

#SGGG21

WERKGROEP 'WACHTTIJDEN'

Jo De Grave, Ingrid De Jonghe, Sara Demunter, Ariane Ghekiere, Ellen Excelmans, Goedele Hoefnagels, Els Nijs, Eva Rens, Sigrid Sevrancx, Wim Simons, Anja Smits, Guy Tegenbos, Kris Van den Broeck, Rik Van Nuffel, Kristel Van de Velde

“Onderzoek van de SGGG legt bloot dat volwassenen vooral moeten aanschuiven wanneer ze gesubsidieerde (lees: betaalbare) hulp zoeken, terwijl kinderen bijna overal en langer dan volwassenen moeten wachten op gepaste zorg. Wachten leidt vaak tot een lagere motivatie voor behandeling en meer ernstige klachten, soms tot crisissituaties. Het is belangrijk dat er voldoende capaciteit is, maar evenzeer dat mensen zo snel mogelijk op de juiste wachtlijst staan en dat begeleidingen niet langer duren dan nodig.”



1. Inleiding

België is op vlak van toegankelijkheid van de zorg niet de beste van de klas en dat ligt vooral aan de financiering en de inrichting van de geestelijke gezondheidszorg (zie kader). Daarenboven kenmerkt ons land zich door een hoog aantal zelfdodingen en tegelijk relatief veel psychiatrische bedden, in verhouding tot landen met een vergelijkbaar niveau van gezondheidszorg. En toch zouden de bedden vol liggen. Volgens de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie (VVP; zie [hier](#) en [hier](#)) is dit te wijten aan de schrijnende ondercapaciteit in de zorgverlening: *“Het klinkt paradoxaal, maar iemand in een bed leggen is een gemakkelijksoplossing. Het is een gevolg van te weinig teams voor thuiszorg, en te weinig opties voor psychologische en andere oplossingen. Het is voor een patiënt veel makkelijker om naar de spoedafdeling van een ziekenhuis te gaan en zo in een psychiatrisch bed te belanden dan ambulante hulp te zoeken bij een psychiater, psycholoog of andere therapeut. Ziekenhuizen zijn toegankelijk en hebben niet de neiging mensen meteen weer naar huis te sturen.”*

Weinig Europese landen waar je als patiënt zo vlot toegang hebt tot gezondheidszorg als België. Het is al jaren ons allersterkste punt in de doorlichting van Health Consumer Powerhouse (HCP), een Zweedse denktank die sinds 2005 alle gezondheidszorgsystemen onderzoekt. Hét pijnpunt zit hem volgens HCP in de wachtlijsten in de mentale zorg. HCP bekeek hoelang het in elk land duurt vooraleer je een afspraak kan maken bij een kinderpsychiater en dat viel tegen in België. In liefst veertien Europese landen kan je je kind sneller door een psychiater laten behandelen dan bij ons. Die vaststelling is echter niet nieuw. Het bevestigt dat de wachtlijsten in de geestelijke zorg een werkpunt zijn. Het is het enige dat ons belet om een perfecte score te halen in het aspect ‘toegang tot gezondheidszorg’.

Belgische gezondheidszorg mag bank vooruit, maar nog niet beste van de klas.

In: [De Morgen 25/2/2019](#).

Het [onderzoek van de werkgroep Wachttijden](#) van de Staten-Generaal van de Geestelijke Gezondheid i.s.m. de Leerstoel Public Mental Health (UAntwerpen) bevestigt de lange wachtlijden in de GGZ. Het rapport maakt tastbaar en invoelbaar hoe zwaar dit weegt voor cliënten: problemen worden erger, sommige cliënten worden radeloos. De werkgroep onderzocht ook de onderliggende mechanismen van wachtlijden en legt het verband met ons gezondheidszorgbeleid. Hieronder bespreken we belangrijkste bevindingen van het wachtlijdenonderzoek, waarna we dieper ingaan op de determinanten van de wachtlijden. We ronden af met conclusies en aanbevelingen.



2. Enquête naar wachttijden bij hulpvragers in de ggz

ACHTERGROND EN DOEL VAN DE VRAGENLIJST

Wachttijden in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) zijn een bekend probleem, maar bij het aanvangen van onze werkzaamheden waren er quasi geen concrete cijfers beschikbaar. Er worden immers geen structurele cijfers over de wachttijden bij zelfstandige zorgverleners, zoals psychologen en psychiaters, en wachttijden in psychiatrische ziekenhuizen opgetekend. Enkel voor de [Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg](#) (CGG) zijn er duidelijke cijfers beschikbaar: de wachttijd tot het eerste face-to-face intakegesprek bedroeg in 2018 gemiddeld 50 dagen, en de wachttijd tussen het intakegesprek en de start van de behandeling bedroeg gemiddeld 53 dagen. Het duurt dus ongeveer drie maanden na contactname dat men effectief hulp krijgt. Voor kinderen en jongeren is de wachttijd langer.

Naast de lengte van de wachttijden, was er ook weinig gekend over de invulling van de wachtperiode. Hoe beleven mensen het wachten op psychische zorg? Welke impact heeft het wachten op hun klachten? Gaan ze zelf op zoek naar alternatieven?

Om deze redenen ontstond het idee om de zorgvragers zelf aan het woord te laten en een bevraging uit te voeren die peilt naar wachttijden en hoe de wachtperiode wordt beleefd. De vragenlijst werd opgesteld vanuit het perspectief van de zorgvrager, samen met ervaringsdeskundigen. De vragenlijst werd zowel gericht op mensen die de afgelopen twee jaar hulp zochten voor zichzelf, als mensen die hulp zochten voor een minderjarige. Het was een vereiste dat men de stap naar hulp reeds zette, maar de gevraagde hulp hoefde (nog) niet ontvangen te zijn wanneer de vragenlijst werd ingevuld.

Er werd gekozen voor een online vragenlijst. Deelnemers werden zowel online als offline gerekruteerd via diverse kanalen van (zorg)organisaties, lotgenotengroepen en de media. Er werden eveneens affiches verspreid met een QR-code en link naar de vragenlijst. Uiteraard zijn er enkele tekortkomingen verbonden aan deze methode, en is het belangrijk om hiermee rekening te houden bij het interpreteren van de bevindingen:

- Het is moeilijker om de meest **kwetsbare groepen** te bereiken:
We weten dat kwetsbare groepen moeilijker te bereiken zijn voor deelname aan onderzoek. We verwachten daarom dat patiënten met een ernstig en chronisch ziektebeeld, bv. EPA-patiënten of mensen met een ernstige verslaving, minder geïnccludeerd zijn. Omdat men de vragenlijst enkel online en in het Nederlands kan invullen, sluiten we helaas ook anderstaligen en mensen zonder toegang tot het internet uit.

- Er is sprake van '**zelf-selectie**':
Mensen beslissen zelf of ze willen deelnemen. Mogelijk zorgt dit voor vertekening, bijvoorbeeld doordat vooral mensen met lange wachttijden hun verhaal willen doen en de vragenlijst invullen. Ook weten we dat vooral vrouwen meedoen aan onderzoek.
- Mensen kunnen **foutjes** maken tijdens het invullen:
We beperkten ons tot mensen die in de afgelopen twee jaar hulp zochten, maar het kan natuurlijk zijn dat men niet meer precies weet waar men hulp zoekt, hoe lang men toen moest wachten, of dat de herinnering aan het wachten vertekend is.
- De vragenlijst was **simpel en beknopt**:
Omdat de vragenlijst zo kort en simpel mogelijk werd gehouden, kan het niet de hele complexiteit van het zorglandschap en het dynamische karakter van wachttijden vatten. Zo zijn niet alle hulpvormen opgenomen (bv. psychosociale zorg door het CAW, liaisonpsychiatrie, studentenpsycholoog,...) en gaat men in realiteit soms bij verschillende organisaties van eenzelfde zorgvorm ten rade, bv. bij verschillende psychiatrische ziekenhuizen.

