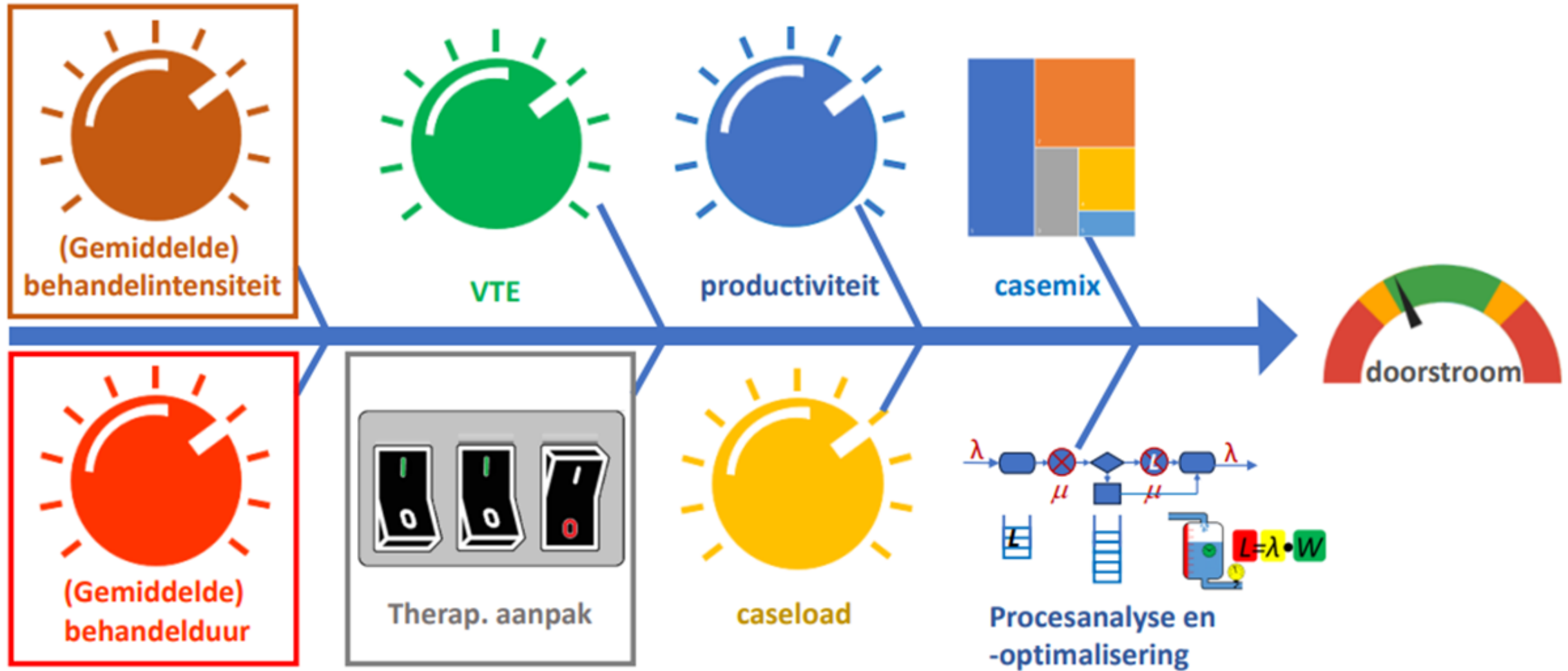
Little 's Law:

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

Toegepast op een 'behandelsysteem'?

↳ "behandel-server"

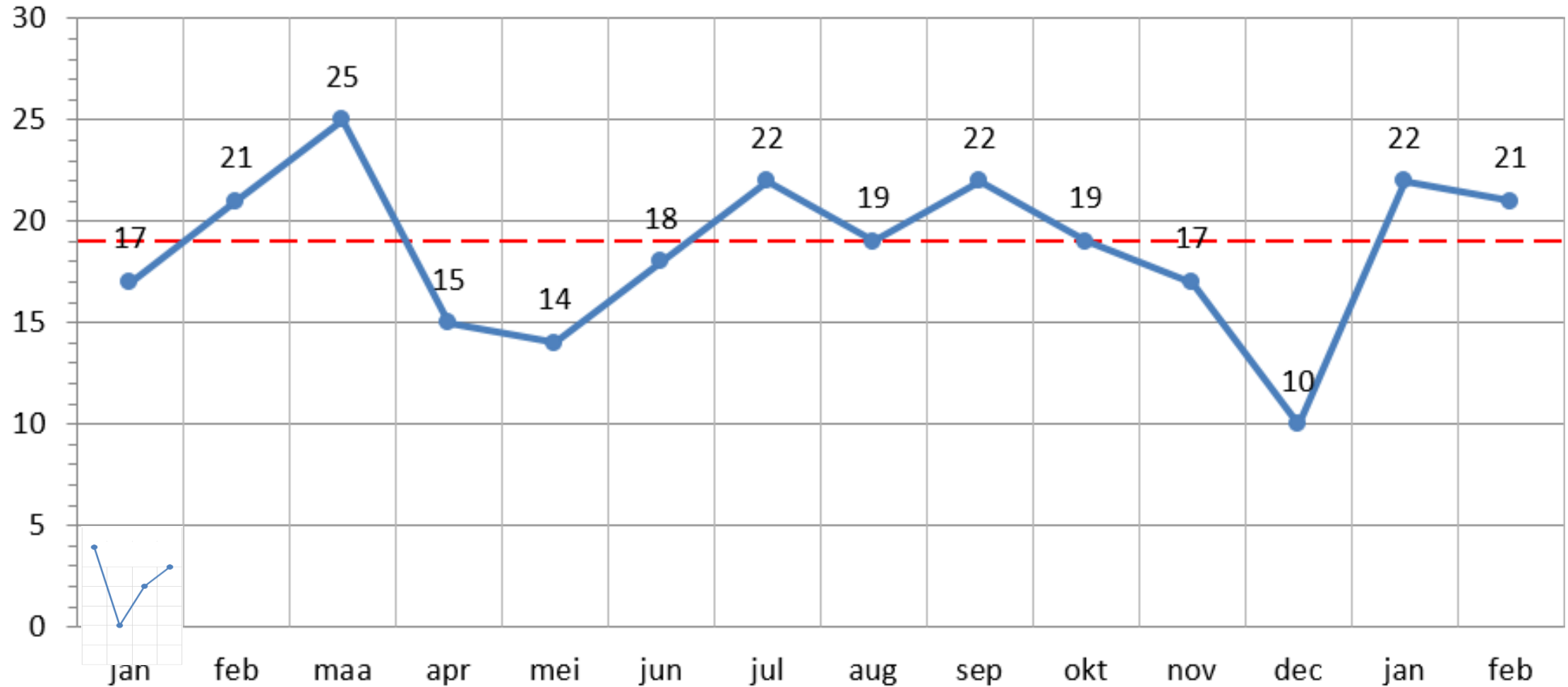
In- en doorstroom management





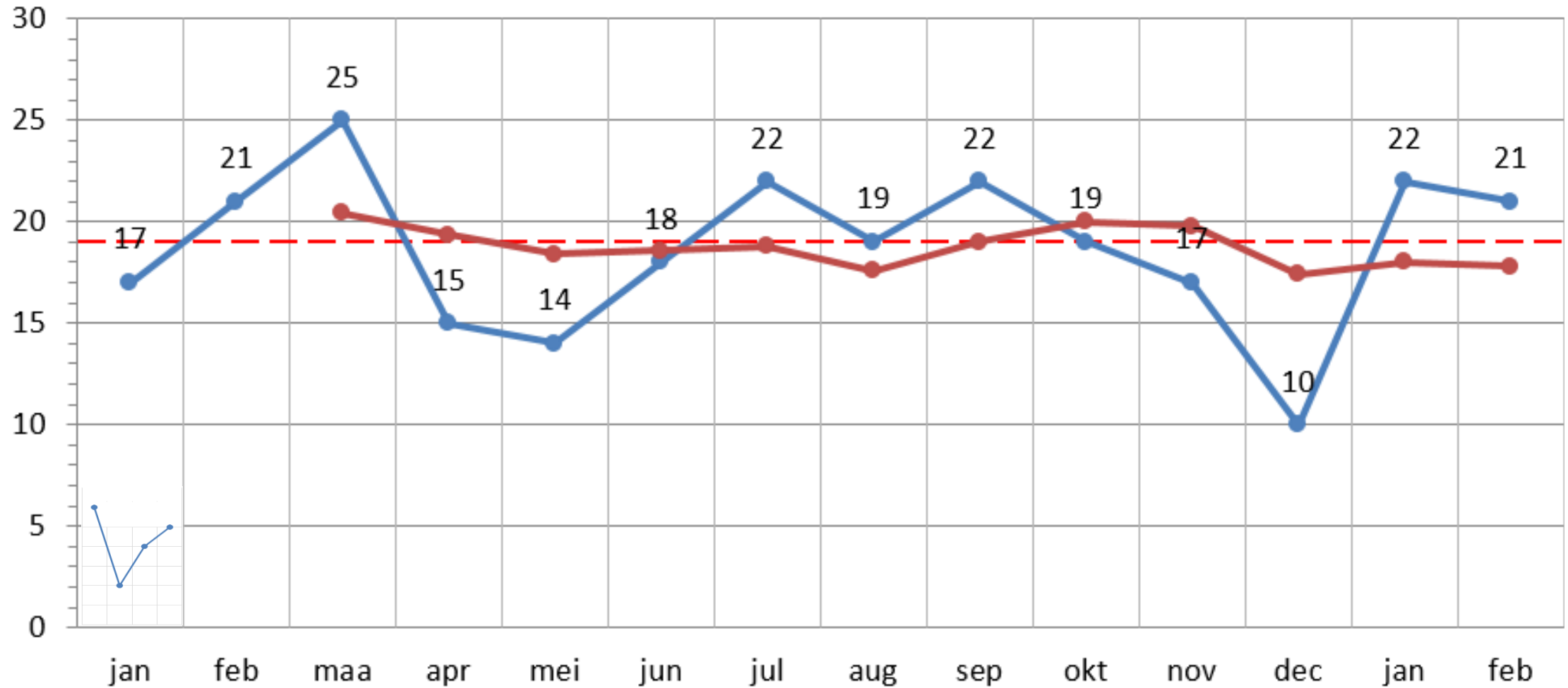
INSTROOM:

Aanmeldingen: Heb ik een 'stabiel' proces?

