

# Genoeg gewacht: naar een gezamenlijke aanpak van wachttijden in de Vlaamse ggz

E. Rens, J. De Grave, G. Dom, I. Glazemakers, K. Van den Broeck

- Achtergrond** Wachttijden vormen in Vlaanderen een belangrijke drempel in het tijdig verkrijgen van gepaste geestelijke gezondheidszorg, maar structurele data zijn beperkt.
- Doel** Beschrijven van de wachttijdenproblematiek in Vlaanderen en van enkele oorzakelijke hypothesen en aandragen van mogelijke interventies.
- Methode** Een verkenning van de beschikbare wachttijdendata, aangevuld met literatuur en inzichten gebaseerd op uitkomsten in enkele Vlaamse Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg.
- Resultaten** Wachttijden zijn vooral problematisch voor gesubsidieerde ambulante zorgvormen en voor kinderen en jongeren, al leveren de huidige data een onvolledig beeld op. Naast de capaciteit zijn belangrijke determinanten de instroomorganisatie (bijv. indicatiestelling) en doorstroomparameters (bijv. gemiddelde behandelduur en -intensiteit).
- Conclusie** Het wegwerken van wachtlijsten vormt een van de grootste uitdagingen voor de Vlaamse geestelijke gezondheidszorg. Er is zowel behoefte aan het uitbreiden van capaciteit als aan het slimmer inzetten van de reeds bestaande capaciteit en middelen. Een gezamenlijke aanpak op meerdere niveaus is hiervoor vereist.

Toegankelijkheid is een noodzakelijke hefboom voor het wegwerken van ongelijkheid in de gezondheidszorg. Toegankelijkheid omvat de beschikbaarheid, betaalbaarheid, bereikbaarheid, aanvaardbaarheid en tijdigheid van zorg (Gulliford e.a. 2002). Ondanks diverse inspanningen om een toegankelijke geestelijke gezondheidszorg (ggz) te realiseren, blijven lange wachttijden zowel in Vlaanderen als internationaal een belangrijke barrière in het tijdig verkrijgen van gepaste zorg.

De periode tussen het ontstaan van de zorgbehoefte en het stellen van een hulpvraag kan geruime tijd in beslag nemen: Belgen met een stemmingsstoornis wachten ongeveer één jaar alvorens hulp te zoeken, terwijl er een mediaan uitstel is van 18 jaar bij Belgen met een stoornis in het gebruik van alcohol (Bruffaerts e.a. 2007). De effectieve ‘wachttijd’ start echter pas zodra men een professionele hulpverlener benadert. Deze wachttijd kan erg verschillen bij zorgvragen en -vormen, van geen wachttijd tot jarenlang. De beschikbare cijfers in Vlaanderen zijn echter zowel kwantitatief als kwalitatief

beperkt en vormen onvoldoende basis voor een degelijke wetenschappelijke analyse. In Nederland daarentegen worden wachttijden systematisch gevolgd en geanalyseerd, waardoor de pijnpunten en nodige acties duidelijk worden (Algemene Rekenkamer 2020).

In dit essay trachten we daarom een brede analyse te maken van wachttijden in de Vlaamse ggz en pleiten we voor meer datagedreven kennisopbouw door de registratie van wachttijden. We beschrijven de urgentie van het probleem, namelijk de gevolgen van wachttijden voor patiënten, zorgverleners en het gezondheidszorgsysteem. Vervolgens behandelen we enkele concrete oorzaken met bijhorende adviezen. We beargumenteren dat er een keten van verantwoordelijkheden ten grondslag ligt aan wachttijden en een aanpak op meerdere niveaus daarom vereist is.

## Wachttijden in Vlaanderen?

Binnen het Vlaamse ggz-landschap worden de wachttijden van de ambulante centra voor geestelijke gezond-

## AUTEURS

**Eva Rens**, onderzoekspsycholoog, doctoraatsstudent, Universiteit Antwerpen, Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute (CAPRI) en Family Medicine and Population Health (FAMPOP).

**Jo De Grave**, lic. biomedische wetenschappen, kwaliteitscoördinator CGG De Drie Stromen.

**Geert Dom**, hoogleraar Psychiatrie, Universiteit Antwerpen, CAPRI.

**Inge Glazemakers**, ontwikkelingspsycholoog, Universiteit Antwerpen, CAPRI.

**Kris Van den Broeck**, klinisch psycholoog-gedragstherapeut, Universiteit Antwerpen, CAPRI en FAMPOP.

## Correspondentie

Eva Rens (eva.rens@uantwerpen.be).  
Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 27-7-2021.

## Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2021;63(12):875-882

heidszorg (CGG) systematisch gemonitord en op geaggregeerd niveau gepubliceerd. De laatst gepubliceerde cijfers over de wachttijden in de CGG dateren van registratiejaar 2018. De gemiddelde aanmeld- en behandelwachtijd bedroeg toen respectievelijk 50 en 53 dagen, met een totale wachttijd van ongeveer 3,5 maand (105 dagen) over patiëntengroepen heen (Zorg en Gezondheid 2018). In 2013 bedroeg deze ongeveer 3 maanden (88 dagen), waardoor er een licht stijgende trend merkbaar is (Zorg en Gezondheid 2018).