We benadrukken daarom dat een open cliënt-/patiëntbevraging in geen geval objectieve en gestructureerde data over wachttijden vervangt. Helaas ontbreekt objectieve data vandaag voor een groot deel van de hulpvormen. Ondanks deze kanttekening levert het onderzoek waardevolle informatie op. Zo hebben we nu een eerste schatting van wachttijden bij verschillende zorgvormen en leverde het onderzoek een meer diepgaand beeld op van de invulling en beleving van de wachtperiode.

DE DEELNEMERS

In totaal vulden 1597 personen de vragenlijst volledig in.

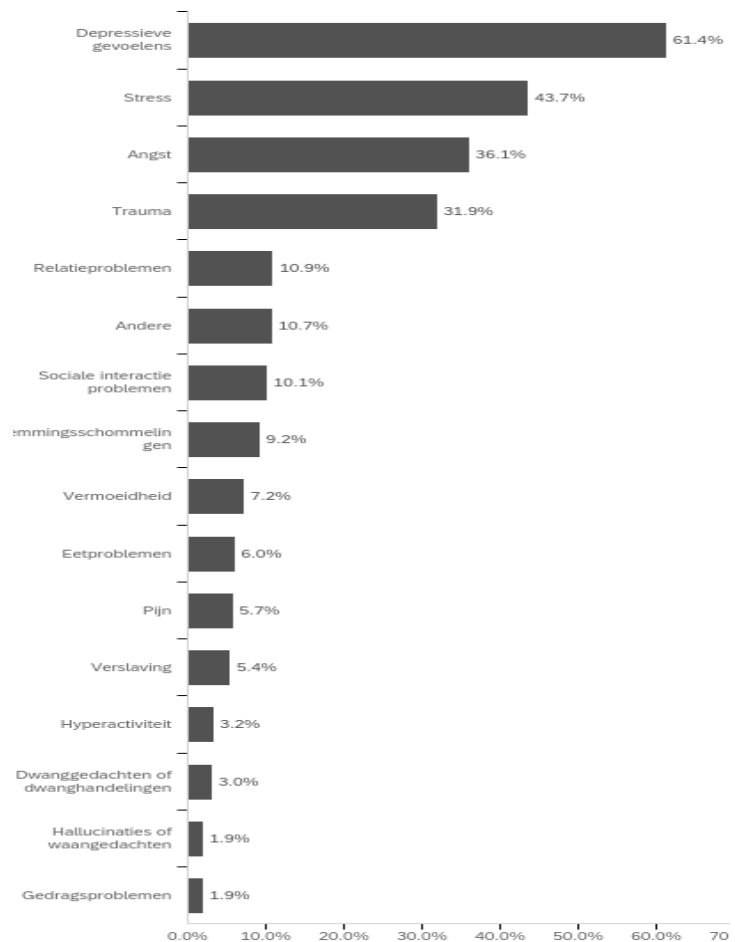
1156 mensen (72.6% van de invullers) vulden de vragenlijst in over psychische hulp voor zichzelf, waaronder 966 vrouwen (83.5%), tegenover 173 (15.0%) mannen en 17 mensen (1.5%) die zich als man noch vrouw identificeerden. Deelnemers waren 16 tot 74 jaar oud, met een gemiddelde leeftijd van 33.9 jaar. Antwerpenaren zijn oververtegenwoordigd onder de deelnemers: ongeveer de helft van de invullers woont in de provincie Antwerpen (44.9%).

Ongeveer een kwart van de deelnemers (n=441; 27.4%) vulden de vragenlijst in over psychische hulp voor een kind tot en met 18 jaar, waarvan 402 (91.2%) vrouwen. Invullers waren 22 tot 68 jaar oud, met een gemiddelde leeftijd van 40.8 jaar. In 94.8% van de gevallen was de invuller de ouder of voogd van het kind, in andere gevallen was de invuller een ander familielid, pleegouder of een hulpverlener. Ongeveer één op drie (32.2%) van de invullers voor een kind komt uit Antwerpen. De vragenlijst werd vaker ingevuld voor jongens (61.5%) dan meisjes (38.5%). De leeftijd van de kinderen lag tussen de 1 en 18 jaar, met een gemiddelde leeftijd van 10.9 jaar.

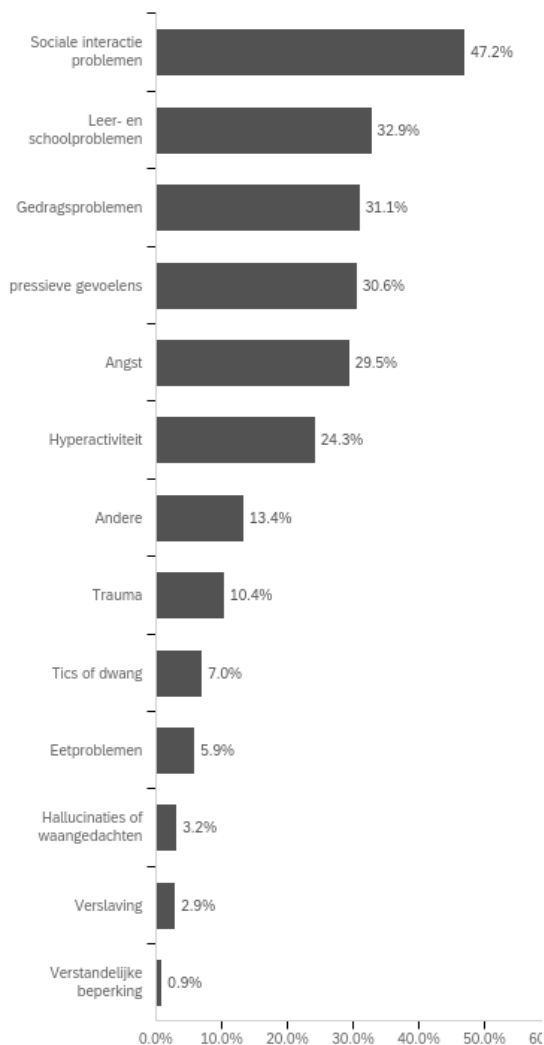
AANMELDINGSKLACHTEN: OM WELKE REDENEN WERD HULP GEZOCHT?

Er werd gevraagd naar de aanmeldingsklacht. Er werd een lijst met klachten gegeven, en men kon maximum de drie belangrijkste antwoorden aanduiden. Achter iedere aanmeldingsklacht stond een voorbeeld van een diagnose die er bij zou kunnen horen. Men kon eveneens 'Andere' aanduiden en zelf de klacht specificeren. Tot slot vroegen we of de klachten voor of pas na de uitbraak van het coronavirus (maart 2020) ontstonden.