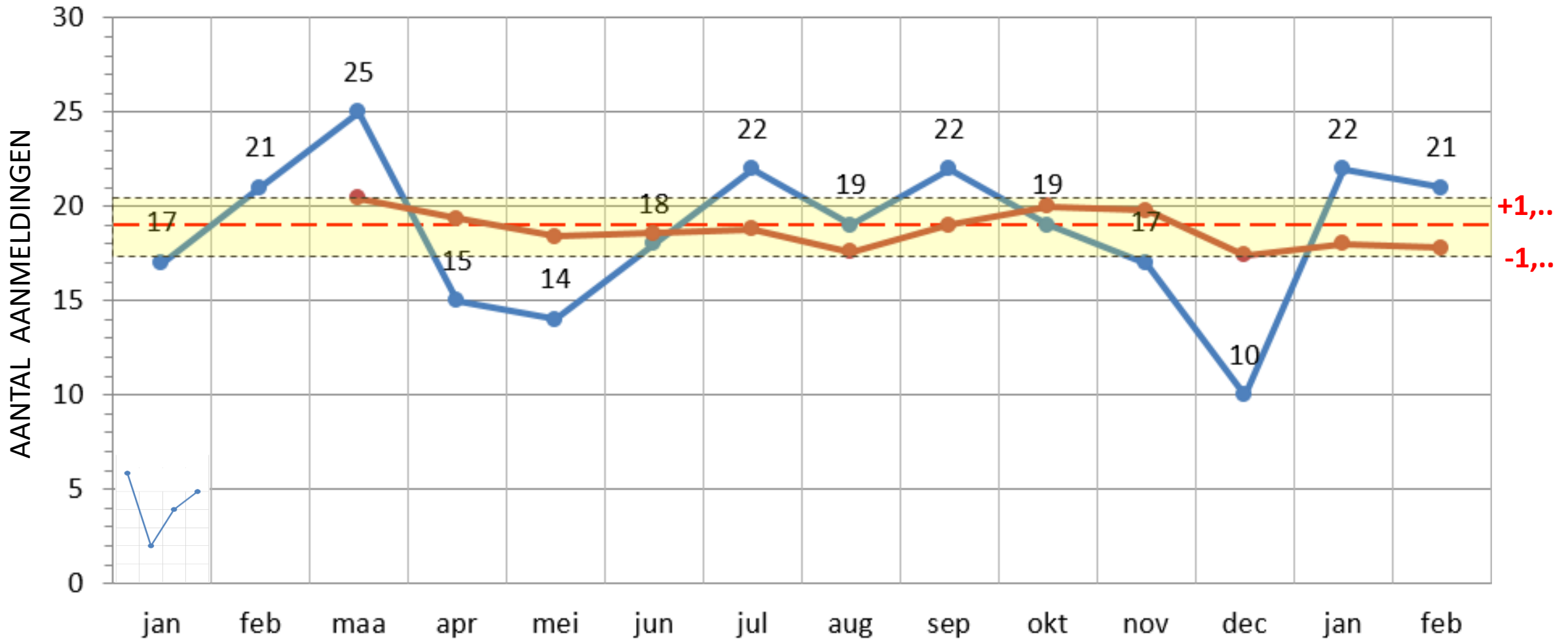


Evolutie aantal meldingen per tijdseenheid

Zwevend gemiddelde



Zwevendend gemiddelde bij (relatief) stabiel proces



de 'wiskunde van de wachttijden' toegepast: Aankomstsnelheid \Rightarrow Poisson kansverdeling en $\rho = \frac{\lambda}{\mu}$

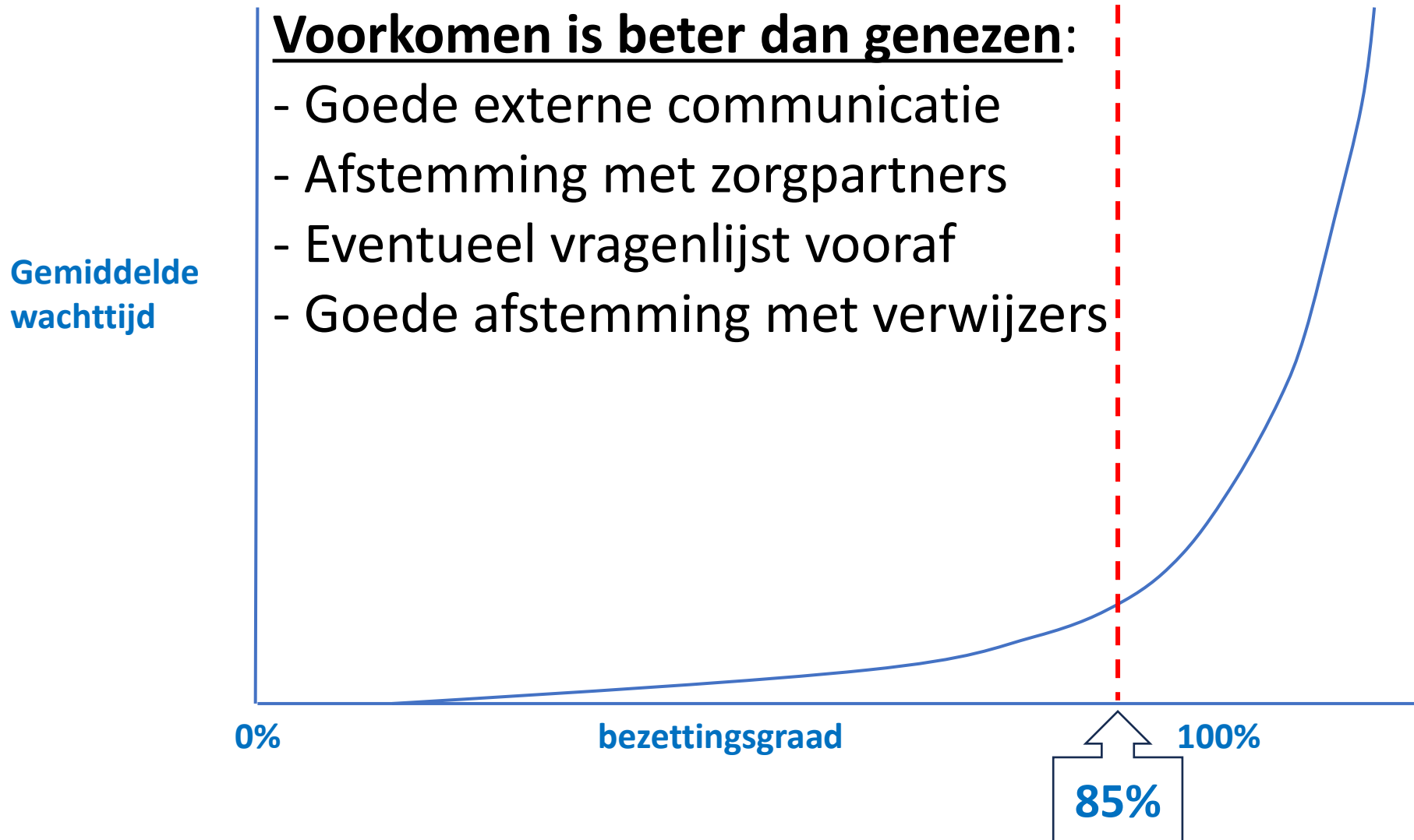
bezettingsgraad ρ (Rho): vanaf $\rho \geq 85\%$ kan al een wachtrij ontstaan! \rightarrow HOE KUNNEN WE DIT VERMIJDEN?

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R																																																																																				
1	gemidd. aantal aanmeldingen (k)	P(x=k)	P(x ≤ k)	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>Hoeveel 'slots' voor indicatiestelling (valideren van de zorgvragen) heeft ons team nodig?</p> </div> <div style="width: 45%; border: 1px solid red; padding: 5px; color: red; font-weight: bold;"> Aantal slots $\approx \frac{\lambda}{85} \times 100$ </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> <p>kansverdeling bij gemiddeld aantal aanmeldingen = $\lambda = 1,0 \Rightarrow$ Aantal slots te voorzien: 2</p> <p>Poissonverdeling</p> </div> <div style="margin-top: 20px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>λ</th> <th># slots</th> <th>λ</th> <th># slots</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>0,5</td><td>1</td><td>10,5</td><td>13</td></tr> <tr style="background-color: yellow;"><td>1</td><td>2</td><td>11</td><td>13</td></tr> <tr><td>1,5</td><td>2</td><td>11,5</td><td>14</td></tr> <tr><td>2</td><td>3</td><td>12</td><td>15</td></tr> <tr><td>2,5</td><td>3</td><td>12,5</td><td>15</td></tr> <tr><td>3</td><td>4</td><td>13</td><td>16</td></tr> <tr><td>3,5</td><td>5</td><td>13,5</td><td>16</td></tr> <tr><td>4</td><td>5</td><td>14</td><td>17</td></tr> <tr><td>4,5</td><td>6</td><td>14,5</td><td>18</td></tr> <tr><td>5</td><td>6</td><td>15</td><td>18</td></tr> <tr><td>5,5</td><td>7</td><td>15,5</td><td>19</td></tr> <tr><td>6</td><td>8</td><td>16</td><td>19</td></tr> <tr><td>6,5</td><td>8</td><td>16,5</td><td>20</td></tr> <tr><td>7</td><td>9</td><td>17</td><td>20</td></tr> <tr><td>7,5</td><td>9</td><td>17,5</td><td>21</td></tr> <tr><td>8</td><td>10</td><td>18</td><td>22</td></tr> <tr><td>8,5</td><td>10</td><td>18,5</td><td>22</td></tr> <tr><td>9</td><td>11</td><td>19</td><td>23</td></tr> <tr><td>9,5</td><td>12</td><td>19,5</td><td>23</td></tr> <tr><td>10</td><td>12</td><td>20</td><td>24</td></tr> </tbody> </table> </div>															λ	# slots	λ	# slots	0,5	1	10,5	13	1	2	11	13	1,5	2	11,5	14	2	3	12	15	2,5	3	12,5	15	3	4	13	16	3,5	5	13,5	16	4	5	14	17	4,5	6	14,5	18	5	6	15	18	5,5	7	15,5	19	6	8	16	19	6,5	8	16,5	20	7	9	17	20	7,5	9	17,5	21	8	10	18	22	8,5	10	18,5	22	9	11	19	23	9,5	12	19,5	23	10	12	20	24
λ	# slots	λ	# slots																																																																																																			
0,5	1	10,5	13																																																																																																			
1	2	11	13																																																																																																			
1,5	2	11,5	14																																																																																																			
2	3	12	15																																																																																																			
2,5	3	12,5	15																																																																																																			
3	4	13	16																																																																																																			
3,5	5	13,5	16																																																																																																			
4	5	14	17																																																																																																			
4,5	6	14,5	18																																																																																																			
5	6	15	18																																																																																																			
5,5	7	15,5	19																																																																																																			
6	8	16	19																																																																																																			
6,5	8	16,5	20																																																																																																			
7	9	17	20																																																																																																			
7,5	9	17,5	21																																																																																																			
8	10	18	22																																																																																																			
8,5	10	18,5	22																																																																																																			
9	11	19	23																																																																																																			
9,5	12	19,5	23																																																																																																			
10	12	20	24																																																																																																			

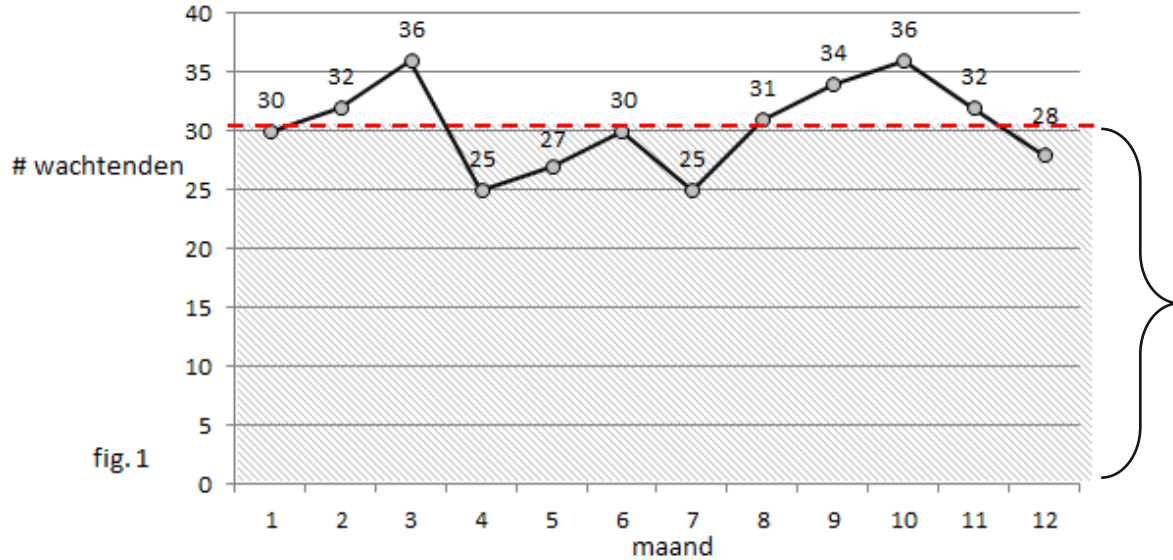
gemiddelde tijd tussen 2 aanmeldingen: 1,00 TE

Hoeveel 'slots' voor indicatiestelling heb ik nodig?