Ziekenhuizen en zorgverleners in privépraktijken monitoren zelfstandig hun wachtlijsten en dienen wachttijden niet te registreren. Wegens het gebrek aan cijfers over wachttijden bij deze belangrijke zorgactoren voerden de Staten-Generaal van de Geestelijke Gezondheid (SGGG) en de leerstoel Public Mental Health (UAntwerpen) in 2020 een online-enquête uit, gericht op personen die de afgelopen twee jaar hulp zochten voor zichzelf of een minderjarige. Er werd gevraagd welke hulp men zocht, of men deze hulp kreeg en hoe lang men hierop wachtte. Een hulpvraag wordt ingelost genoemd wanneer men ergens hulp vroeg en die ook daadwerkelijk kreeg.

In totaal namen 1597 personen deel. De mediane wachttijd, het aandeel deelnemers dat hulp kreeg, het aandeel ingeloste hulpvragen en het aandeel deelnemers die minstens een maand wachtten, staan per zorgvorm opgesomd in **tabel 1**. Ondanks de beperkingen van de methode bevestigde de studie wat op het terrein aangevoeld wordt (SGGG 2020).

Over het algemeen kan men besluiten dat wachttijden alomtegenwoordig zijn in de gesubsidieerde ggz. Wachttijden zijn over de hele lijn langer voor kinderen en jongeren, zelfs bij crisiszorg en in de privésector. De wachttijden lopen op tot een half jaar en langer, met uitschieters van jaren bij de diagnostiek en zorg voor kinderen met een (vermoedelijke) ontwikkelingsstoornis,

zoals bij de Centra voor Ontwikkelingsstoornissen (COS) en de Centra voor Ambulante Revalidatie (CAR). Vooral kinderen en jongeren staan op meerdere wachtlijsten tegelijkertijd en stuiten geregeld op patiëntenstops (SGGG 2020).

Een andere bevinding is dat wachttijden langer zijn bij terugbetaalde ambulante ggz (bijv. CGG) in vergelijking met (semi)residentiële ggz. Terwijl de meeste volwassen hulpvragers binnen een maand in opname kunnen, kan in een CGG slechts de helft van de degenen die er hulp vragen terecht en loopt de mediane wachttijd er op tot 3 maanden.

De huidige cijfers leveren echter geen volledig beeld op. Het is bijvoorbeeld onduidelijk of er grote verschillen zijn tussen diagnosegroepen en regio's. Het gebrek aan wachttijdenregistratie in Vlaanderen is overigens geen verrassing, gezien het algemene gebrek aan cijfers over de ggz-behoefte en zorgtrajecten in België (Mistiaen e.a. 2019).

## De urgentie van het probleem

Het verkrijgen van zorg laat op zich wachten, maar wachten is niet zo banaal als het lijkt. Wachttijden hebben in de eerste plaats gevolgen voor de patiënt zelf. Een langere wachtperiode betekent in het algemeen een langere periode van leed. De wachttijdenenquête door de SGGG wees uit dat velen zich tijdens de wachttijd wanhopig voelen, de motivatie verliezen om het probleem aan te pakken en het vertrouwen verliezen in de hulpverlening. Ongeveer de helft gaf aan dat de klachten verergerden tijdens de wachtperiode. Crisisopnames en suïcidepogingen werden regelmatig vermeld in deze context.

De patiënt kan ook functioneel en financieel lijden door/nadeel ondervinden van de wachttijd, bijvoorbeeld door een langere periode van arbeidsongeschiktheid of het raadplegen van duurdere alternatieven tijdens de wacht-

**Tabel 1. Resultaten patiëntenbevraging SGGG/LPMH: aandeel ingeloste hulpvragen, mediane wachttijden en aandeel dat minstens 1 maand moest wachten voor ggz-vormen in Vlaanderen**

Type	% hulp gekregen	% ingeloste hulpvragen	Mediane wachttijd	% wachttijd > 1 maand
<b>Volwassenen (n = 1156)</b>				
Vrijgevestigde psycholoog (n = 877)	75,6%	91,6%	2 weken tot 1 maand	32,8%
Vrijgevestigde psychiater (n = 378)	32,6%	81,3%	2 weken tot 1 maand	46,2%
CGG (n = 170)	14,5%	53,1%	1 tot 3 maanden	60,1%
PZ-opname (n = 151)	12,9%	77,2%	2 weken tot 1 maand	43,6%
PZ-dagopname (n = 114)	9,9%	66,9%	2 weken tot 1 maand	47,4%
PAAZ-opname (n = 115)	9,8%	74,8%	minder dan 1 week	8,0%
Mobiel crisisteam (n = 87)	7,5%	57,7%	minder dan 1 week	13,8%
Mobiel langdurigezorgteam (n = 42)	3,6%	39,6%	2 weken tot 1 maand	47,6%
<b>Kinderen en jongeren (n = 441)</b>				
Vrijgevestigde psycholoog (n = 260)	59,0%	73,7%	1 tot 3 maanden	56,5%
Vrijgevestigde psychiater (n = 174)	39,5%	72,9%	1 tot 3 maanden	73,6%
CGG (n = 60)	13,6%	39,4%	3 tot 6 maanden	81,7%
COS (n = 42)	9,5%	41,1%	3 tot 6 maanden	90,5%
CAR (n = 65)	14,7%	50,7%	1 tot 2 jaar	96,9%
PZ-opname (n = 39)	8,8%	49,2%	3 tot 6 maanden	79,5%
PZ-dagopname (n = 35)	7,9%	47,9%	3 tot 6 maanden	80,0%
PZ-crisisopname (n = 36)	8,2%	50,0%	2 weken tot 1 maand	33,3%
Mobiel crisisteam (n = 41)	9,3%	57,1%	1 tot 2 weken	24,4%
Thuisbegeleiding autisme (n = 61)	13,8%	42,9%	6 maanden tot 1 jaar	86,9%