Meer dan de helft van de deelnemers die de vragenlijst voor zichzelf invulde zocht hulp voor depressieve gevoelens (61.4%). Daarnaast waren de vaakst vermeldde aanmeldingsklachten stress (43.7%), angst (36.1%) en het meegemaakt hebben van een traumatische gebeurtenis (31.9%). De verdeling van de verschillende aanmeldingsklachten wordt weergegeven in onderstaande grafiek. Merk op dat het totaal hoger is dan 100%, dit komt omdat men telkens tot drie antwoorden kon aanduiden. Andere aanmeldingsklachten die meermaals opgegeven werden bij 'Andere' zijn onder andere borderline persoonlijkheidsstoornis,



rouwverwerking, verwerking van een lichamelijke ziekte, genderdysforie en familiale problemen. In 30 gevallen (2.6%) ontstonden de klachten pas tijdens of na de uitbraak van het coronavirus.



Bij bijna de helft van de kinderen waren er problemen in de sociale interactie (47.2%), zoals (het vermoeden van) autisme die ervoor zorgden dat er hulp werd gezocht. 32.9% van de kinderen had leer- en schoolproblemen (bv. faalangst, schoolweigering,...), en bij 31.1% van de kinderen waren gedragsproblemen de aanmeldingsklacht. Ook depressieve gevoelens (30.6%) en angst (29.5%) zijn vaak vermeldde aanmeldingsklachten. De verdeling van de aanmeldingsklachten wordt weergegeven in onderstaande grafiek. Merk op dat het totaal hoger is dan 100%, dit komt omdat men telkens tot drie antwoorden kon aanduiden. Andere aanmeldingsklachten die meermaals werden opgegeven werden bij 'Andere' onder andere een gebrek aan zelfvertrouwen, aandachtstoornis, hoogbegaafdheid en problemen in de taal en motoriek. In 17 gevallen (3.9%) ontstonden de klachten of problemen pas tijdens of na de uitbraak van het coronavirus.

WELKE HULP WORDT GEZOCHT EN GEKREGEN?

Er werd gevraagd welke hulpvormen werden gezocht en/of gekregen, met een keuze tussen volgende opties:

- Geen hulp gevraagd: geen contact opgenomen met de organisatie of hulpverlener
- Hulp gevraagd, maar niet gekregen: contact opgenomen met de organisatie of de hulpverlener, maar de hulp niet gekregen (bv. omwille van wachtlijst, foute criteria,...)
- Hulp gekregen: wanneer er effectief hulp gekregen is van de organisatie of hulpverlener

Er was een aparte lijst voor kinderen en volwassenen. Voor jongeren gelijk of jonger dan 20 jaar werd er een opsplitsing gemaakt tussen afdelingen voor jongeren en afdelingen voor volwassenen.

De verdeling van de categorieën per hulpvorm voor volwassenen wordt weergegeven in Tabel 1. Merk op dat de kolom '% ingeloste hulpvragen' berekend wordt door de verhouding van het aantal mensen dat hulp kreeg ten opzichte van het totaal aantal mensen dat er hulp vroeg.

Tabel 1. Hulpvormen voor volwassenen (ingevuld voor zichzelf, vanaf 16 jaar).

Type	Hulp gevraagd, niet gekregen	Hulp gekregen	Geen hulp gevraagd	% ingeloste hulpvragen
<i>CGG</i>	12.8%	14.5%	72.7%	53.1%
<i>Privépsychiater</i>	7.5%	32.6%	59.9%	81.3%
<i>Privépsycholoog of therapeut</i>	6.9%	75.6%	17.5%	91.6%
<i>Mobiel crisisteam</i>	5.5%	7.5%	86.9%	57.7%
<i>Mobiel langdurige zorgteam</i>	5.5%	3.6%	90.8%	39.6%
<i>PZ dagopname</i>	4.9%	9.9%	85.2%	66.9%
<i>PAAZ dagopname</i>	3.8%	3.5%	92.7%	47.9%
<i>PZ opname</i>	3.8%	12.9%	83.3%	77.2%
<i>PAAZ opname</i>	3.3%	9.8%	86.9%	74.8%
<i>Crisisopname</i>	2.9%	8.0%	89.1%	73.4%
<i>Psychosoc. revalidatiecentrum</i>	2.9%	3.5%	93.7%	54.7%
<i>Centrum voor verslavingszorg</i>	1.6%	2.2%	96.2%	57.9%
<i>Psychiatrische woonvormen</i>	1.4%	1.5%	97.1%	51.7%

Jongeren van 20 jaar of jonger kregen naast bovenstaande opties ook opties over jongerendiensten. In totaal namen 107 personen jonger of gelijk aan 20 jaar deel. Gezien het lage aantal moeten deze cijfers dus voorzichtig worden geïnterpreteerd. In Tabel 2 wordt de verdeling van de gezochte hulp bij jongerendiensten weergegeven.

Tabel 2. Hulpvormen voor jongeren (16 tot met 20 jaar), ingevuld door de jongere zelf.

Type (jongerenteam / -afdeling)	Hulp gevraagd, niet gekregen	Hulp gekregen	Geen hulp gevraagd	% ingeloste hulpvragen
<i>Crisisopname</i>	4.7%	10.3%	85.0%	68.7%
<i>Mobiel crisisteam</i>	4.7%	6.5%	88.8%	58.0%
<i>CGG</i>	3.7%	18.7%	77.6%	83.5%
<i>PZ opname</i>	3.7%	12.1%	84.1%	76.6%
<i>TEJO</i>	2.8%	10.3%	86.9%	78.6%
<i>Mobiel langdurige zorgteam</i>	2.8%	0.9% (n=1)	96.3%	24.3%
<i>PZ dagopname</i>	0.9%	6.5%	92.5%	87.8%

Ongeveer een vijfde van de deelnemers (22.3%) die de vragenlijst invulden voor zichzelf zochten of kregen ook nog elders hulp. Andere hulpvormen voor volwassenen en jongeren die vaak vermeld werden, zijn onder andere de studentenpsycholoog, arbeidscoach of preventie-adviseur op het werk, liaisonhulp door een psychiater verbonden aan een psychiatrisch ziekenhuis, het CAW en het JAC, de pijnkliniek, familiehelp, ... Verder geven veel mensen ook aan opgevolgd te worden door de huisarts.

De verdeling van de verschillende hulpvormen voor minderjarigen wordt weergegeven in Tabel 3. Andere hulpvormen die vaak vermeld werden zijn het CLB (Centrum voor Leerlingenbegeleiding), CKG (Centrum voor Kinderzorg en Gezinsondersteuning), Bijzondere Jeugdzorg, pleegzorg, extra zorg op school (GON-begeleiding, zorgleerkracht,...), ... Verder wordt regelmatig hulpverlening buiten de psychische hulpverlening vermeld, zoals logopedie en kinesithérapie.

Tabel 3. Hulpvormen voor minderjarigen, ingevuld door de ouder.

Type	Hulp gevraagd, niet gekregen	Hulp gekregen	Geen hulp gevraagd	% ingeloste hulpvragen
<i>Privépsycholoog of therapeut</i>	21.1%	59.0%	20.0%	73.7%
<i>CGG</i>	20.9%	13.6%	65.5%	39.4%
<i>Thuisbegeleiding autisme</i>	18.4%	13.8%	67.8%	42.9%
<i>Privépsychiater</i>	14.7%	39.5%	45.8%	72.9%
<i>CAR</i>	14.3%	14.7%	71.0%	50.7%
<i>COS</i>	13.6%	9.5%	76.9%	41.1%
<i>PZ opname</i>	9.1%	8.8%	82.1%	49.2%
<i>PZ dagopname</i>	8.6%	7.9%	83.4%	47.9%
<i>Crisisopname</i>	8.2%	8.2%	83.7%	50.0%
<i>Mobiel crisisteam</i>	7.0%	9.3%	83.7%	57.1%
<i>Mobiel langdurige zorg team</i>	6.3%	1.8%	91.8%	22.2%
<i>TEJO</i>	2.9%	4.3%	92.7%	59.7%

LENGTE VAN DE WACHTTIJDEN: HOE LANG WACHTTE MEN OP HULP?