Hoe kan ik vermijden dat mensen zich 'onterecht' bij ons aanmelden?



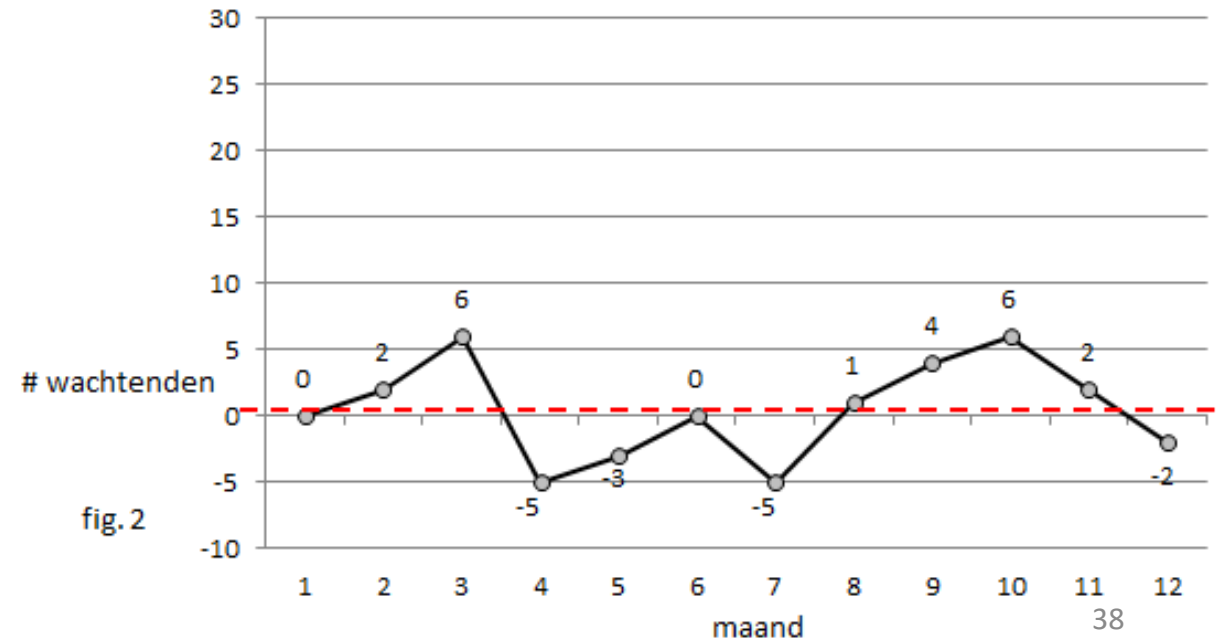
INSTROOM: wat als je nog met opstapeling zit?

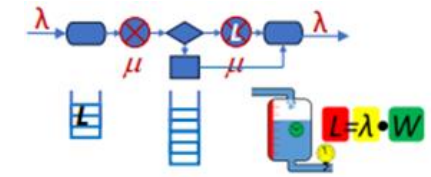


Na wegwerken van backlog + optimaliseren van de bezettingsgraad (Voorwaarde: stabiel systeem)



Backlog (opstapeling)

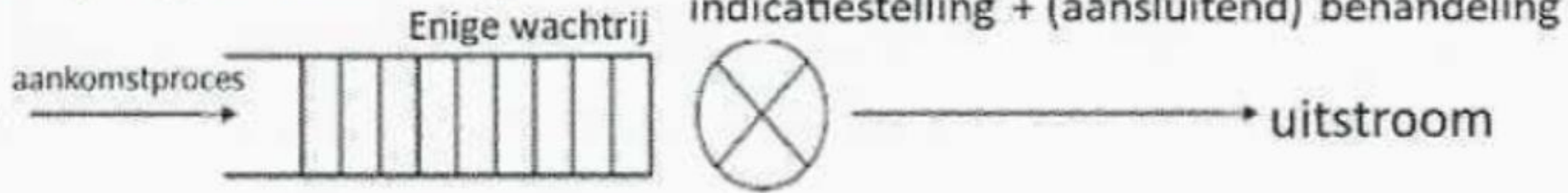




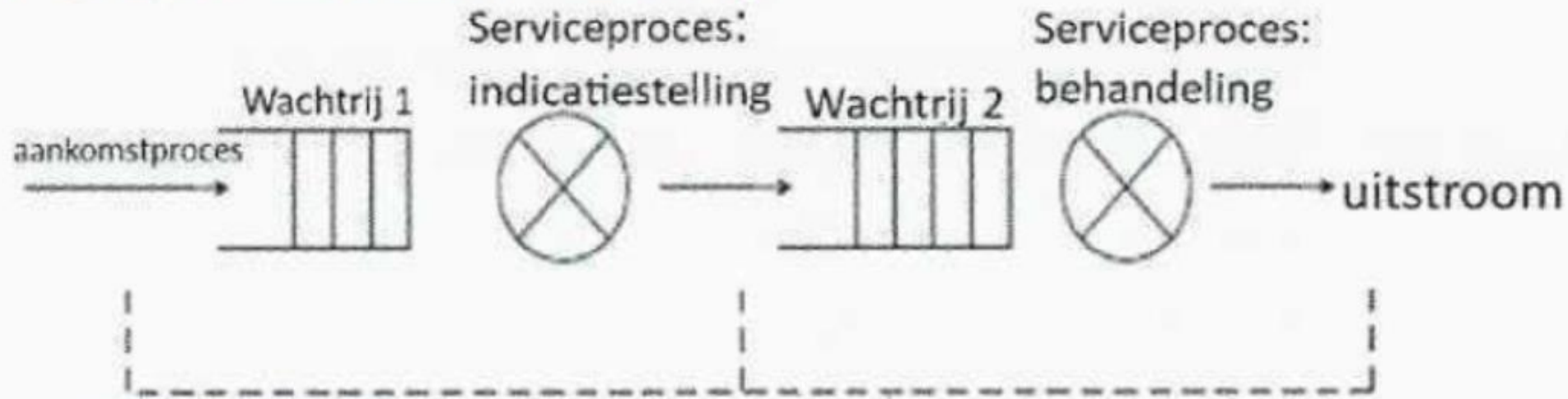
Procesanalyse en
-optimalisering

Instream: 1 of 2 wachtrijen?

M/M/1 wachtrij



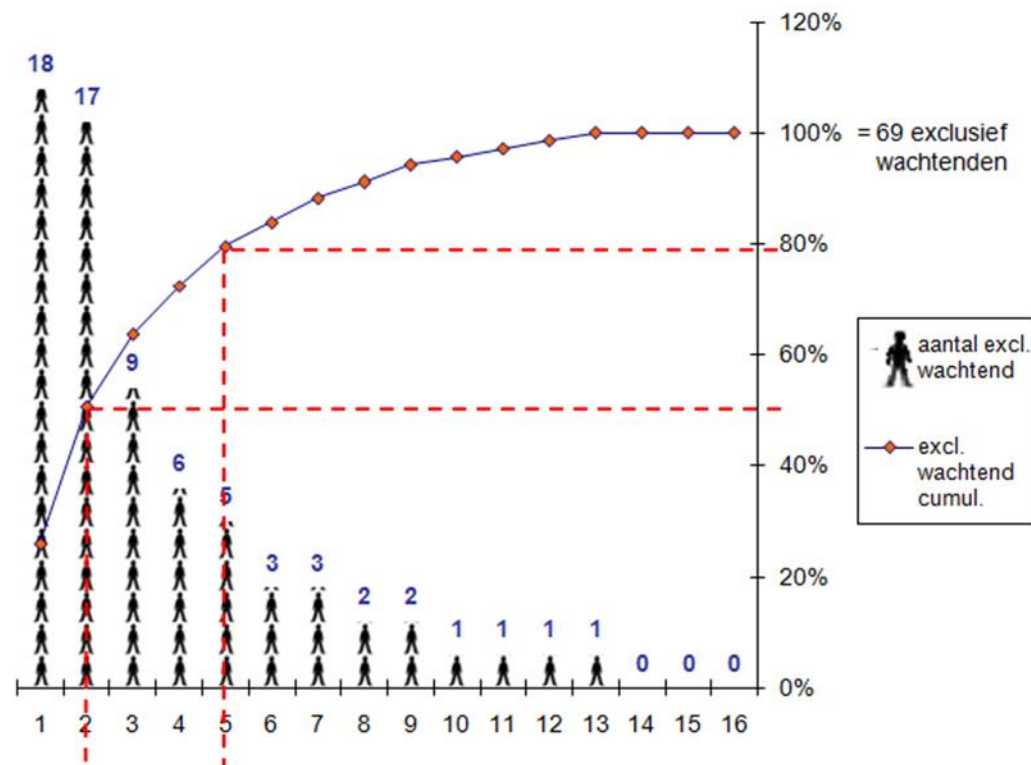
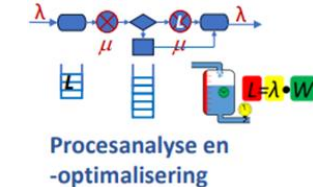
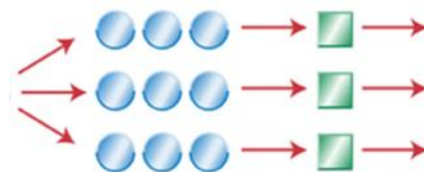
M/M/1 tandem wachtrij



Voorbeeld: optimaliseren behandelwachtrij

Exclusief wachtenden op 03/10/2005

Therapeut	n°	# therap. cumul.	exclusief wachtend	cumul. %	% per ther.
Barl Vanraeynest	1	6,25%	18	26,09%	26,09%
Gurds De Meyer	2	12,50%	17	50,72%	24,64%
Kathy Kestemont	3	18,75%	9	63,77%	13,04%
Markoen Bluyant	4	25,00%	6	72,46%	8,70%
Christine Aelbrecht	5	31,25%	5	79,71%	7,25%
ac	6	37,50%	3	84,06%	4,35%
Carlo Du Four	7	43,75%	3	88,41%	4,35%
Thes Van Hemelrijk	8	50,00%	2	91,30%	2,90%
SI	9	56,25%	2	94,20%	2,90%
An De Bremme	10	62,50%	1	95,65%	1,45%
Diane Edelrecht	11	68,75%	1	97,10%	1,45%
Eike Liorent	12	75,00%	1	98,55%	1,45%
Lut Vandenbroun	13	81,25%	1	100,00%	1,45%
Carla Baten	14	87,50%	0	100,00%	0,00%
Kajja Minnaert	15	93,75%	0	100,00%	0,00%
evlv	16	100,00%	0	100,00%	0,00%
totaal aantal exclusief wachtend:			69		



Deze tabel toont de exclusief wachtenden (EW), d.i. cliënten die op de wachtlijst staan bij slechts één hulpverlener en dus ook afhankelijk zijn van de doorstroom of vrije ruimte bij deze specifieke hulpverlener.

Méér dan een kwart van alle EW staat in de rij van één specifieke therapeut.

De helft van de wachtenden staat bij twee specifieke therapeuten.