CGG: centrum voor geestelijke gezondheidszorg; PZ: psychiatrisch ziekenhuis; PAAZ: psychiatrische afdeling in algemeen ziekenhuis; COS: Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen; CAR: Centrum voor Ambulante Revalidatie.

periode. Ook de omgeving van de patiënt lijdt onder het wachten. Dit geldt in het bijzonder voor de draagkracht van ouders en *siblings* wanneer een kind wacht op hulp (SGGG 2020).

Wachten kan eveneens langetermijngevolgen hebben voor het herstel van de patiënt. Volgens de *kindling*hypothese zijn langere periodes van onbehandelde stoornissen voorspellend voor een hogere mate van chroniciteit (Kisely e.a. 2006). Zelfs na een jaar is het functioneren van patiënten met een psychotische stoornis die langer moesten wachten op behandeling sterker aangetast, voornamelijk voor wachttijden vanaf 3 maanden (Reichert & Jacobs 2018).

Ook zorgverleners zien wachttijden als een belangrijke bron van frustratie. In de Psychiater-Thermometer van 2020 werden 816 Vlaamse en Nederlandse psychiaters bevroegd over hun vak; 88% vond de wachtlijsten te lang (De Jonge Psychiater 2020). Zorgverleners dienen om te gaan met noodkreten van wachtenden waarop ze niet steeds kunnen ingaan. Bovenop de hoge werkdruk kan men hierdoor machteloosheid ervaren tegenover de onvervulde zorgbehoeften bij patiënten (Rens e.a. 2020). 'Morele stress' ontstaat wanneer een zorgverlener weet wat een patiënt nodig heeft, maar wegens systemische beperkingen deze zorg niet kan verlenen, met een verminderde werktevredenheid als gevolg (Lamiani e.a. 2015).

Tot slot hebben wachttijden gevolgen voor de efficiëntie van het zorgsysteem in haar geheel. Wachttijd is een belangrijke voorspeller gebleken van het annuleren van

of het niet verschijnen op de afspraak en leidt zo tot een aanzienlijke mate van verspilling (Festinger e.a. 1995; Gallucci e.a. 2005; Reitzel e.a. 2006; Sherman e.a. 2009). De kans dat men niet verschijnt op het gesprek stijgt licht per dag dat men moet wachten en dit wordt niet gemodereerd door de urgentie (Sherman e.a. 2009). Vooral de eerste dagen na de contactname zijn cruciaal: in een studie met 5900 patiënten die een eerste afspraak kregen in een Amerikaans ambulante centrum, annuleerde of miste ongeveer 4 op 10 zorgvragers de afspraak als deze minstens een week na de contactname was ingepland (Gallucci e.a. 2005).

In lijn met deze resultaten is een aanmeldwachttijd van langer dan 24 uur de enige significante predictor van het niet opdagen op het intakegesprek voor verslavingszorg (Festinger e.a. 1995). Daartegenover vond men in een recente studie geen effect van behandelwachttijd op uitval voor personen met een ernstige psychiatrische aandoening, noch een duidelijk onderscheid tussen patiënten die therapie al dan niet voltooiden, zelfs niet wanneer de gemiddelde wachttijd maar liefst 2 jaar bedroeg (Iqbal e.a. 2021). Dit suggereert dat het wachteffect op mensen die niet komen op hun eerste afspraak (*no-show*) zich voornamelijk voordoet in de aanmeldwachttijdperiode. Het resultaat is een vicieuze cirkel: gemiste consultaties bestendigen wachttijden, en wachttijden bestendigen gemiste consultaties.

Hoewel de gevolgen van wachttijden overwegend negatief zijn, kan een wachtperiode ook als buffer werken tegen overbehandeling. Tijdens de wachtperiode treedt

in sommige gevallen spontane remissie op, waardoor overgespecialiseerde behandeling van lichte of zelflimiterende stoornissen wordt verhinderd (Brown e.a. 2002). Echter, het annuleren van de zorg mag niet automatisch geïnterpreteerd worden als het niet meer nodig zijn ervan.

### Ontwerpfouten?

*‘Every system is perfectly designed to get the results it gets.’*

Statisticus Edwards Deming wijst er met dit citaat op dat de uitkomsten (bijv. wachttijden) van een systeem het resultaat zijn van de wijze waarop het systeem op macroniveau (financieel, politiek, juridisch en sociaaleconomisch, bijv. gezondheidsbeleid), mesoniveau (binnen een organisatie of lokaal netwerk, bijv. ggz-netwerk of ziekenhuis) en microniveau (op niveau van individuele personen, bijv. behandelinhoud en interactie tussen patiënt en zorgverlener) is ingericht.