Aan deelnemers die hulp kregen, werd per hulpvorm uit de lijst gevraagd hoe lang het duurde vooraleer de hulp startte na de eerste contactname. Men had keuze tussen volgende mogelijkheden:

- Minder dan één week
- Tussen één en twee weken
- Tussen twee weken en een maand
- Tussen een maand en drie maanden
- Tussen drie en zes maanden
- Tussen zes maanden en een jaar
- Tussen een jaar en twee jaar
- Langer dan twee jaar

De mediane wachttijden per zorgvorm worden weergegeven in Tabel 4. Over het algemeen zijn twee trends aanwezig:

1. **Wachttijden zijn over de ganse lijn langer bij minderjarigen.** Dit is zelfs het geval voor vrij toegankelijke zorg (bv. vrijgevestigde psychologen) en bij diensten voor acute zorg (bv. crisisopname). De langste wachttijden zijn er bij diensten voor kinderen met een (vermoeden van een) ontwikkelingsstoornis. Zo bedraagt de mediane wachttijd voor hulp van een CAR minstens een jaar.
2. **Wachttijden zijn over het algemeen langer voor terugbetaalde, ambulante zorg dan voor residentiële zorg.** Zo bedraagt de mediane wachttijd voor volwassenen in de CGG ongeveer één tot drie maanden, terwijl de mediane wachttijd voor een opname in een psychiatrisch ziekenhuis maximum een maand bedraagt. Voor kinderen is dit effect minder uitgesproken, gezien de mediane wachttijd daar ook voor residentiële zorg drie tot zes maanden bedraagt.

De verdeling van de wachttijden per zorgvorm kan men raadplegen in het [uitgebreide rapport](#).

Tabel 4. Mediane wachttijden en aandeel dat minstens één maand wachtte op hulp.

Respondentengroep	Mediane wachttijd	Aandeel dat minstens 1 maand wachtte
Invullers voor zichzelf (N = 1156)		
<i>PZ opname jongeren (N = 13)</i>	3 tot 6 maanden	84,6%
<i>Psychosociaal revalidatiecentrum (N = 40)</i>	1 tot 3 maanden	77,5%
<i>Woonvormen (N = 17)</i>	6 maanden tot een jaar	76,5%
<i>CGG volwassenen (N = 170)</i>	1 tot 3 maanden	60,1%
<i>CGG jongeren (N = 20)</i>	1 tot 3 maanden	50,0%
<i>Mobiel langdurige zorgteam (N = 42)</i>	2 weken tot een maand	47,6%
<i>PZ dagopname volwassenen (N = 114)</i>	2 weken tot een maand	47,4%
<i>Privépsychiater (N = 378)</i>	2 weken tot een maand	46,2%
<i>PZ opname volwassenen (geen crisis) (N = 151)</i>	2 weken tot een maand	43,6%
<i>Centrum voor verslavingszorg (N = 28)</i>	2 weken tot een maand	36,0%
<i>Privépsycholoog (N = 877)</i>	2 weken tot een maand	32,8%
<i>PAAZ dagopname (N = 40)</i>	2 weken tot een maand	32,5%
<i>PZ crisisopname jongeren (N = 11)</i>	minder dan een week	18,2%
<i>Mobiel crisisteam (N = 87)</i>	minder dan een week	13,8%
<i>PZ crisisopname volwassenen (N = 93)</i>	minder dan een week	8,6%
<i>PAAZ opname (N = 115)</i>	minder dan een week	8,0%
Invullers voor minderjarige (N = 441)		
<i>CAR (N = 65)</i>	1 tot 2 jaar	96,9%
<i>COS (N = 42)</i>	3 tot 6 maanden	90,5%
<i>Thuisbegeleiding rondom autisme (N = 61)</i>	6 maanden tot een jaar	86,9%
<i>CGG (N = 60)</i>	3 tot 6 maanden	81,7%
<i>PZ dagopname (N = 35)</i>	3 tot 6 maanden	80,0%
<i>PZ opname (geen crisis) (N = 39)</i>	3 tot 6 maanden	79,5%
<i>Vrijgevestigde psychiater (N = 174)</i>	1 tot 3 maanden	73,6%
<i>Mobiel langdurige zorgteam (N = 8)</i>	1 tot 3 maanden	63,5%
<i>Vrijgevestigde psycholoog (N = 260)</i>	1 tot 3 maanden	56,5%
<i>PZ crisisopname (N = 36)</i>	2 weken tot een maand	33,3%
<i>Mobiel crisisteam (N = 41)</i>	1 tot 2 weken	24,4%
<i>TEJO (N = 19)</i>	1 tot 2 weken	21,1%

WIE STAAT ER MOMENTEEL OP EEN WACHTLIJST?

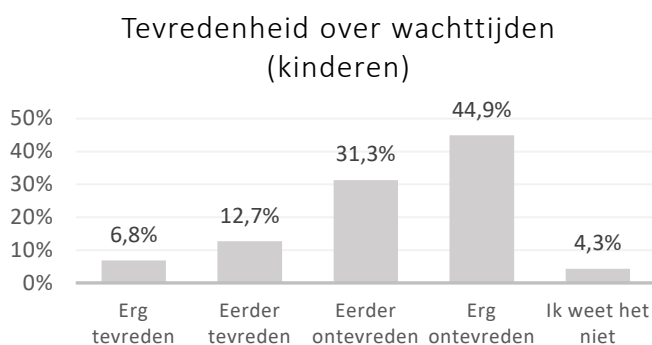
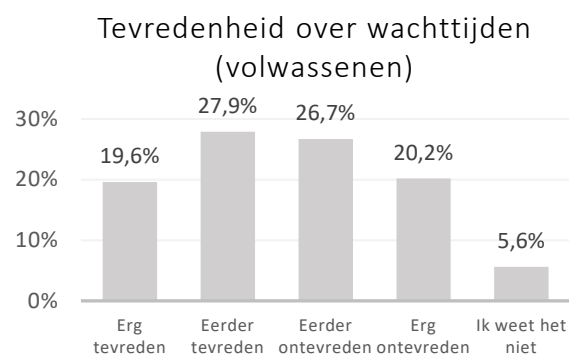
Vier op vijf deelnemers (81.8%) die de vragenlijst voor zichzelf invulde staat momenteel niet op een wachtlijst; 12.5% staat momenteel op één wachtlijst, 2.9% staat op twee wachtlijsten en 0.5% staat op meer dan twee wachtlijsten. De overige 2.2% weet niet zeker of ze momenteel al dan niet op een wachtlijst staan. In totaal staat dus 15.9% van de deelnemers, gelijk aan 184 personen, momenteel effectief op één of meerdere wachtlijsten.