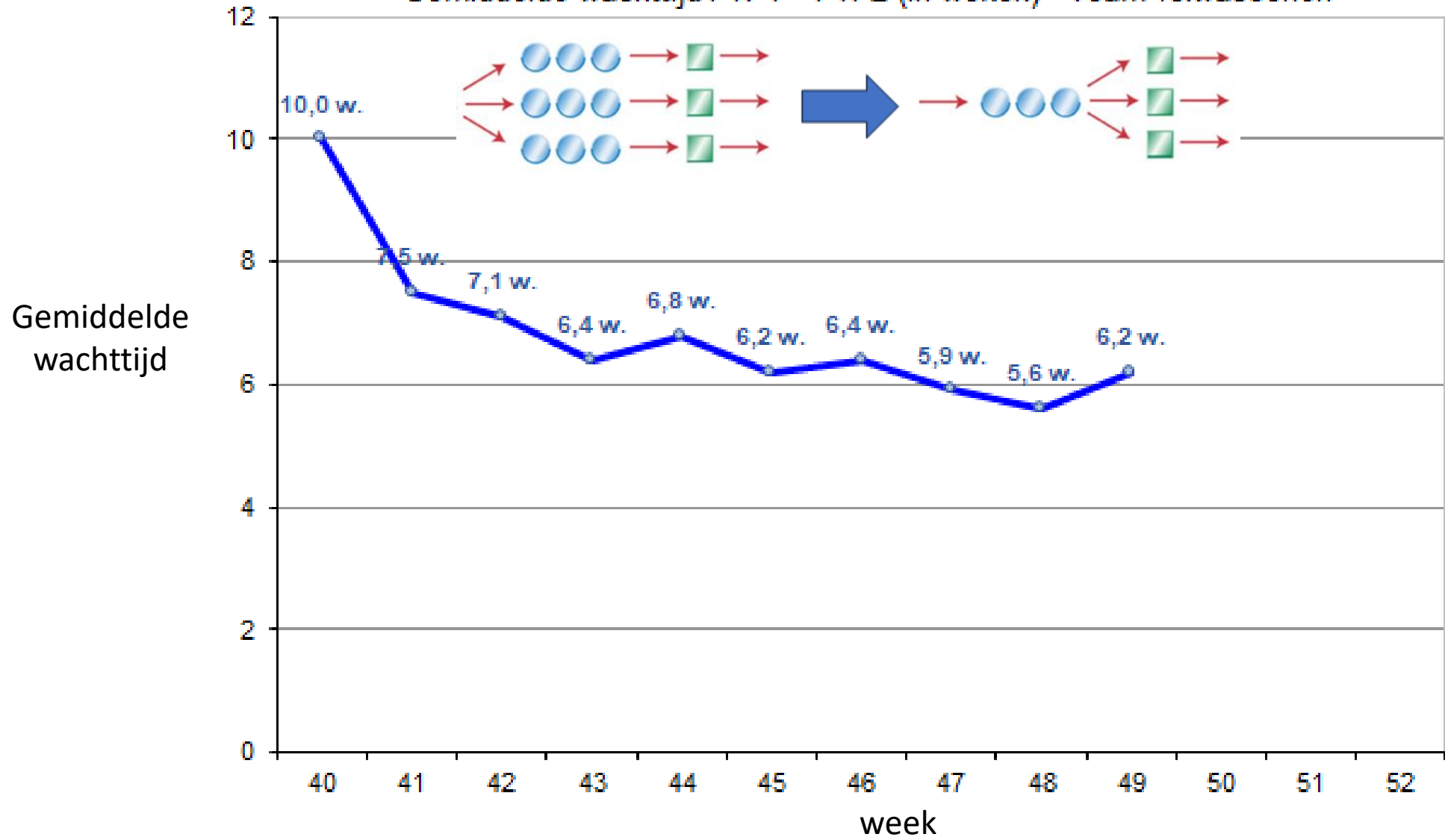
De andere helft van de wachtenden staan bij de andere 14 therapeuten.

55 EW (ongeveer 80 %) staan bij ongeveer 30 % van de therapeuten (= 5 ther.).

- Wat maakt hulpverleners 1, 2, 3, ... zo "exclusief" dat alléén zij de cliënten voor hun deur kunnen helpen?
- Wat heb je aan een exclusieve therapie als je er méér dan een jaar op moet wachten?
- Is "good enough" niet beter dan "kom volgend jaar eens terug...?"
- Hoe noodzakelijk is een therapie waar je -gerust- een jaar op kan wachten?
- Behoren de 10 cliënten die gerust ½ jaar of langer kunnen wachten - tot zij hun "exclusieve" hulpverlener zien¹ - tot onze doelgroep?

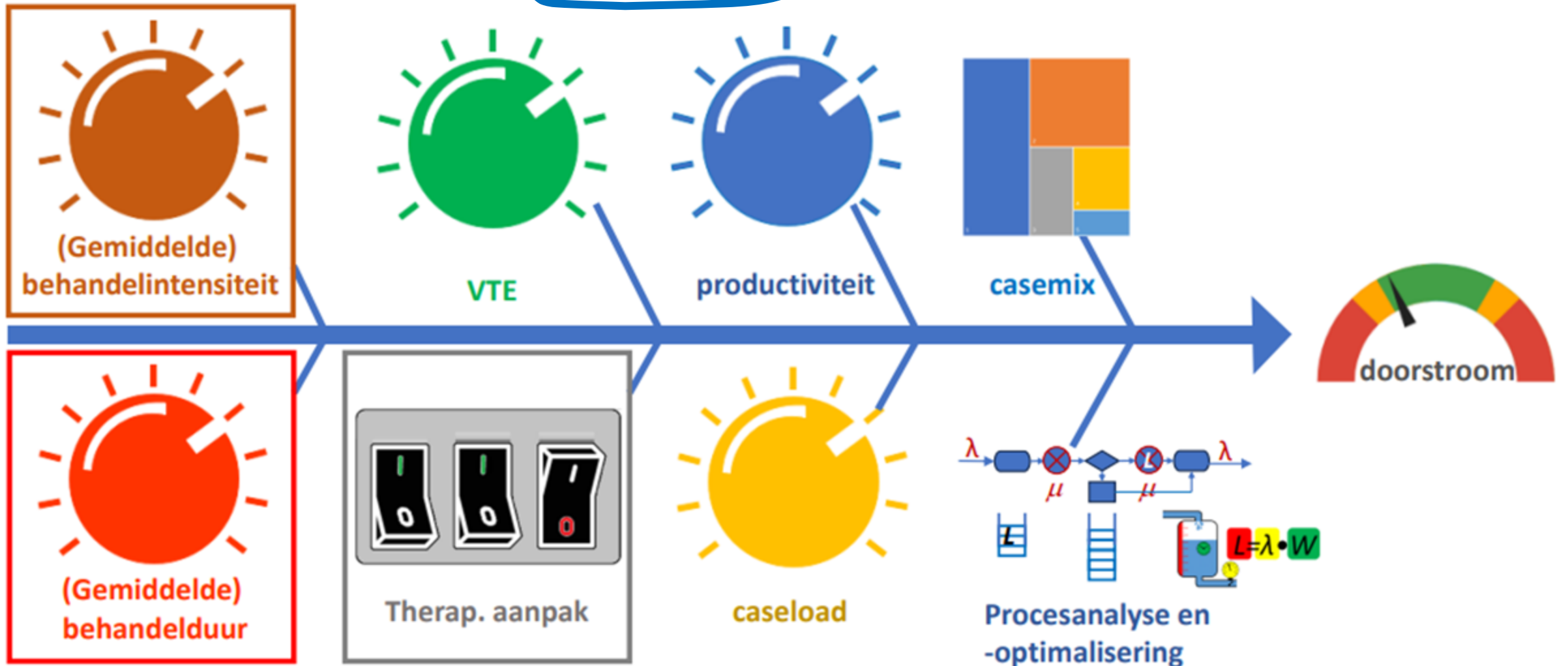
(1) Zie wachtlijst

Gemiddelde wachttijd FTF1 > FTF2 (in weken) - Team volwassenen



Aanvullend: voor meer info over 'core' and 'specific' work:
<https://www.capa.co.uk/implementing-help/the-5-big-ideas/core-and-specific-partnership-work/>

In- en doorstroom management

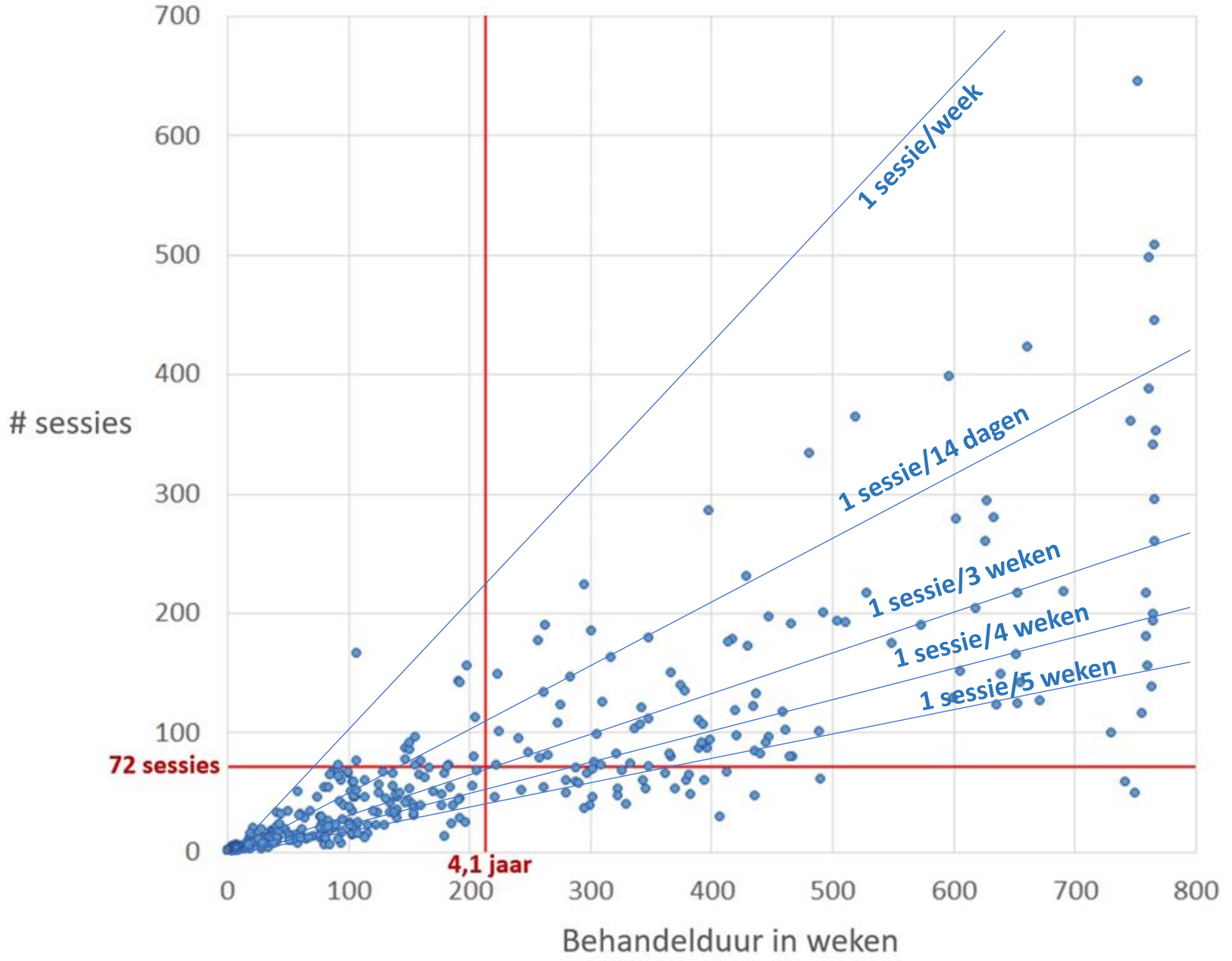




caseload

Caseload Team volwassenen CGG X

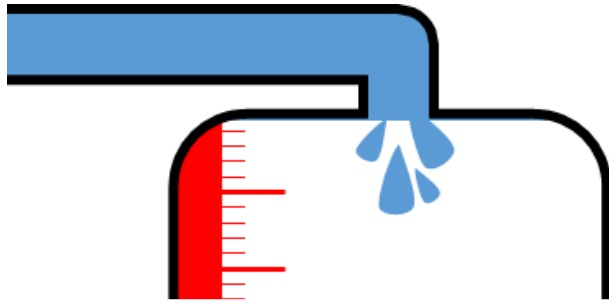
●
Elke stip is 1 cliënt



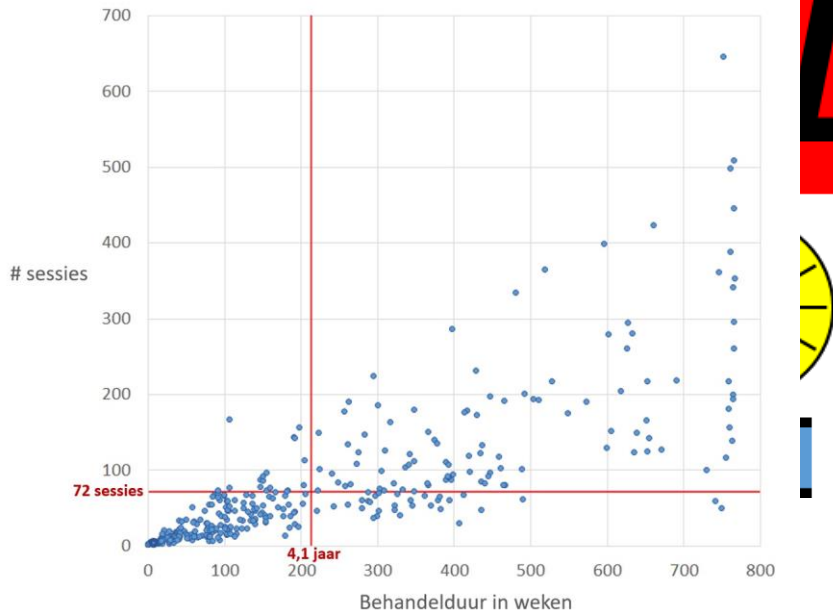
Wet van Little



caseload



$$L = \lambda \cdot W$$



met:

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



Little 's Law:

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

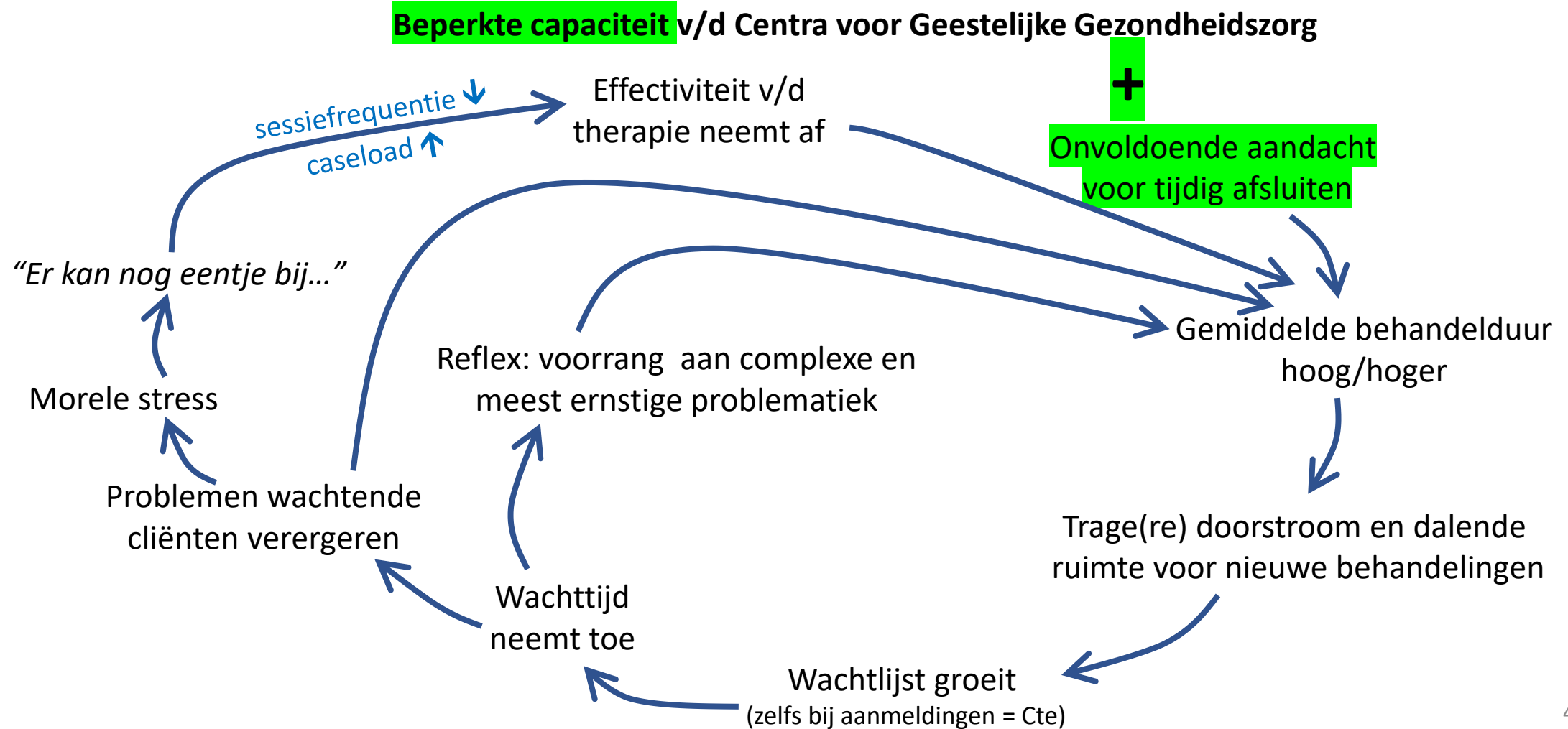
Toegepast op een 'behandelsysteem'?

↳ "behandel-server"

MICRO Interne oorzaken van langer wordende wachttijden

(De Grave, 2016)

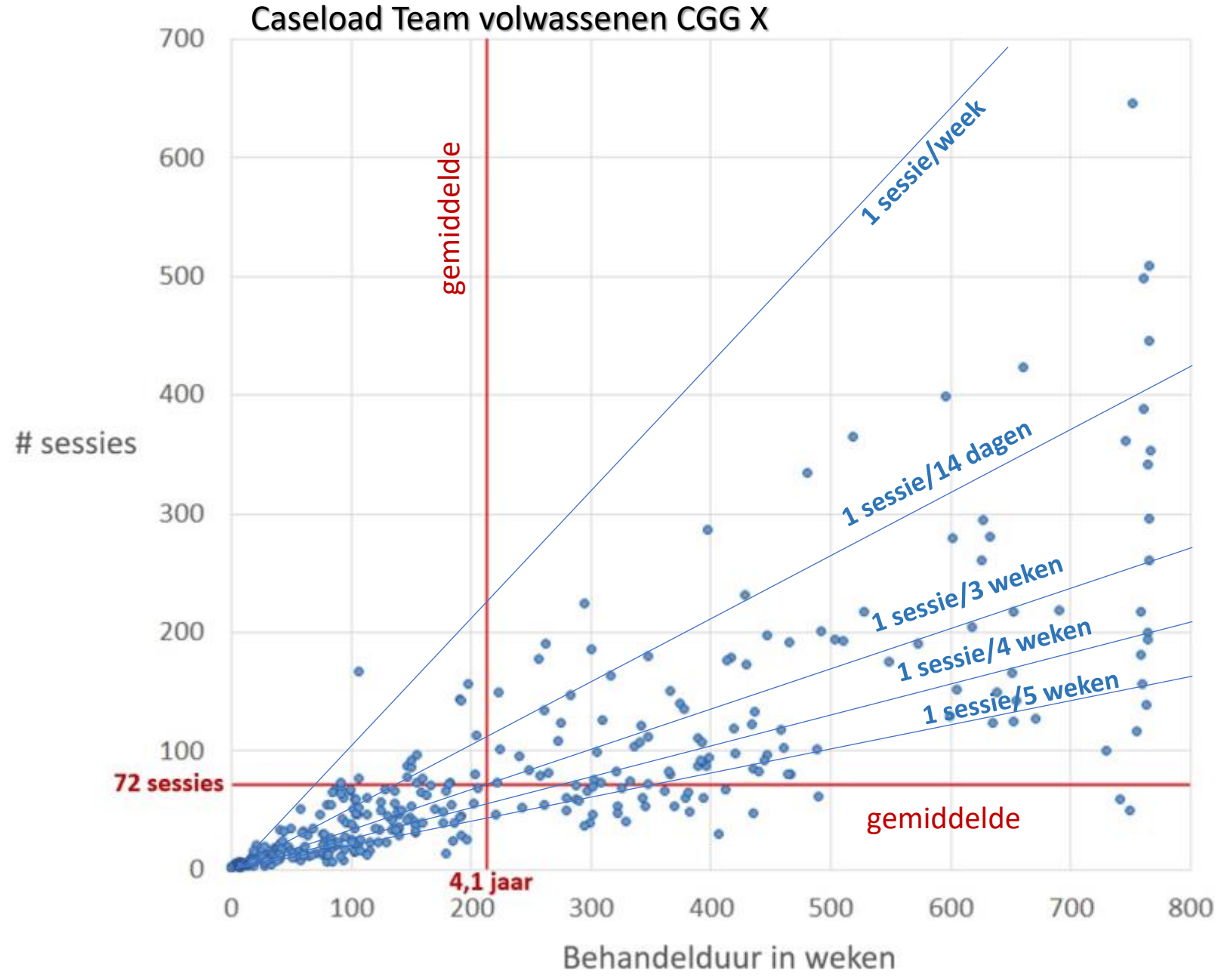
OORZAKEN OP MICRONIVEAU
Casus: CGG (volwassenenwerking)