De dynamiek van wachttijden in de zorg kan men, enigszins vereenvoudigd, vergelijken met die van logistieke processen (Green 2011). Een concreet voorbeeld is de wachtrij aan de kassa van een supermarkt. De wachtrij wordt langer wanneer er mensen instaan die louter productinformatie wensen, wanneer het scannen gemiddeld trager verloopt, wanneer de winkelkarren gemiddeld meer gevuld zijn, wanneer er te weinig kassa's open zijn etc. In het vervolg maken we voor elk van deze problemen de vergelijking met de organisatie van ggz en de zorgprocessen aldaar.

### Aanmelding en indicatiestelling

De klanten in de supermarkt op zoek naar productinformatie kunnen vlotter geholpen worden door een infopunt en representeren de hulpzoekende patiënten binnen de ggz. De aanmelding en indicatiestelling kunnen zo op mesoniveau een impact hebben op de wachttijd. Het invoeren van een gecentraliseerd informatie- en aanmeldpunt voor verwante diensten in dezelfde

regio zorgt ervoor dat hulpverleningscapaciteit wordt bespaard en patiënten niet overal opnieuw hun verhaal hoeven te doen. Zulke aanspreekpunten worden in sommige Vlaamse regio's bijvoorbeeld gerealiseerd in de vorm van 'Kruispunten' ([www.kruispunten.be](http://www.kruispunten.be)). Daarnaast is ook een snelle indicatiestelling van belang. Zo snel mogelijk een eerste gesprek voorzien is cruciaal om een 'opstapeling' van patiënten of *backlog* te vermijden. Ook wanneer mensen aankloppen aan de verkeerde deur is een onderbouwde verwijzing naar een gepaster aanbod belangrijk. Een zuivere wachtlijst zorgt voor kortere totale wachttijden en verhindert dat patiënten onnodig 'in de verkeerde rij' wachten. Zo daalde door aanpassingen in het indicatiestellingsproces de gemiddelde wachttijd voor volwassenen in een Vlaams CGG van 24 naar 7 weken.

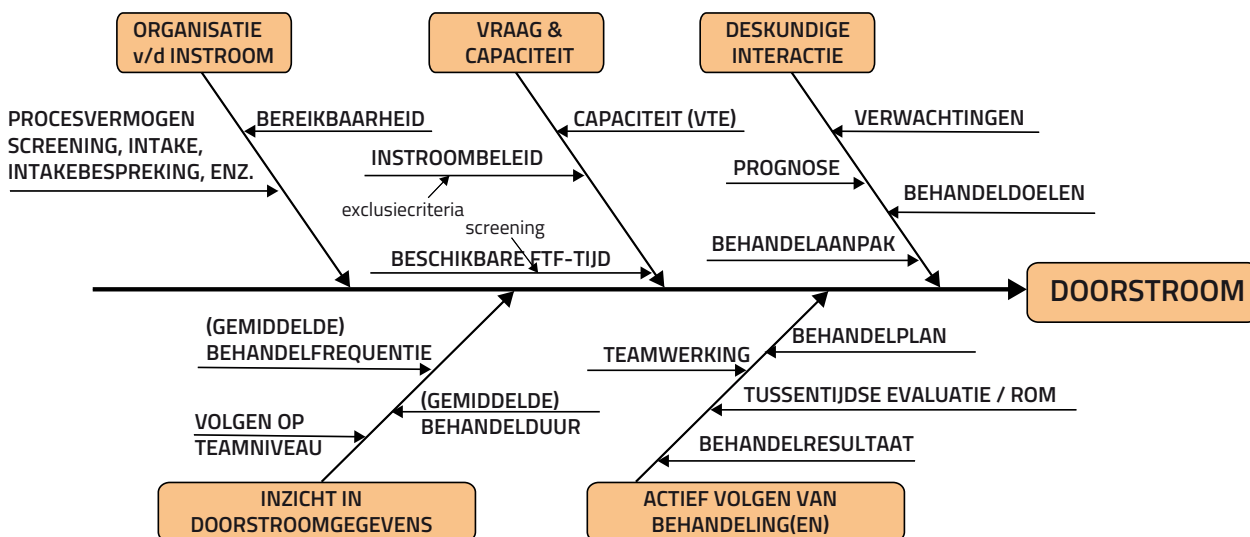
### Gemiddelde behandelduur

Op microniveau kan men de duur van het scannen aan de kassa vergelijken met de behandelduur. De gemiddelde behandelduur bepaalt de doorstroom: het tempo waarmee nieuwe behandelingen kunnen worden opgestart. Niet dralen met het afronden van de behandeling wanneer een voldoende duurzaam resultaat bereikt is, is essentieel. **Figuur 1** illustreert het multifactorieel karakter van de doorstroom, waarvan we in dit essay enkele concepten bespreken.