Ongeveer de helft (52.4%) van de deelnemers die de vragenlijst invulden voor een kind of jongere geeft aan dat het kind momenteel niet op een wachtlijst staat; 28.1% staat op één wachtlijst, 10.2% op twee wachtlijsten en 6.3% op meer dan twee wachtlijsten. De overige 2.9% weet niet zeker of het kind momenteel op een wachtlijst staat. In totaal geeft dus 44.7% van de invullers voor een kind aan dat het kind momenteel effectief op één of meerdere wachtlijsten staat. Dit is gelijk aan 197 kinderen.

TEVREDENHEID OVER WACHTTIJDEN

Er werd gevraagd hoe tevreden men is over de eigen wachttijden in de psychische hulpverlening, of in het geval men de vragenlijst invulde voor een kind, hoe tevreden men is over de wachttijden van het kind of de jongere. Het gaat hier dus niet over tevredenheid met de hulpverlening in het algemeen, maar specifiek over de wachttijden.

Ongeveer één op vijf (20.2%) personen die de vragenlijst voor zichzelf invulde, geeft aan erg ontevreden te zijn, wat ongeveer gelijk is aan het aantal deelnemers dat aangeeft erg tevreden te zijn (19.6%). 26.7% zegt “eerder ontevreden” te zijn, en 27.9% is “eerder tevreden”. De overige 5.7% weet het niet zeker.



Personen die de vragenlijst invulden voor een kind of jongere, zijn over het algemeen ontevreden met de wachttijden. Bijna de helft (44.9%) geeft aan erg ontevreden te zijn, 31.3% is eerder ontevreden, 12.7% is eerder tevreden en 6.8% is erg tevreden. De overige 4.3% weet het niet zeker.

IMPACT VAN WACHTEN

Bij ongeveer één derde (32.6%) van de deelnemers die de vragenlijst invulden voor zichzelf bleven de klachten ongeveer hetzelfde tijdens het wachten. 43.8% geeft aan dat de klachten verergerden, en 1.8% geeft aan dat de klachten net minder erg werden in de wachtperiode. De overige 21.8% geeft aan het niet te weten, of dat het niet van toepassing is (bv. omdat er geen wachtperiode was). Als we de mensen die 'niet van toepassing' aanduiden niet meerekenen, blijven de klachten bij 41.7% gelijk, worden ze bij 56.0% erger en worden ze bij 2.3% minder erg.

Ten slotte was er een open optionele veld waarin men effecten van wachten op hulp kon beschrijven. De antwoorden werden geanalyseerd en ingedeeld in verschillende categorieën. Volgende antwoorden werden vaak (minstens 10 keer) vermeld:

- **Twijfelen over het starten van de hulp:** Het meest vermelde antwoord (maar liefst 29 keer) was dat men twijfelde of men de hulp wel zou verderzetten. Hiervoor werden verschillende redenen gegeven, bv. het verliezen van motivatie, twijfelen of hulp wel echt nodig is, meer stress en angst krijgen voor de hulp, ...
 - *“Wanneer je eindelijk de stap zet, heb je op dat moment ook motivatie om je probleem aan te pakken en wil je beginnen. Deze verdwijnt door het wachten.”*
 - *“Hoe langer ik moest wachten, hoe meer ik mijn hulpaanvraag wou annuleren uit angst voor wat er zou komen.”*
- **Escalatie en crisis:** Verschillende deelnemers gaven aan dat de situatie escaleert tijdens de wachtperiode en uitmondt in een crisis, zoals het toenemen van suïcidedachten en zelfs suïcidepogingen. Dit is vaak het resultaat van de moedeloosheid en wanhoop die het wachten teweeg brengt, maar soms ook omdat mensen een noodkreet slaan naar de hulpverlening.
 - *“Wachtlijst wegens "niet ernstig genoeg". Ik wou bewijzen dat het ernstig was door een zelfmoordpoging”*
 - *“Je zakt dieper weg, tot je zelfmoordgedachten krijgt, en dan kan je ineens wel geholpen worden”*
- **Gevoel in de steek gelaten te worden:** Men gaf aan dat het lang wachten op hulp het gevoel geeft onbelangrijk te zijn, en dat men zich hierdoor vaak in de steek gelaten voelt.
 - *“Het gevoel dat ze me niet wouden helpen, dat ze me vergeten waren.”*
 - *“Ik voelde mij op dat moment compleet in de steek gelaten. Het was al een grote stap om hulp te vragen. Om die dan niet te krijgen was vreselijk”*
- **Hoop:** Tegenover de wanhoop, is er ook hoop. Voor veel mensen is de wachtperiode een periode van hoop en rust, omdat men weet dat hulp op komst is en dit perspectief biedt.

- *“Het feit dat ik een afspraak had om naar uit te kijken, maakte het wachten draaglijker.”*
- *“Dat ik initiatief had genomen, ook al was het nog wachten op de afspraak zelf, stelde mij toch ergens gerust.”*
- **Vertrouwen verliezen in hulpverlening:** De lange wachttijden maken dat mensen vaak het vertrouwen verliezen in de (psychische) gezondheidszorg, waardoor ze ook minder geneigd zijn er later nog gebruik van te maken of een hulpvraag te stellen.
 - *“Het geloof in het systeem neemt af, wat de behandeling zeker niet makkelijk maakt.”*
 - *“Wat het vertrouwen verliezen in mensen aangezien ze weten dat ik nog zelfmoord heb proberen plegen en dan geen hulp krijg wanneer ik het probeer te voorkomen.”*
- **Impact op omgeving:** Het wachten heeft niet alleen effect op de persoon zelf, maar ook op de context, bv. spanningen in het gezin en onbegrip vanuit de bredere omgeving.
 - *“Stress bij naasten, zij voelen de druk van hulp te moeten zoeken”*
 - *“Effecten op omgeving, bij de start is er empathie, na langer wachten is er frustratie vanuit onbegrip”*
- **Financiële en arbeidsgerelateerde problemen:** Het wachten op gespecialiseerde hulp zorgt er vaak voor dat men zich wendt tot duurdere alternatieven, wat voor een grotere kost zorgt. Voor sommigen betekent een langere wachtperiode ook een langere periode van arbeidsonbekwaamheid en dus verlies van inkomen.
 - *“Je geeft meer geld uit aan andere ondersteuning, soms duurdert dan de hulp waarop je wacht.”*
 - *“Negatieve financiële impact, de periode dat je afwezig bent van de arbeidsmarkt wordt verlengd.”*

Bij 38.8% van de deelnemers die de vragenlijst invulden voor een minderjarige, bleven de problemen ongeveer gelijk tijdens de wachtperiode. Bij ongeveer de helft (50.1%) verergerde de problemen, en bij 2.9% werden de problemen minder erg. De overige 8.2% geeft aan het niet te weten, of dat het niet van toepassing is (bv. omdat er geen wachtperiode was). Als we de personen die aanduiden dat het niet van toepassing was niet meerekenen, gaf ongeveer de helft (54.6%) aan dat de klachten verergerden, bleven de klachten bij 42.2% ongeveer gelijk en verminderden de klachten bij 3.2%.

Volgende andere gevolgen werden vaak (minstens 10 keer) vermeld:

- **Overbelasting voor ouders:** Tijdens het wachten op hulp staan de ouders er vaak alleen voor als mantelzorgers. Ouders gaven aan dat hun draagkracht overschreden wordt waardoor men in sommige gevallen zelf psychische problemen ontwikkelt, zoals een burn-out.