caseload

•
Elke stip is 1 cliënt



Team XXXX Gemiddelde duur versus gemiddeld # sessies

7 januari 2016

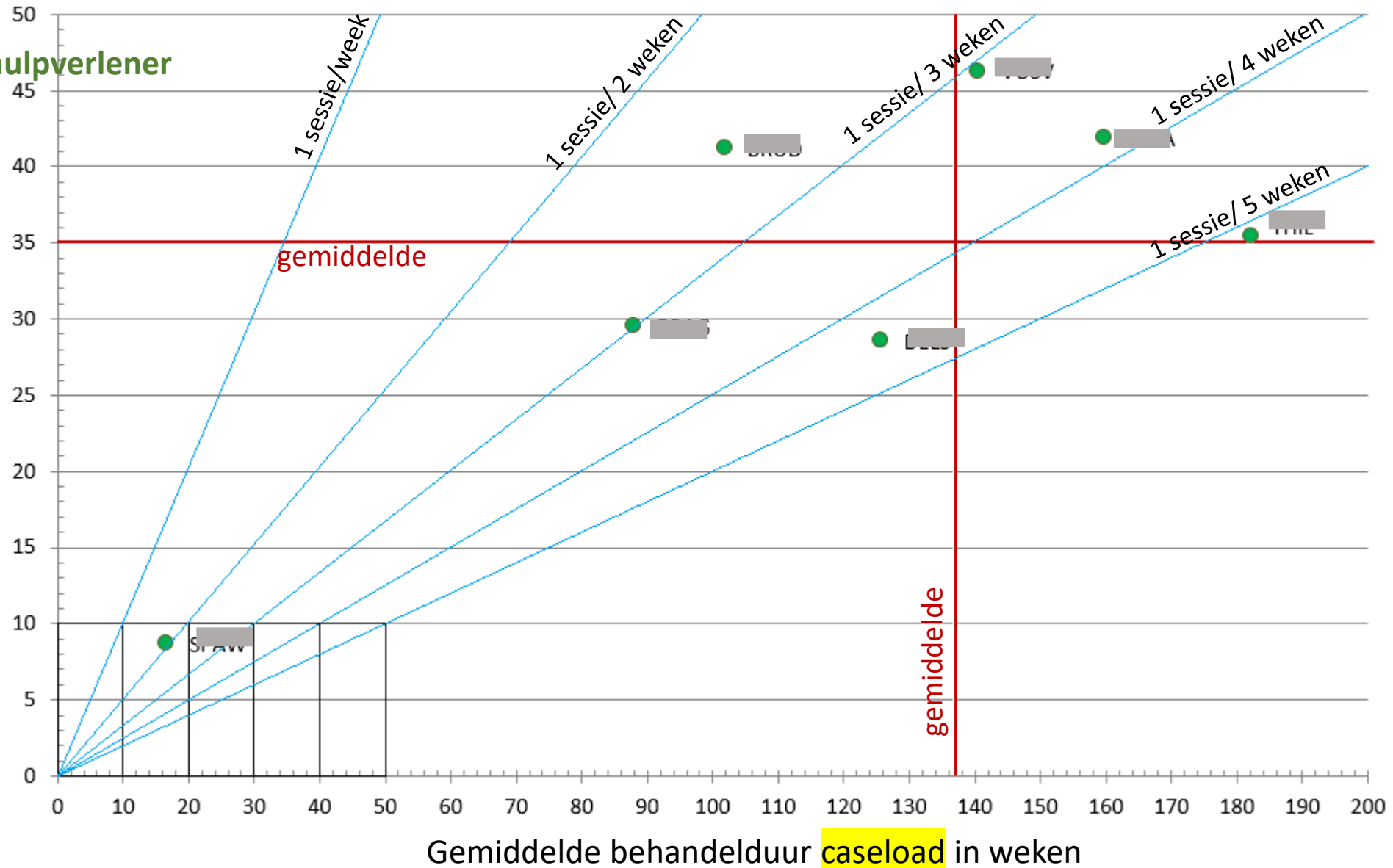


caseload



Elke stip is 1 hulpverlener

Gemiddeld # sessies caseload

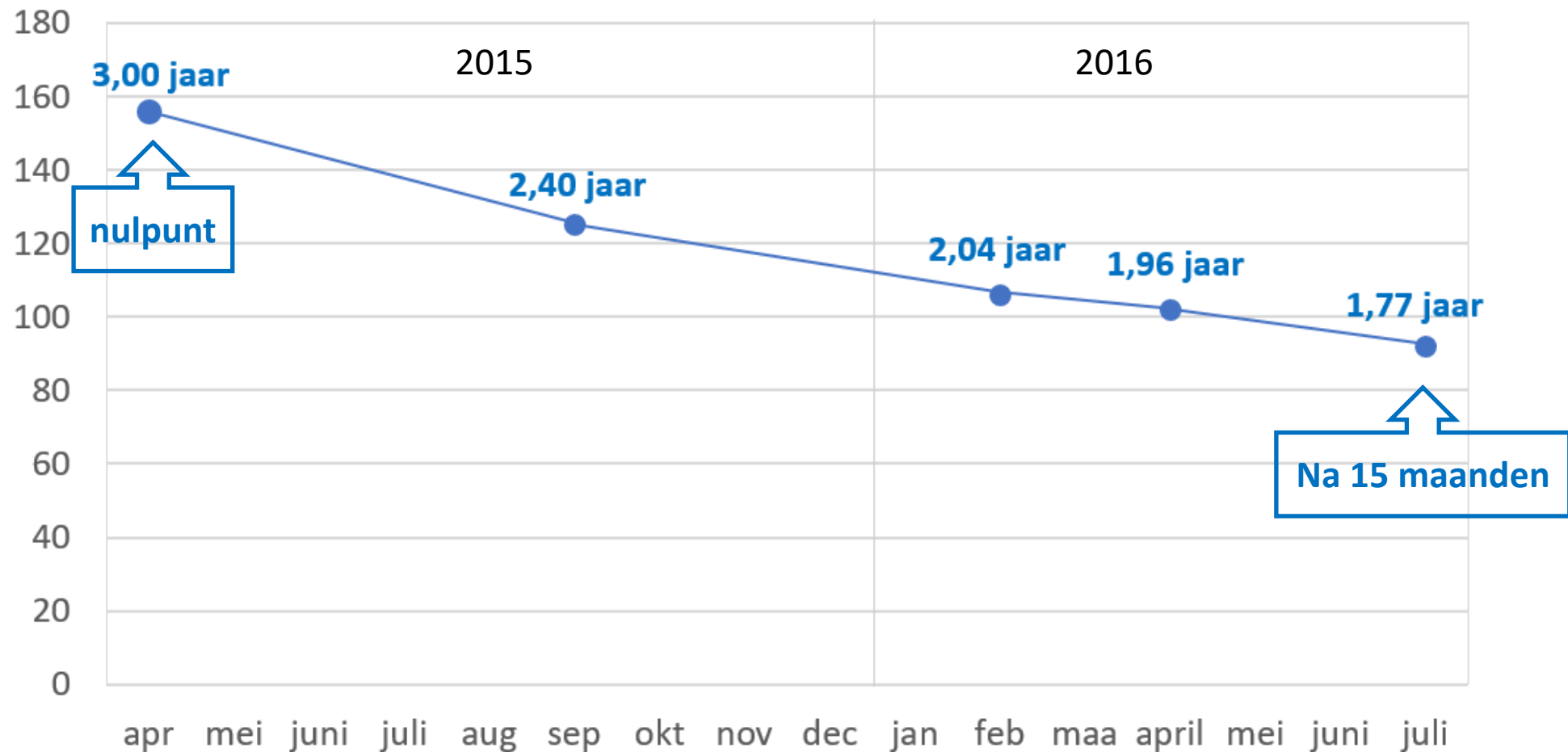


Wat leerden we uit de data en klinische discussies?

- (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 (Cf. ROM, bv. cliëntenverwachtingsinterview)
 - Voldoende intensief, zeker bij aanvang is belangrijk
 - Het 'eindig karakter' van een behandeling van bij aanvang duidelijk maken (verwachtingenmanagement).
 - Dit alles kunnen bespreken in een veilige, vertrouwensvolle context is een succesfactor.
 - ...

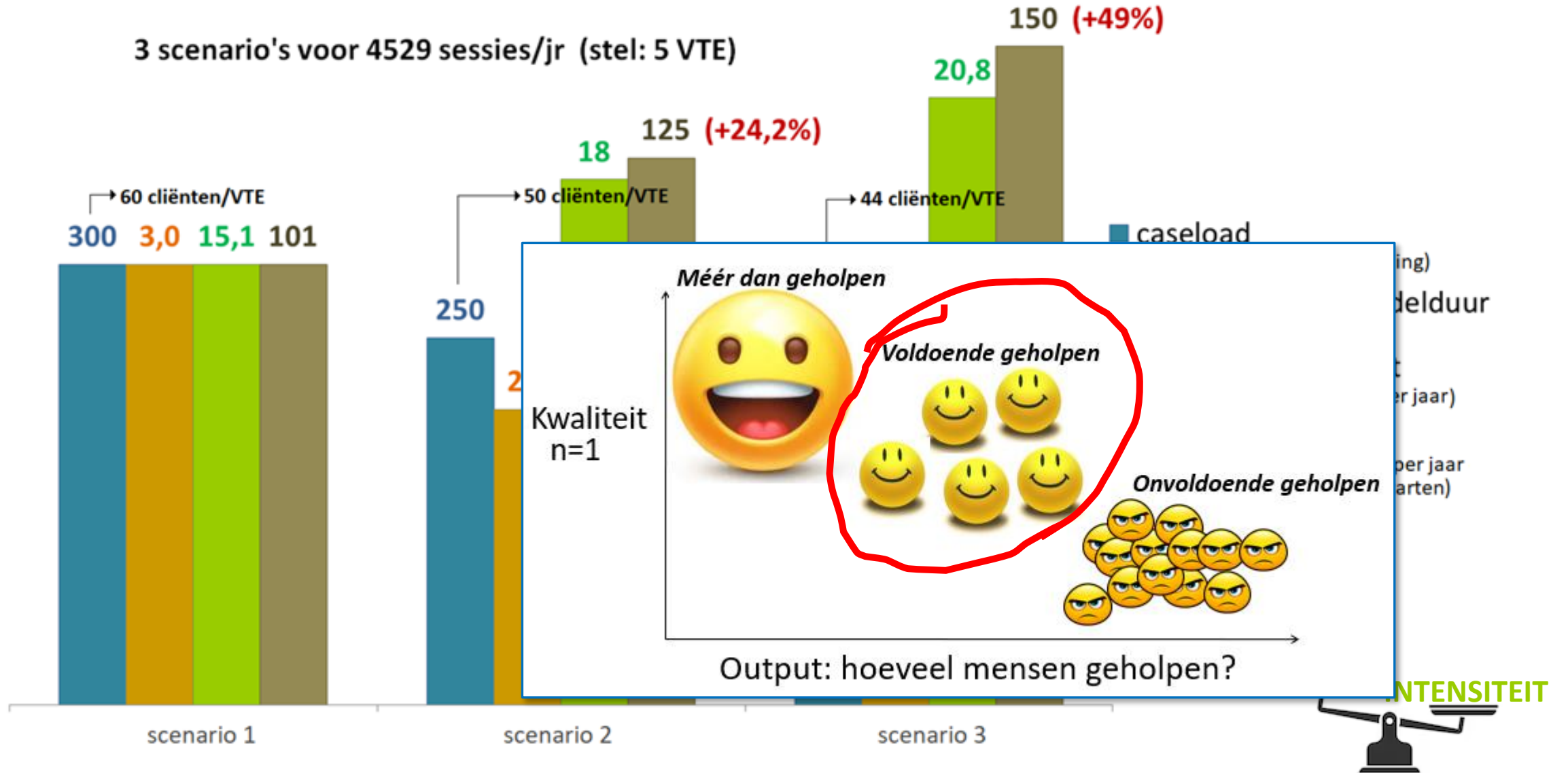
Opvolging in dialoog...

Evolutie gemiddelde behandelduur Team VA



Finaal resultaat (steady state = stabiel systeem)

3 scenario's voor 4529 sessies/jr (stel: 5 VTE)

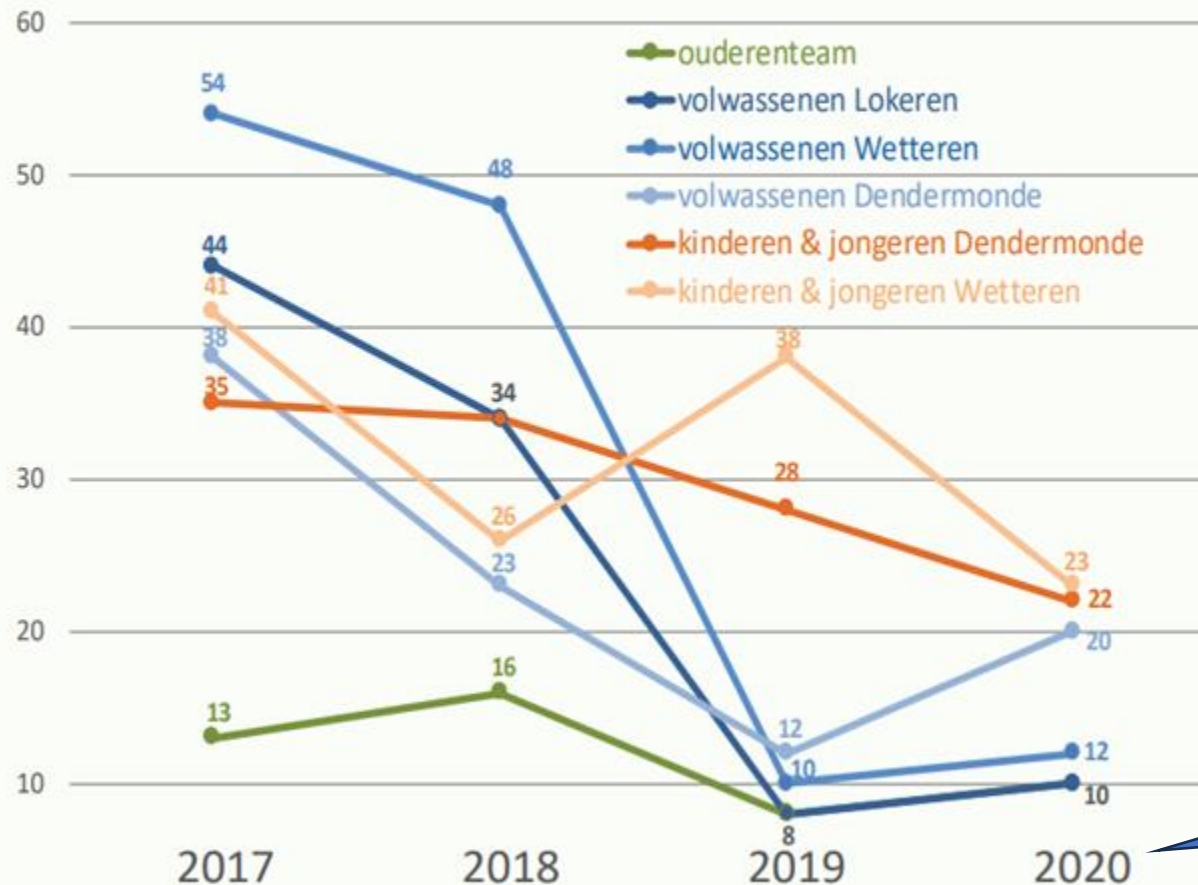


Voordeel voor de therapeut?