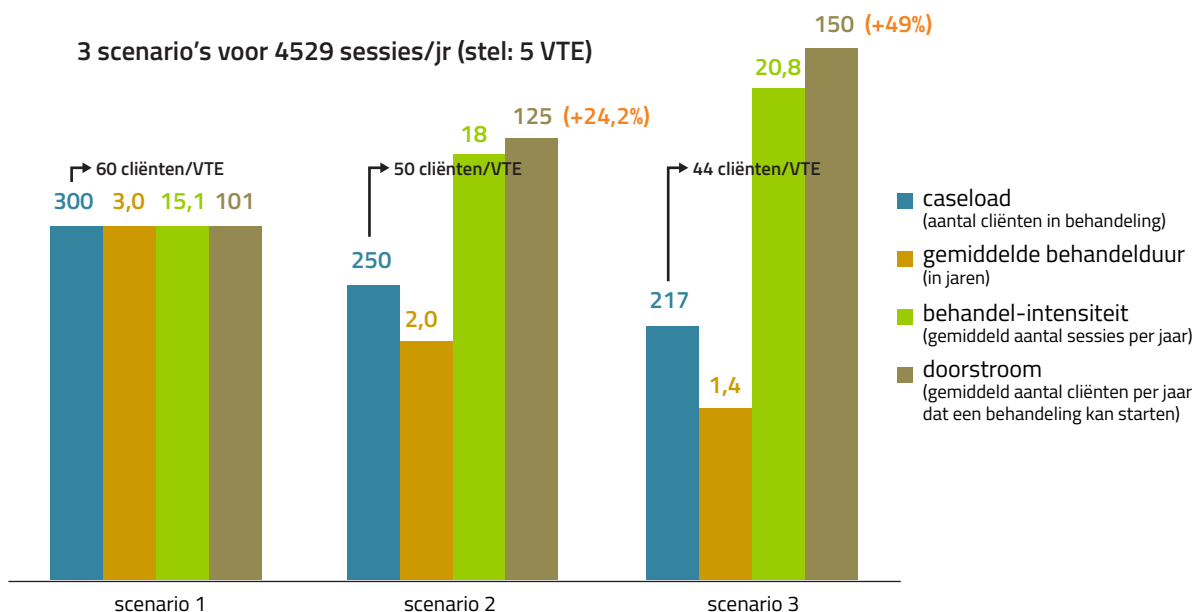
Om vanuit een louter logistiek oogpunt de zorgprogrammering te ondersteunen, komt de wet van Little van pas (Little & Graves 2008): het gemiddeld aantal patiënten aanwezig in een systeem gedeeld door de gemiddelde tijd dat deze patiënten doorbrengen in het systeem, is gelijk aan het aantal patiënten dat binnen een gegeven tijdsbestek een volledig zorgtraject kan doorlopen (doorstroom).

**Figuur 2** visualiseert dit voor een jaarlijkse capaciteit van 4529 ambulante sessies per jaar door 5 voltijdse behandelaars. In drie scenario's variëren de caseload

**Figuur 1. Factoren die bepalend zijn voor de doorstroom binnen een ggz-voorziening**



**Figuur 2. Drie scenario's voor individuele behandelingen in een CGG, gesimuleerd voor 4529 sessies per jaar met 5 voltijdse zorgverleners**



(het aantal lopende behandelingen op een gegeven moment), de gemiddelde behandelduur (de tijd die een behandeling inneemt) en de gemiddelde behandelintensiteit (sessiefrequentie). Het gaat om gemiddelden; zorg op maat blijft essentieel. Het intensiveren van de behandeling, dus het verkorten van de tijd tussen behandelingsessies, leidt tot een betere doorstroming.

Het aantal personen dat op lange termijn geholpen kan worden ligt dus hoger terwijl behandelaars een lagere actieve caseload hebben. Zorgmanagers, teamleiders, clinici en patiënten dienen de handen in elkaar te slaan bij het beheersen van de gemiddelde behandelduur. Uiteindelijk mag zorg niet gereduceerd worden tot een product en dient er telkens aandacht te zijn voor de individuele patiënten en hun zorgbehoeften.

We pleiten dan ook niet voor het a priori bepalen van een vast of maximum aantal sessies. De impact van het vastleggen van een limiet is nog onduidelijk, al wijst een review erop dat dit zowel positieve effecten (bijv. productievere focus) als negatieve effecten (bijv. ontevredenheid) teweegbrengt (De Geest & Meganck 2019).

Dit ontkracht eveneens het misverstand dat het verlagen van de sessiefrequentie ten voordele van een hogere caseload zou leiden tot kortere wachttijden. Een lagere behandelintensiteit is geassocieerd met een langzamere verbetering en verminderd herstel, waardoor wachttijden toenemen (Tiemens e.a. 2019). Indien therapeuten inzicht krijgen in deze factoren en ervan bewust gemaakt worden dat een intensievere behandeling zorgt voor meer geholpen patiënten op de lange duur, zal dit een gunstige invloed hebben op de morele stress. Door de lagere caseload kan men zich tevens beter focussen op de patiënten in behandeling.

Tot slot spelen ook de verwachtingen van zowel de

behandelaar als de patiënt een rol. Een studie wees uit dat patiënten in vergelijking met therapeuten een relatief laag aantal sessies verwachten, maar dat de patiëntverwachtingen het effectieve aantal sessies het best voorspellen. Een te korte behandeling kan ook negatief werken aangezien een lager aantal sessies dan verwacht zorgt voor een lagere tevredenheid (Mueller & Pekarik 2000).