- *“De draagkracht als ouder wordt op de proef gesteld. Zelf uitgevallen bij werk omdat ik te veel zorg moest opnemen.”*
- *“Je energie geraakt op. Je kind voelt dit aan en wordt nog moeilijker, dus je blijft in vicieuze cirkel zitten”*
- **Effect op hele gezin:** Het ganse gezin staat vaak onder spanning tijdens de wachtperiode waarin er geen (gepaste) hulp is. Het wachten op hulp heeft ook een effect op de broers en zussen, die soms worden meegetrokken in de disfunctionele spiraal.
 - *“Mijn kind is suïcidaal, dus het hele gezin is gereorganiseerd in functie van zijn geestelijke problemen. Het gezin lijdt mee.”*
 - *“Stress en ruzies binnen het gezin, met psychische lijden van de zussen als gevolg”*
- **Effect op school:** Ouders geven aan dat tijdens de wachtperiode vaak een achterstand ontstaat op school, of dat de achterstand die er al was nog groter wordt. Er zijn situaties waarbij er op school pas extra hulp kan worden verkregen indien er een hulpverleningsverslag of diagnose is, terwijl de wachtlijsten voor diagnostiek bij kinderen erg lang kunnen oplopen.
 - *“Problemen op school, steeds dezelfde opmerkingen over z'n gedrag maar aangepaste maatregelen kreeg hij niet omdat hij geen diagnose had.”*
 - *“Minder erkenning op school, omdat het niet bevestigd is door een psycholoog.”*
- **Escalatie:** Net als bij wachttijden bij volwassenen, vermelden ouders dat de situatie escaleerde of uitmondde in een crisis. Voorbeelden van escalatie die gegeven werden zijn onder andere suïcidepogingen, zelfverwondend gedrag, psychoses, het plegen van strafbare feiten,...
 - *Angststoornis die niet behandeld kon worden door de wachttijd waardoor psychose ontstond, en er dus een grotere hulpvraag is door het wachten”*
 - *“Hoe meer tijd er verstreek, hoe meer suïcidale gedachten mijn kind had. Op de lange duur interesseerde het haar niet meer om geholpen te worden. Ze wou enkel nog sterven.”*

Gelijkaardig aan de effecten van wachttijden bij volwassenen werden ook gevoelens van hoop, het verliezen van vertrouwen in de hulpverlening en financiële effecten enkele keren vermeld.

INVULLING VAN DE WACHTPERIODE

De meerderheid van de invullers voor zichzelf zoekt steun bij vrienden of familie tijdens het wachten op hulp (61.5%). Ongeveer de helft (51.6%) belt of gaat naar andere professionele hulpverleners die wel beschikbaar zijn, zoals de huisarts. 38.7% probeert extra voor zichzelf te zorgen door bijvoorbeeld aan meditatie te doen, of extra ontspanning in te lassen. 23.1% zoekt steun bij lotgenoten. 15.7% gaat op zoek naar telefonische of online alternatieven, zoals Tele-Onthaal. Ten slotte probeert 4.8% hulp te zoeken via crisiszorg.

Er werd een optionele, open vraag gesteld: “Zijn er nog andere dingen die je doet tijdens het wachten op psychische hulp, of ga je nog op zoek naar andere alternatieven?”. De antwoorden op deze vraag werden geanalyseerd en ingedeeld in categorieën. Volgende antwoorden kwamen regelmatig (minstens 10 keer) terug:

- **Medicatie:** tijdens het wachten op gespecialiseerde hulp of therapie wordt vaak al wel medicatie genomen (bv. antidepressiva, kalmerende medicatie,...), vaak voorgeschreven door de huisarts
- **Zelfstudie/zelfhulp en psycho-educatie:** men gaat op zoek naar informatie over de eigen problematiek en diagnose, bv. door het lezen van zelfhulpboeken, online informatie op te zoeken en cursussen of workshops te volgen
- **Schadelijke coping:** er is ook een groep mensen die op een ongezonde of destructieve manier omgaat met problemen en dus schadelijke copingstrategieën toepast om de wachtperiode te overbruggen, zoals meer alcohol of middelen gebruiken, of zichzelf verwonden
- **Alternatieve therapie:** sommigen gaan op zoek naar alternatieve therapieën die niet behoren tot conventionele behandelmethoden en waarvoor men meestal niet hoeft te wachten, zoals spirituele therapeuten en het gebruik van homeopathische middelen.

Mensen die de vragenlijst invulden voor een kind contacteren tijdens het wachten vaak andere professionele hulpverleners die wel beschikbaar zijn, zoals de huisarts (59.9%). De meerderheid zoekt eveneens hulp via de school (58.2%), anderen vinden steun bij vrienden en familie (44.8%) of bij lotgenoten of familiegroepen (33.1%). Eén op zes (15.0%) probeert hulp te zoeken via crisiszorg.

Volgende antwoorden kwamen regelmatig (minstens 5 keer) terug op de open vraag naar de invulling van de wachtperiode:

- **Zelfstudie en psycho-educatie:** informatie opzoeken over de problematiek van het kind, bv. door middel van boeken, informatie op het internet, Triple-P cursus (positive parenting program), lezingen en cursussen van organisaties zoals Centrum Zit-Stil (ADHD) en Autisme Centraal
- **Alternatieve therapie** bv. homeopathie, paardentherapie,...
- **Coaching:** sommigen richten zich tot coaching voor kinderen of jongeren, bv. een auticoach, talent coach of gedragscoach,...

OPEN SLOTVRAAG: ENKELE ANTWOORDEN

Op het einde van de vragenlijst kon men nog opmerkingen en suggesties kwijt over wachttijden of over de ggz in het algemeen. Maar liefst 225 invullers voor een kind en 777 invullers voor zichzelf vulden de vraag in. In de antwoorden werden tal van persoonlijke verhalen verteld, werden frustraties over wachttijden geuit en werden andere thema's in de ggz aangehaald. Er werden suggesties gegeven hoe

de zoektocht naar beschikbare hulp vlotter zou kunnen verlopen en hoe de wachtprijs draaglijker zou kunnen gemaakt worden.

De antwoorden werden geanalyseerd en ingedeeld in categorieën. Volgende thema's kwamen vaak (meer dan 15 keer) aan bod:

- **De kostprijs van psychische zorg:**

Meer dan 100 mensen verwezen naar de kostprijs van zorg, die onlosmakelijk verbonden blijkt met de wachttijden: wie geen privé-hulp kan betalen, moet over het algemeen langer wachten op gesubsidieerde hulp. Vele mensen pleiten voor een uitgebreidere terugbetaling van hulp door zelfstandige zorgverleners.

- *“Als ik wekelijks nood heb aan een afspraak met mijn therapeut, kost me dit 220 euro per maand. Als ik dan eens langer moet wachten, realiseer ik me “dat is 55 euro uitgespaard” waardoor ik soms ook langer zal willen wachten, ten koste van mijn mentaal welzijn.”*
- *“Wachttijd bij COS is jaren, wij hebben privétraject opgestart en binnen 3 maand was het in orde. Kostprijs van ongeveer 800 euro.”*

- **Het is voor velen een hele zoektocht om geschikte hulp te vinden:**

Er is weinig overzicht in het divers aanbod aan organisaties met verschillende doelgroepen, therapeuten met verschillende specialisaties, ... Men moet vaak zelf actief op zoek gaan en rondbellen alvorens men ergens terecht kan. Verschillende mensen suggereerden een centraal oriëntatie- of aanmeldingspunt waar iedereen met een hulpvraag kan naar doorverwezen worden, zodat men niet telkens het hele verhaal moet doen.