- Kleinere caseload
 - **Minder indirecte cliëntenactiviteiten**
 - **Minder cliënten tegelijkertijd op te volgen**
- Hogere sessiefrequentie
 - **Meer 'grip', zowel voor hulpverlener als voor cliënt**
 - ***“Ik kom nu met meer plezier werken” / ik kom liever naar mijn therapeut***
- een zo kort mogelijke wachttijd
 - **Ik weet dat ik doe wat mogelijk is (en ken mijn grenzen)**
 - **Hierdoor: minder morele stress**

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

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



Spreiding wachttijd ↓
Gemiddelde wachttijd ↓



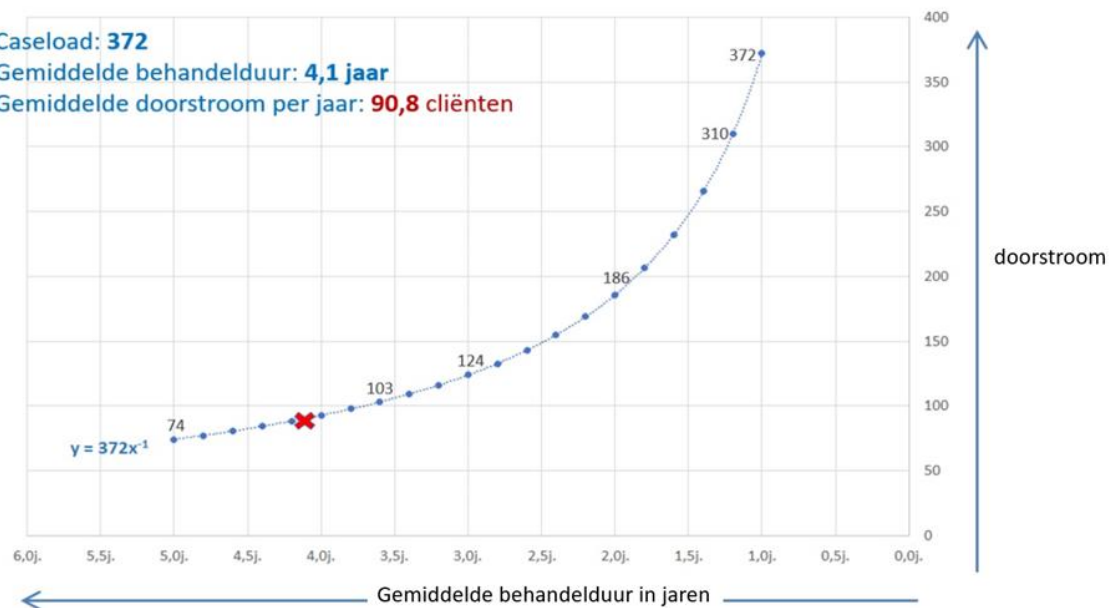
Voorbeeld: effect *gemiddelde* behandelduur

CGG X Doorstroom volwassenenteams

Caseload: 372

Gemiddelde behandelduur: 4,1 jaar

Gemiddelde doorstroom per jaar: 90,8 cliënten



CGG Y

Doorstroom volwassenenteams (april 2021)

Caseload: 296

Gemiddelde behandelduur: 1,4 jaar

Gemiddelde doorstroom per jaar: 211



CGG X
Caseload: 372
Gem. behandelduur: 4,1 jaar
Jaarlijks kunnen 91 cliënten een behandeling starten

CGG Y
Caseload: 296
Gem. behandelduur: 1,4 jaar
Jaarlijks kunnen 211 cliënten een behandeling starten

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 behandelresultaten 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 lang zien? (Korevaar, 2017)



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.

Voorlopige conclusie:


- **Behandelduur** belangrijk?: ja, maar effect wordt overschat.
- Cliënt niet ‘aan zijn lot willen overlaten’ speelt ook soms 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 laatste sessie die het verschil niet (meer) maakt: niet *dralen* met afronden!

Recent onderzoek in Nederland toont:

- **Tijdig afronden kan bijdragen aan het verkorten van de wachtlijsten**
- **Geen beleid en geen aandacht voor tijdig afronden behandeling in de opleiding**
- **Doelen stellen is belangrijk, maar wordt niet altijd gedaan**
 - 85% van respondenten geeft aan dat heldere behandeldoelen stellen nodig is
 - 56% doet dit altijd of vaak. Als de hulpvraag wijzigt tijdens de behandeling, passen respondenten vaak de behandeldoelen aan. Alleen noteren ze die wijzigingen lang niet altijd in het behandelplan. Nog geen derde van de respondenten geeft aan dat zij aan het begin van de behandeling goed kan inschatten hoe lang deze gaat duren. Ook wordt lang niet altijd besproken wanneer de behandeldoelen geëvalueerd worden. Bijna een derde van de respondenten doet dit slechts soms of nooit om de behandeling later goed af te ronden
- **Zorgprofessionals hebben behoefte aan ondersteuning in het proces van afronden**
 - 37% van de respondenten aangeeft duidelijke richtlijnen nodig te hebben over afronden van de behandeling.
 - Overleg met collega's wordt het vaakst genoemd..



Lower versus higher frequency of sessions in starting outpatient mental health care and the risk of a chronic course; a naturalistic cohort study

Bea Tiemens^{1,2*} , Margot Kloos¹, Jan Spijker^{1,2,3}, Theo Ingenhoven⁴, Mirjam Kampman^{1,2,5} and Gert-Jan Hendriks^{1,2,5,6}

Conclusions

The mechanisms discussed above can account for the finding that a slow start of treatment is associated with slow improvement in the first phase of treatment. However, the results of the present study suggest that 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. The clinical implications of this finding seem

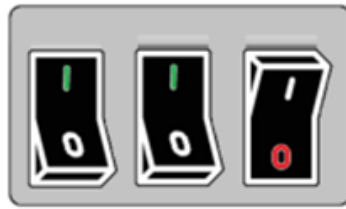
obvious. A quick start of treatment and adequate frequency of sessions in the initial phase of treatment for patients with a depressive disorder, an anxiety disorders, or a personality disorder may not only decrease patients' symptoms and suffering faster, but it may also reduce the length of treatment and health care costs and can help to resolve waiting lists. Studies with more rigorous research designs are needed to confirm these hypotheses.

Helder zijn over je doelgroepen maakt de wachttijden korter

- De toegang tot de ggz kan worden verbeterd als de verwijzingen in meer gevallen aansluiten bij het zorgaanbod van de zorgaanbieder en de zorgaanbieder daardoor minder zorgvragen afwijst. De vrijgekomen uren kunnen dan worden besteed aan behandelingen, waardoor de wachttijd af kan nemen.*
- Kennis van het (diverse) aanbod in de regio is dus essentieel
- CASEMIX: hoe verdeel je je capaciteit over de doelgroepen die je bedient?

(*) Vreeswijk, M. (2023) Routeplanner voor de GGZ: Het ontwerpen van een beslismodel voor de juiste zorg op de juiste plek. Thesis Modulair Executive MBA, Nyenrode Business Universiteit

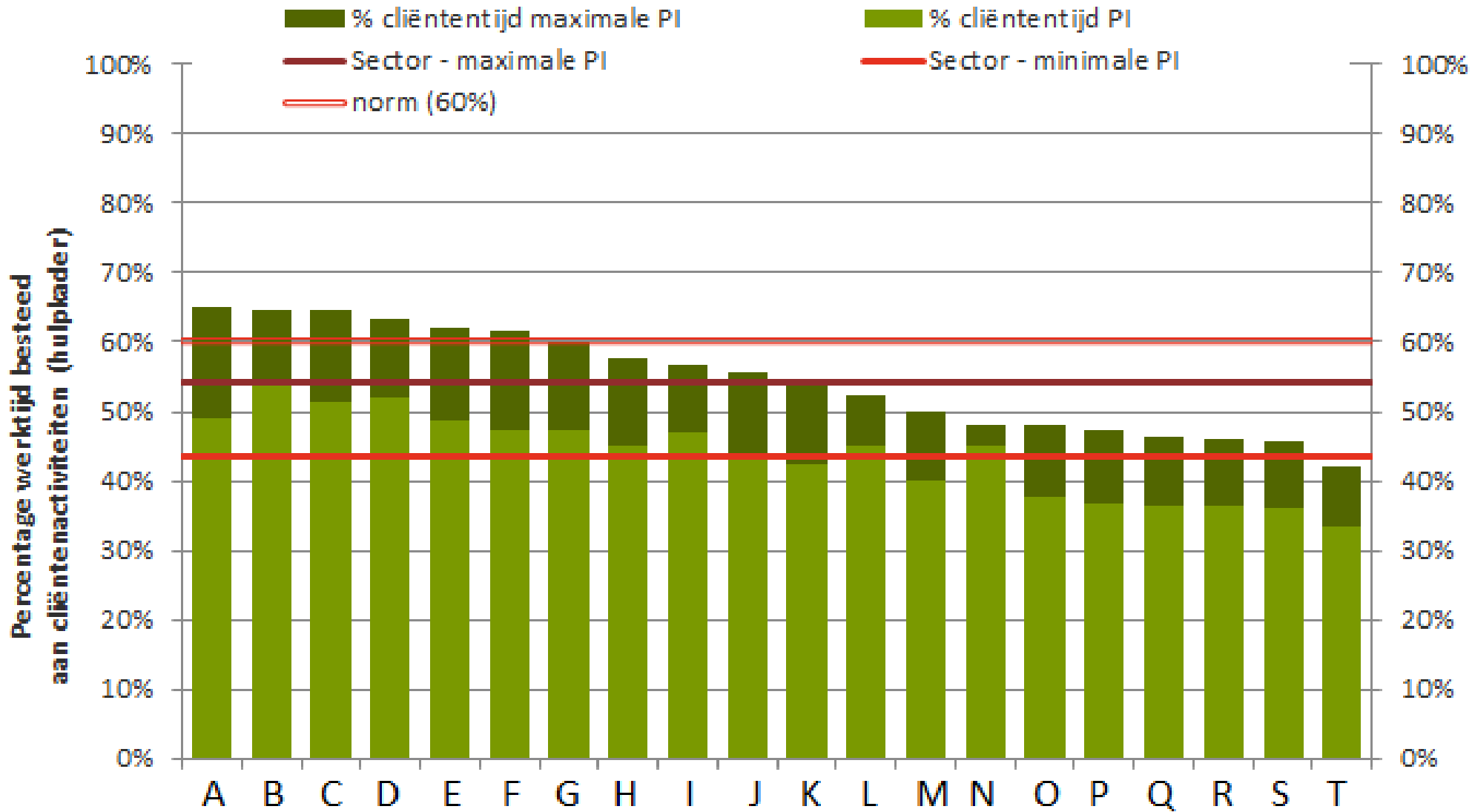
Relatie therapeutische aanpak - doorstroom