### Casemix

Een even lange rij met vollere winkelkarren zal trager inkorten, en klanten met kleine aankopen kunnen vlot geholpen worden door een snelkassa. De mate waarin de winkelkar gevuld is, representeert de ernst en complexiteit van de problemen van patiënten in de ggz. Bij het bestuderen van de wachttijden dient rekening gehouden te worden met de casemix en de verdeling van de behandelduur voor verschillende doelgroepen. Door op mesoniveau de capaciteit voor basiszorg en hooggespecialiseerde zorg te segmenteren, vertraagt de gespecialiseerde zorg de basiszorg niet.

In sommige CGG zijn daarom de principes van de *choice and partnership approach* (CAPA) toegepast, waarbij men op het niveau van een organisatie of zorgnetwerk onderscheid maakt tussen een toegankelijk basisaanbod (kernzorg) dat iedere patiënt van iedere behandelaar kan krijgen en een aanvullend gespecialiseerd aanbod (specifieke zorg) waarvoor een beperktere capaciteit is voorzien (York & Kingsbury 2009).

### Capaciteit

Het aantal supermarkten en open kassa's representeert de beschikbare capaciteit en middelen in de ggz, als resultaat van beleid vertaald in budgetten op macro-

niveau. In Vlaanderen weerspiegelt de verdeling van ggz-middelen onvoldoende de prevalentie en ernst van zorgbehoeften. Door een ontoegankelijk basisaanbod voor vaak voorkomende zorgvragen is er niet alleen sprake van onderbehandeling, maar is er eveneens een aanzienlijke mate van overbehandeling: men kan soms sneller en voordeliger in opname dan dat men een betaalbare ambulante behandeling kan verkrijgen. De verantwoordelijkheid hiervoor ligt bij de bevoegde overheden.

In de gesubsidieerde ggz zijn structurele ondercapaciteit en chronisch lange wachttijden onaanvaardbaar. Wanneer er noodgedwongen patiëntenstops ingevoerd worden en men zelfs in crisis moet wachten, zoals het geval is bij de kinder- en jeugdpsychiatrie, moet men onderkennen dat er een fundamentele mismatch is tussen vraag en aanbod. Waar de klant in het supermarktvoorbeeld ervoor kan kiezen om naar een andere winkel met kortere wachtrijen te gaan, is dit in de ggz niet steeds mogelijk.

Een beperkte groep patiënten met een chronische psychiatrische aandoening heeft behoefte aan langdurige (vaak levenslange) laagfrequente ondersteuning, eerder dan een intensieve behandeling. Voor langdurige zorg is capaciteit cruciaal. De huidige middelen voor de gesubsidieerde tweedelijns-ggz zijn ontoereikend om patiënten langdurig te helpen. Zonder strikt afgebakende capaciteit leidt dit tot een traag maar zeker dichtslippen van het behandelstelsel.

Gegeven hun beperkte middelen (5% van de middelen voor de gespecialiseerde ggz), kunnen de CGG zich dan ook beter richten op behandeling dan ondersteuning. Er is behoefte aan een ruime capaciteit binnen de mobiele teams voor langdurige zorg of een breder ondersteunend ambulant aanbod door psychiaters, psychologen, sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen en ervaringsdeskundigen in het kader van de vermaatschappelijking van de ggz (Vlaanderen 2010).

### **Andere factoren**

De zorgvraag en het aanbod van ggz, en dus ook de wachttijden, worden verder beïnvloed door factoren die moeilijk te beheersen zijn. Zo wordt de populatievraag naar ggz bepaald door een samenspel van demografische factoren, gezondheidsgelatedheid, de mate waarin een preventief beleid wordt gevoerd, etc. Het aanbod wordt gestuurd door politieke en economische factoren, het aantal zorgverleners op de arbeidsmarkt, geografische verdelingen etc. Wetenschappelijke ontwikkelingen met gevolgen voor de kliniek, zoals de Memrec-methode – waarbij één behandelsessie zou volstaan om bepaalde angststoornissen afdoende te behandelen (Soeter & Kindt 2015) – kunnen eveneens positieve impact hebben op de wachtlijstproblematiek.

Verder zijn er verschillen in de financiële mogelijkheden om beroep te doen op het beschikbare aanbod. Zorg op maat wordt niet alleen verhinderd door de wachttijd, maar eveneens in interactie met het kostenplaatje. Het

recente federale akkoord over de uitgebreidere terugbetaling van psychologische zorg vanaf september 2021 betekent hierin een enorme stap vooruit. Op lange termijn kan de druk op tweede- en derdelijnsdiensten hierdoor verlichten en kan dit bijdragen aan een toegankelijker en efficiëntere ggz in België.

## **DISCUSSIE**

Lange wachttijden in de ggz vormen een belangrijke bron van leed en frustratie. De patiënt staat hierbij centraal, maar ook de omgeving en zorgverleners dragen de onmacht mee. Wachttijden zorgen voor inefficiëntie: lang wachten verhoogt de kans op gemiste afspraken, die op hun beurt bijdragen aan langere wachttijden. In Vlaanderen is een eerste uitdaging de identificatie van het probleem. Monitoring van wachttijden ontbreekt bij verschillende belangrijke zorgvormen, zoals psychiatrische ziekenhuizen en vrijevestigde zorgverleners. Dit staat in contrast met Nederland, waar gemiddelde wachttijden kwartaalsgewijs gevolgd worden binnen regio's en patiëntengroepen. Voor een uitgebreide analyse van de Nederlandse wachttijdenproblematiek, waar onder andere de financiële prikkels voor zorgaanbieders een belangrijke rol spelen, verwijzen we naar het rapport van de Algemene Rekenkamer (2020).