- *“Ik heb de zoektocht als ‘waanzin’ ervaren. Ik miste vooral één plek waar ik verder georiënteerd zou worden. Er zijn topinitiatieven maar men zit te veel op eilanden te werken.”*
- *“Er zou een centraal aanmeldingsloket moeten zijn waar alle hulpverleningsorganisaties op aangesloten zijn zodat je niet telkens opnieuw je verhaal moet doen.”*

- **Een goede huisarts kan het verschil maken:**

De huisarts speelt een cruciale rol in het herkennen van klachten en gericht doorverwijzen naar geschikte hulp. Veel mensen geven aan dat ze snel konden geholpen worden dankzij de huisarts. Anderzijds zijn er mensen die aangeven dat hun huisarts de klachten niet erkende of enkel medicatie voorschreef.

- *“Ik heb het geluk gehad dat ik ook bij mijn huisarts terecht kan voor een gesprek. Mijn huisarts botste ook op muren en was even gefrustreerd als ik.”*
- *“Bij hulpvraag aan huisarts werd ik niet ernstig genomen en kreeg ik geen doorverwijzing naar psycholoog of psychiater, hoewel ik toen al met donkere gedachten zat.”*

- **Lang wachten wanneer de situatie nog niet ernstig is:**

Mensen krijgen het gevoel dat je pas snel geholpen wordt wanneer het heel ernstig is of wanneer het misgaat, bijvoorbeeld wanneer er suïcidegevaar is. Het is logisch dat zulke crisissituaties snellere zorg vereisen, maar het frustreert dat het moeilijker is om hulp te krijgen wanneer er nog geen sprake is van een crisis. Soms wordt zelfs aangeraden om (onterecht) beroep te doen op crisisdiensten om sneller in behandeling te kunnen.

- *“Ik kreeg van het CGG de raad mijn klachten, die al ernstig waren, te overdrijven. Ze zei dat dat de enige manier was om ergens binnen te geraken.”*
- *“Ik hoorde van andere patiënten dat hen werd verteld dat je sneller in een (crisis)opname zou belanden als je langs spoed ging. Het baart me zoveel zorgen dat veel kinderen verkeerd redeneren en denken "oké ik moet zelfmoordpoging doen of, ..."”*

- **Mensen hebben nood aan ondersteuning tijdens de wachtperiode:**

Indien wachten toch noodzakelijk is, geven mensen aan dat het zou helpen als er tussentijdse ondersteuning zou worden aangeboden. Deze hulp is niet even intensief als de behandeling waarop men wacht, maar zorgt er wel voor dat men zich niet vergeten en voldoende ondersteund voelt om de wachtperiode te overbruggen.

- *“Eventueel zou een tussenoplossing ook een optie kunnen zijn, bv. online hulpverlening daar waar je op de wachtlijst staat of een aantal gesprekken kortdurend.”*
- *“Dat er tijdens de wachttijd al hulp kan geboden worden, ook al is het telefonisch, zodat de ouders niet het gevoel hebben er alleen voor te staan.”*

- **Aanmeldingstops:**

Vooraf bij psychiaters en in zorg voor kinderen werden aanmeldingsstops vaak aangehaald, waardoor men zelfs niet op een wachtlijst kan. Dit wordt als nog frustrerender ervaren dan wachtlijsten, gezien men dan moet blijven verder zoeken en dit geen enkel perspectief biedt.

- *“De huisarts had mij aanbevolen in behandeling te gaan bij een psychiater, maar het heeft maanden geduurd voor ik iemand vond, aangezien iedereen naar wie ik werd doorverwezen geen nieuwe patiënten aannam.”*
- *“Wanneer je 10 kinderpsychiaters belt en overal is er opnamestop....dan geef je het op.”*

- **De impact van het coronavirus:**

Het coronavirus heeft een impact gehad op de geestelijke gezondheidszorg, bijvoorbeeld doordat zorg werd uitgesteld. Ook gaven mensen aan dat de klachten verergerden sinds de uitbraak van het coronavirus. Anderzijds gaven enkele deelnemers aan dat ze sneller konden geholpen worden omdat er plaatsen vrij kwamen van mensen die hun afspraak of opname annuleerden.

- *“Zeker tijdens corona is het nog moeilijker tot onmogelijk geworden om ergens binnen te geraken en de geschikte therapie te vinden.”*
- *“Ik heb veel geluk gehad dat door Corona en de lockdown veel mensen niet wouden opgenomen worden. Hierdoor ben ik vroeger in opname kunnen komen.”*
- **Ook positieve verhalen en begrip voor de zorgverleners:**

Ondanks de vele schrijnende verhalen en de wanhoop die mensen voelen over de psychiatrische gezondheidszorg, is er ook begrip en dankbaarheid voor de vele zorgverleners die doen wat ze kunnen. Wanneer er frustratie wordt geuit, is deze voornamelijk gericht naar ‘het systeem’ of de bevoegde overheden. Daarnaast zijn er ook positieve verhalen van mensen die snel konden worden geholpen en tevreden zijn over de ontvangen zorg.

 - *“Mensen zijn van goud in het COS, maar kunnen niet meer doen dan wat ze doen. Hier moet de overheid dringend op inzetten.”*
 - *“Ik ben heel tevreden van de hulp die ik krijg. Volop in coronaperiode werd door mijn psycholoog het mobiele team opgestart, 2 dagen later kwamen ze al langs.”*

CONCLUSIES

- **De nood is het hoogst bij kinderen en jongeren.** Dit geldt in het bijzonder voor diensten voor kinderen met een (vermoedelijke) ontwikkelingsstoornis (bv. autisme, ADHD,...), zoals het Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen (COS), Centrum voor Ambulante Revalidatie (CAR) en Thuisbegeleidingsdiensten voor Autisme, maar eveneens voor diensten die niet specifiek gericht zijn op kinderen en jongeren met een ontwikkelingsstoornis, zoals de CGG, mobiele teams en psychiatrische ziekenhuizen.
- **De wachttijden zijn over het algemeen langer voor gesubsidieerde ambulante zorg dan voor residentiële zorg.** Dit is problematisch gezien een behandeling in de thuisomgeving, indien mogelijk voor de patiënt en de omgeving, de voorkeur zou moeten genieten over een ziekenhuisopname.
- In de helft van de gevallen **verergeren de klachten** tijdens de wachtperiode. Door de toegenomen zorgvraag is er vaak ook nood aan een intensiever en langer zorgtraject. De klachten kunnen escaleren tijdens de wachtperiode, wat kan leiden tot acute situaties die hadden vermeden kunnen worden. Suicidedgedachten en -pogingen werden regelmatig vermeld in deze context.



3. De determinanten van wachttijden

DE WACHTRIJ ALS UNIVERSEEL FENOMEEN

Wachtrijen zijn een universeel gegeven. Ze komen voor aan de kassa in de supermarkt, in de luchthaven, bij een telefonische klantendienst, bij elektronisch datatransport, wachtend op een nier- of harttransplantatie, in de file en ja, ook in de – vooral ambulante – ggz.

Een wachtrij lijkt iets eenvoudig, maar schijn bedriegt: over heel de wereld bestuderen wiskundigen aan universiteiten het fenomeen 'wachtrijen'. Ze ontwikkelen er modellen om wachttijden te voorspellen en trachten systemen te optimaliseren om de wachttijd te beperken.