Therap. aanpak

- Medicatie en/of psychotherapie? Psycho-educatie?
- Individuele therapie of groepsaanbod?
- Ambulant of opname
- EHealth?
- EMDR ? CBT? Psychodynamische therapie?, FACT?, MEMREC?, gezinstherapie?, ...
- Kort- of langer durend? Intensief of laagfrequent?
- (Aanvullende) interventies van andere actoren?
- Aandacht voor [innovatie](#) en veelbelovende ontwikkelingen zoals het creëren van '[ecosystemen voor mentale gezondheid](#) (GEM) (Van Os, Delespaul)

PI: relatieve productiviteit CGG (% FTF-tijd)



2019

CGG VTE HV; VTE HV x PI



VTE

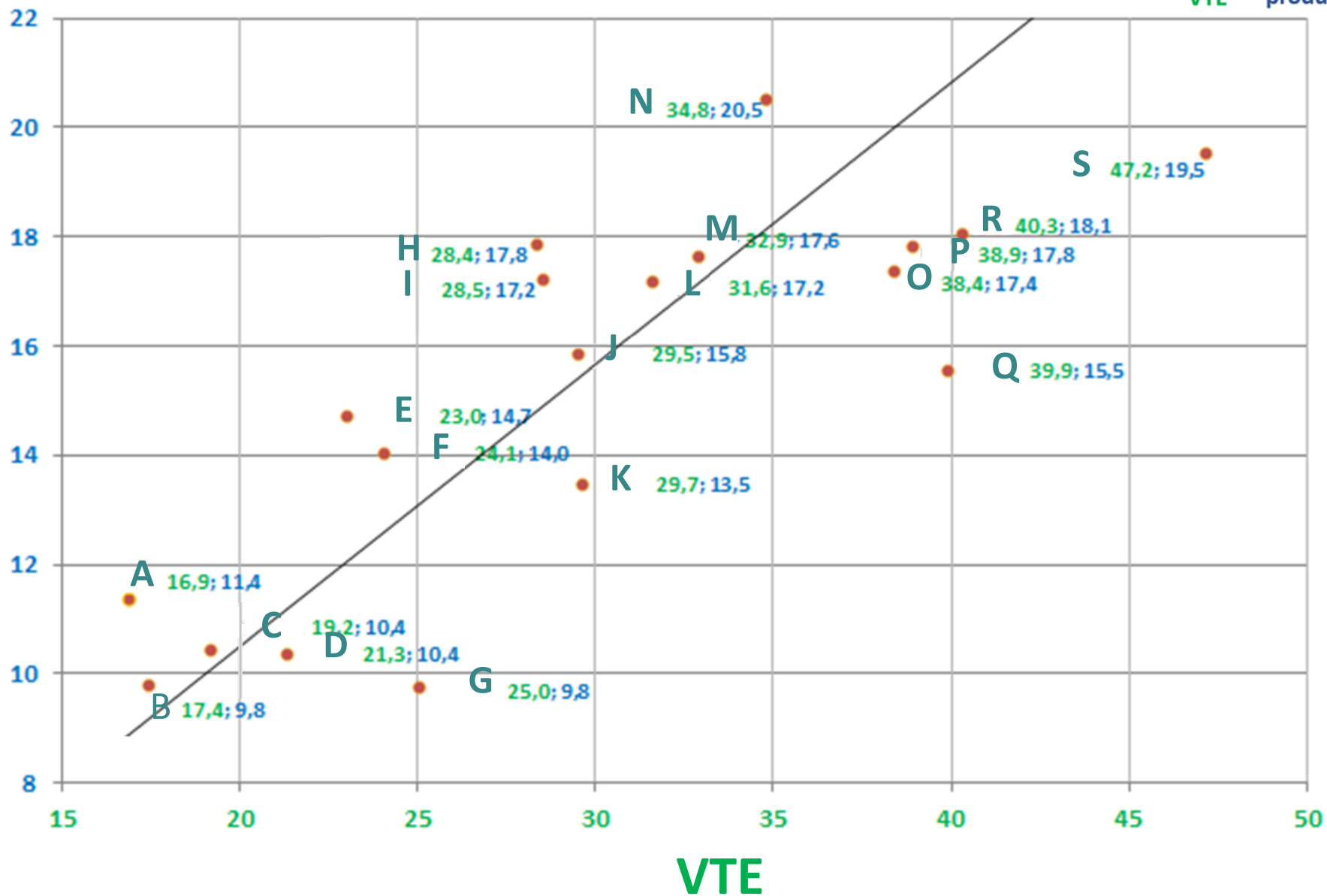


productiviteit

Benchmarking: absolute productiviteit CGG

(DE GRAVE, 2019)

VTE x Productiviteit
(PI = ...%)



Terugblik

Wachttijden (symptoom)

cijfers en uitdagingen m.b.t. wachttijden en cijfers
complex en multifactorieel → disciplines, sla de handen in elkaar!

Oorzaken van wachttijden

Macro: health in all policies, populatiegericht beleid

meso : afstemmen met actoren in de regio

micro : wiskunde van de wachtrijen → juiste data, wachtrijtheorie

Oplossingen (logistieke + therapeutische inzichten op in- en doorstroom)

Aan welke knoppen kunnen we draaien?: de 8 'knoppen' van doorstroommanagement:

(1) **VTE** (casus), (2) **productiviteit** (casus), (3) **casemix** (casus), (4) **procesmanagement** (casus)

(5) **Therapeutische aanpak** (voorbeelden), **het trio** ' (6) **gemiddelde behandelduur** – (7) **gemiddelde behandelintensiteit** – (8) **caseload**' (casussen)

Blok 3

16.10 – 16.15

Besluit

Besluit (1): wat hebben we geleerd tijdens projecten doorstroommanagement?

1. Problemen kunnen uniek lijken, maar **wachtrijen en de oplossingen ervoor zijn universeel.**
2. Zowel **therapeutische** en **ggz-kennis**, **verbeterkennis** en **veranderkunde** zijn deel van de oplossingen.
3. Het **vol engagement van de directie en therapeutische leiding** is onontbeerlijk voor een geslaagde implementatie.
4. Je hebt **iemand nodig die met data overweg kan** en ze helder kan presenteren.
5. De **rapportage en de bespreking** ervan, bv. per kwartaal wordt **onderdeel van het normale werk.**

Besluit (2): wat hebben we geleerd tijdens projecten doorstroommanagement?

6. Een **veilige sfeer in de teams is cruciaal** voor het bespreken van de nieuwe informatie over de caseload en de behandelingen
7. De ontdekking dat alle medewerkers, hulpverleners, administratie en staf veel samen te bespreken hebben en een **gemeenschappelijke taal** ontwikkelen om de wachttijden aan te pakken, zorgt voor een **nieuwe verbondenheid**. Meer dan vroeger ziet elk zijn rol in een groter geheel.
8. **Externe artsen ervaren expliciete verwachtingen** m.b.t. de kwaliteit van info bij doorverwijzing **als 'professioneel'**.
9. Doorstroomprojecten zijn **geen quick fix**, zij vragen enige tijd en volgehouden engagement. Maar de resultaten zijn zichtbaar.

Dank voor de volgehouden aandacht!

Table 2: Sustaining improvement: a summary of trust characteristics

	Successful	Unsuccessful		Successful	Unsuccessful
Analysis, forecasting and planning	<ul style="list-style-type: none"> ■ <u>close detailed monitoring of queues</u> ■ <u>good information at a detailed level</u> ■ <u>clear responsibility for planning and alerting operational managers of need for action</u> ■ <u>day-to-day connection between planning and operational sides</u> ■ <u>many people with a view of the whole system of elective care, and trying to manage through the system</u> 	<ul style="list-style-type: none"> ■ <u>poor information, and only at a very high level</u> ■ <u>no central function for managing queues</u> ■ <u>nobody seeing the whole elective care system within the hospital</u> ■ <u>no connection between the planning process and day-to-day management of care system</u> 	Efficiency of production processes	<ul style="list-style-type: none"> ■ <u>understanding the underlying production processes of the elective care system in detail</u> ■ <u>strong performance management</u> ■ <u>good discharge-planning procedures</u> ■ <u>booking systems</u> ■ <u>use of comparative information on internal performance</u> ■ <u>strong clinical leadership resulting in better management of key workers in the elective care system</u> 	<ul style="list-style-type: none"> ■ <u>poor performance management</u> ■ <u>no use of comparative information to improve performance</u> ■ <u>an individual clinical approach to care rather than a managed approach through strong clinical leadership</u>
Organisational focus and persistence	<ul style="list-style-type: none"> ■ <u>strong leadership</u> ■ <u>use of incentives and motivation of staff</u> ■ <u>long-term view</u> ■ <u>organisational stability</u> 	<ul style="list-style-type: none"> ■ <u>weak leadership</u> ■ <u>continual change in personnel</u> ■ <u>poor relations between managers and clinical staff</u> ■ <u>short-termism, which may be associated with getting the job done and moving on</u> 			
Capacity	<ul style="list-style-type: none"> ■ <u>understanding what capacity is needed to deal with demand, both now and in the future</u> ■ <u>ability to vary capacity when required to meet contingencies of variations in demand or other factors, such as surges in emergency care</u> ■ <u>getting extra resources by having a reputation for good management and use of resources</u> ■ <u>keeping demand for services within manageable limits</u> 	<ul style="list-style-type: none"> ■ <u>insufficient resources to meet needs resulting in always trying to catch up</u> ■ <u>not able to work in partnership with commissioners, other providers to bring in more resources</u> ■ <u>distortion of priorities resulting from strength of one or more pressure groups in trust – for example, in teaching hospitals where top research specialty gets more than its fair share</u> 			

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.

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 wachttijd cijfers</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

Deze tabel illustreert dat voor het aanpakken van de wachttijden er vele actoren nodig zijn. Elk van deze actoren heeft hierbij een eigen verantwoordelijkheid die niet kan afgeschoven worden op de andere actoren.

Literatuur

- De Grave, J. (2023) [De determinanten van wachttijden in de ggz: een mathematisch-klinisch perspectief](#). Psyche, Vol. 35 n° 3, pp. 28-30.
- de Koning, C., et al. (2024) [De ggz in relatie tot zorgverzekeraars. Een verkenning](#). Tijdschr Psychiatr. 2024, 66; (1)24-29
- Delespaul, Ph. (2023) [Een ecosysteem voor mentale gezondheid](#). Inspiratieavond IZA 16 februari 2023
- Kettner, P.M. et al. (1990) [Designing and managing Programs: an effectiveness-based approach](#). Sage sourcebooks for the human services series 11. Sage Publications, Inc.
- Kraaijeveld, K., Lomans, R. (2020) [De ggz in 2025: Vergezicht op de geestelijke gezondheidszorg](#). Zorgverzekeraars Nederland
- Morsink, S., Steffen, M., De Grave, J., Van Broeck, N. (2020) [ELP-zorg in België. Het WHO-piramidemodel als uitgangspunt](#). Psyche. Jrg. 32 nr. 4. 34-36
- 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 ggz](#). Tijdschrift voor Psychiatrie dec 2021.
- Rens, E., Van Nuffel, R. (2023) [Wachtverzachters als antwoord op wachttijden](#). Psyche, jrg. 35 n° 4, pp. 8-10.
- Schutjens, V., et al. (2024) [In de wachtstand. Een literatuurinventarisatie naar de impact van wachttijden in de ggz op patiënten, naasten, huisartsen en POH's-GGZ](#). Trimbos-instituut, Utrecht.
- Smit, D., Van Os, J. (2022) [De praktijk binnen de ggz is in ontwikkeling, volgt de wetenschap?](#) Tijdschrift voor Psychiatrie dec 2022.
- Staten generaal geestelijke gezondheid Vlaanderen - SGGG (2021) [1ste rapport werkgroep wachttijden SGGG](#).