De lengte van de wachttijden lijkt in België en Nederland niet drastisch te verschillen, al kan België zeker wat leren van Nederland inzake dataverzameling en rapportage. Het is onbegrijpelijk dat in België vandaag een bijna blind beleid gevoerd wordt. Het vastleggen van normen (bijv. Nederlandse Treeknormen) en het registreren van wachttijden zullen niet rechtstreeks voor verbetering zorgen, maar kunnen wel bijdragen tot transparantie en kennisopbouw en zo een drijfveer voor verandering zijn.

Hoewel er enkele ingrepen mogelijk zijn om wachttijden in te korten, bestaat er geen wondermiddel. Er zijn uiteindelijk ook grenzen aan het triëren van patiënten, segmenteren van capaciteit en intensifiëren van zorgtrajecten. Sommige patiënten hebben een langdurig traject nodig en soms is er simpelweg onvoldoende capaciteit, zij het inzake bedden, personeel, middelen etc. De kwaliteit en patiëntgerichtheid van zorg mogen op geen enkel moment inboeten voor het inkorten van wachttijden. Waar bepaalde wachttijden ingekort kunnen worden door de beschikbare capaciteit efficiënter te benutten, kan men bij enkele knelpunten niet anders dan besluiten dat er actie op macroniveau nodig is. Capaciteitsuitbreiding in de kinder- en jeugdpsychiatrie en de ambulante ggz zijn hierbij prioritair.

## **CONCLUSIE**

We concluderen dat er een keten van verantwoordelijkheden op verschillende niveaus is, startend bij politiek

**Tabel 2. Overzicht van handvatten 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
<b>Het ontstaan/verergeren van psychische problemen voorkómen</b>				
<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
<b>Kennis over de (dynamieken van) wachttijden ontwikkelen</b>				
<i>Structurele monitoring wachttijd cijfers</i>		X	X	X
<b>Bevorderen en uitzuiveren van de instroom</b>				
<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
<b>Bevorderen van de doorstroom</b>				
<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>Vermaatschappelijk en herstelzorg ter preventie van (her)opname</i>		X	X	X
<b>Innovatie stimuleren</b>				
<i>Wetenschappelijk (praktijk)onderzoek in de ggz financieren</i>				X
<i>Wetenschappelijke ontwikkelingen volgen en valoriseren</i>	X	X	X	X

verantwoordelijken, over netwerkcoördinatoren en organisaties tot individuele behandelaars. Een overzicht van de belangrijkste handvatten inzake het vermijden en wegwerken van wachtlijsten, en welke actoren hier de grootste verantwoordelijkheid voor dragen, geven we weer in **tabel 2**. Wanneer op macroniveau de capaciteit en middelen tekortschieten of suboptimaal worden ingezet, heeft dit gevolgen voor de verdere niveaus, waar evenwel eigen verantwoordelijkheden liggen.

De gezamenlijke aanpak bestaat er eveneens in dat men een gedeeld inzicht heeft in de prevalentie en het verloop van psychische stoornissen, opdat de netwerken, zorgvoorzieningen en hulpverleners een onderbouwde visie hebben op hoeveel en wat voor zorg (modaliteiten, gemiddelde duur en intensiteit) nodig is om efficiënt te werken, en dat met deze inzichten rekening wordt gehouden bij het bepalen van de budgetten en de capaciteit. De verschillende actoren dienen de handen ineen te slaan en te komen tot gezamenlijke strategische doelstellingen, uiteraard in samenspraak met patiënten en ervaringsdeskundigen.

Wanneer een patiënt toch genoodzaakt is om voor langere tijd te wachten op een behandeling, ligt een laatste interventie in het aanbieden van wachttijdondersteuning. Hierdoor kan de patiënt de motivatie behouden

om de wachtperiode te overbruggen. Het aanbieden van wachtondersteuning is echter eerder een vorm van *harm reduction* en geen oplossing voor lange wachttijden, noch een alternatief van een volwaardige behandeling. Wachttijdondersteuning kan bijvoorbeeld in de vorm van telefonische follow-up, groepssessies met een wachtgroep, of via ervaringsdeskundigen. Een mooi voorbeeld hiervan is de Wachtverzachter ([www.wachtverzachter.nu](http://www.wachtverzachter.nu)), een Nederlands initiatief waarbij een ervaringsdeskundige gekoppeld wordt aan een wachtende.

## LITERATUUR

- Algemene Rekenkamer. Geen plek voor grote problemen: Aanpak van wachttijden in de specialistische ggz. Den Haag: Algemene Rekenkamer; 2020. <https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/detail?id=2020Z12198&did=2020D26109>
- Brown SA, Parker JD, Godding PR. Administrative, clinical, and ethical issues surrounding the use of waiting lists in the delivery of mental health services. *J Behav Health Serv Res* 2002; 29: 217-28.
- Bruffaerts R, Bonnewyn A, Demyttenaere K. Delays in seeking treatment for mental disorders in the Belgian general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007; 42: 937-44.
- Festinger DS, Lamb RJ, Kountz MR, e.a. Pretreatment dropout as a function of treatment delay and client variables. *Addict Behav* 1995; 20: 111-5.

- Gallucci G, Swartz W, Hackerman F. Impact of the wait for an initial appointment on the rate of kept appointments at a mental health center. *Psychiatr Serv* 2005; 56: 344-6.
- Geest RM De, Meganck R. How do time limits affect our psychotherapies? A literature review. *Psychol Belg* 2019; 59: 206-26.
- Green L. Queueing Theory and modeling. In: Yih Y, red. *Handbook of healthcare delivery systems*. Londen: Taylor & Francis; 2011.
- Gulliford M, Figueroa-Munoz J, Morgan M, e.a. What does 'access to health care' mean? *J Health Serv Res Policy* 2002; 7: 186-8.
- Iqbal, Z, Airey, ND, Brown, SR, e.a. Waiting list eradication in secondary care psychology: Addressing a National Health Service blind spot. *Clin Psychol Psychother* 2021; 1-9.
- Kisely S, Scott A, Denney J, e.a. Duration of untreated symptoms in common mental disorders: association with outcomes: International study. *Br J Psychiatry* 2006; 189: 79-80.
- Lamiani G, Borghi L, Argentero P. When healthcare professionals cannot do the right thing: A systematic review of moral distress and its correlates. *J Health Psychol* 2017; 22: 51-67.
- Little JDC, Graves SC. Little's Law. In: Chhajer D, Lowe TJ, red. *Building Intuition. International Series in Operations Research & Management Science*. Springer; 2008; 115: 81-100.
- Mistiaen P, Cornelis J, Detollenaere J, e.a. Organisation of mental health care for adults in Belgium. *Health Services Research (HSR)*. Brussel: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2019.
- Mueller M, Pekarik G. Treatment duration prediction: Client accuracy and its relationship to dropout, outcome, and satisfaction. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 2000; 37: 117-23.
- Reichert A, Jacobs R. The impact of waiting time on patient outcomes: Evidence from early intervention in psychosis services in England. *Health Econ* 2018; 27: 1772-87.
- Reitzel LR, Stellrecht NE, Gordon K, e.a. Does time between application and case assignment predict therapy attendance or premature termination in outpatients? *Psychol Serv* 2006; 3: 51-60.
- Rens E, Dom G, Remmen R, e.a. Unmet mental health needs in the general population: perspectives of Belgian health and social care professionals. *Int J Equity Health* 2020; 19: 169.
- Sherman ML, Barnum DD, Buhman-Wiggs A, e.a. Clinical intake of child and adolescent consumers in a rural community mental health center: does wait-time predict attendance?. *Community Ment Health J*. 2009; 45: 78-84.
- Soeter M, Kindt M. An abrupt transformation of phobic behavior after a post-retrieval amnesic agent. *Biol Psychiatry* 2015; 78: 880-6.
- Staten-Generaal van de Geestelijke Gezondheidszorg (SGGG). Wachten op psychische hulp: de lengte en beleving van wachttijden in de Vlaamse geestelijke gezondheidszorg. 2020. [https://www.statengeneraalggz.be/wp-content/uploads/2021/01/Uitgebreid-rapport-wachttijden\\_Def2.pdf](https://www.statengeneraalggz.be/wp-content/uploads/2021/01/Uitgebreid-rapport-wachttijden_Def2.pdf)
- Tiemens B, Kloos M, Spijker J, e.a. 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* 2019; 19: 228.
- Vinkers C, Tjink J, Gerritse F, e.a. De Psychiater-Thermometer 2020: Psychiaters uit Nederland en Vlaanderen over hun vak en de uitdagingen voor de toekomst. *De Jonge Psychiater*; 2020. <https://www.dejongepsychiater.nl/themas/media/1333-de-psychiater-thermometer-het-rapport>
- Vlaanderen. Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken. 2010. <http://www.psy107.be/files/Vlaanderen.pdf>
- York A, Kingsbury S. *The choice and partnership approach: a guide to CAPA*. Bournemouth: Caric Press; 2009.
- Zorg en Gezondheid. *Cijfers Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg*. Brussel: Agentschap Zorg en Gezondheid, afdeling Informatie en Zorgberoepen; 2018. <https://www.zorg-en-gezondheid.be/cijfers-centra-voor-geestelijke-gezondheidszorg>

## SUMMARY

# Tired of waiting: towards a joint approach of waiting times in Flemish mental health care

E. Rens, J. De Grave, G. Dom, I. Glazemakers, K. Van den Broeck

**Background** Waiting times are an important barrier to timely obtaining appropriate mental health care in Flanders, but structural data is limited.

**Aim** To describe the waiting time problem in Flanders and propose some causal hypotheses and possible interventions.

**Method** An exploration of the available waiting time data, supplemented with literature and insights based on the results of some Flemish Centers for Mental Healthcare.

**Results** Waiting times are especially problematic for subsidized outpatient care and care for children and youth, although the current data provide an incomplete picture. Besides capacity, important factors are the organization of the intake (e.g. assessment) and flow parameters (e.g. mean treatment duration - and intensity).

**Conclusion** Eliminating waiting lists is one of the greatest challenges for Flemish mental health care. There is a need to expand capacity as well as the smarter use of existing capacity and resources. A joint multi-level approach is required.