We bespreken drie oorzaken van wachtrijen en zetten er drie oplossingen naast die van toepassing zijn in de ggz. We tonen aan dat de extreem lange wachttijden het resultaat zijn van een **keten van verantwoordelijkheid** die begint bij de minister van volksgezondheid en via tussenstappen eindigt bij de individuele therapeut. Althans, zo dachten we bij aanvang. Tijdens de vergaderingen van de werkgroep Wachttijden hebben de ervaringsdeskundigen ons er op attent gemaakt dat ook de cliënt een verantwoordelijkheid heeft op te nemen: het herstel in de mate van het mogelijke in eigen handen nemen, zelf beslissingen nemen, aangeven wat nodig is, ...

Elke van deze actoren draagt een eigen, *specifieke* verantwoordelijkheid voor diezelfde wachtrij. Elke actor moet deze verantwoordelijkheid nemen en kan ze niet afschuiven op een andere actor in de keten.

DRIE PROBLEMEN VAN WACHTRIEN

Om het probleem van de wachtrij te onderzoeken, vergelijken we de rij aan de kassa in de supermarkt met de wachtrijen in een CGG, maar de toegelichte wetmatigheden gelden evenzeer voor andere systemen, zoals bv. een koffiebar of kapsalon, een CAR of COS, een behandelunit in een algemeen of psychiatrisch ziekenhuis, enzovoort.

Probleem	Wachtrijen worden langer...
A	...wanneer er klanten in de rij lang (mee-)wachten, enkel om van alles te vragen aan de kassierster (of de therapeut in het CGG).
B	...wanneer het gemiddeld lang duurt om 1 klant te bedienen (zowel aan de kassa als in het CGG).
C	...wanneer er te weinig kassa's open zijn (te weinig therapeuten zijn).

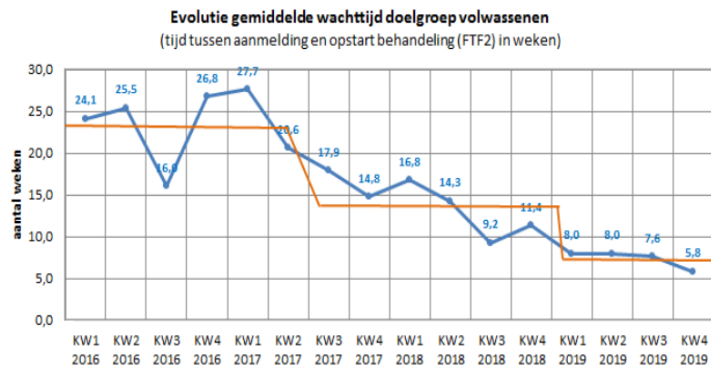
DRIE OPLOSSINGEN

Elk van bovenstaande oorzaken of problemen kent een verschillende oplossing en het effect van deze oplossingen is cumulatief.

Oplossing voor probleem A

De oplossing voor probleem A ligt in het snel uitzuiveren van de wachtlijst. Dat kan door mensen meteen een eerste sessie aan te bieden. Wie niet in de rij hoort, wordt er meteen uitgeplukt of, wanneer een eenvoudig advies volstaat, meteen geholpen. Gevolg: een kortere wachtrij, met een kortere gemiddelde wachttijd als effect (grafiek 1). Er worden niet meer mensen behandeld in een gegeven tijdsbestek maar ze zijn sneller aan de beurt.

Effect indicatiestellingsteam (managen v/d wachtrij)



Grafiek 1 – Het effect van gespecialiseerde indicatiestelling en snel uitzuiveren van de wachtlijst in een CGG.

Oplossing voor probleem B

De behandeling is zo lang en intensief als nodig om een duurzaam effect te hebben maar ook niet langer dan nodig. Wat nodig is verschilt naargelang de aard en de ernst van de problematiek, maar *voldoende intensief behandelen en niet dralen met afronden wanneer mogelijk* is essentieel om capaciteit vrij te maken voor nieuwe cliënten die kunnen instromen. Wanneer de doorstroom, d.w.z. het aantal afgeronde behandelingen per tijdseenheid, kleiner is dan de instroom (de snelheid waarmee het aantal wachtenden voor behandeling aangroeit) ontstaat of groeit de wachtlijst (overflow van het behandelingsysteem), ongeacht de capaciteit, te vergelijken met het volume van de bak in figuur 1.

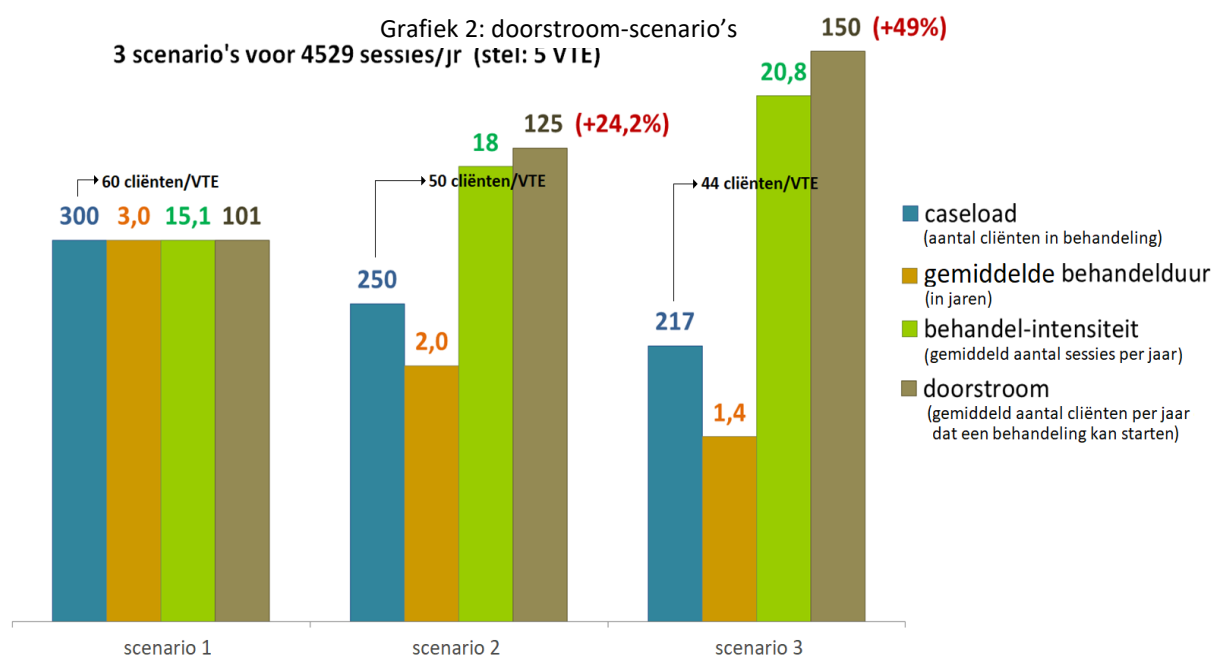
Het beheersen v/d gemiddelde behandelduur door o.a.



Ter info: De gemiddelde behandelduur in teams voor de behandeling van volwassenen in de CGG varieert van minder dan 2 jaar naar bijna 5 jaar.

Fig. 1: instroom > doorstroom → wachtlijst (overloop)

De toepassing van de (wiskundige) [wet van Little](#) laat de CGG (of CAR, COS, behandelunit ziekenhuis,...) toe om te berekenen hoeveel mensen zij kunnen helpen binnen een gegeven tijdsbestek. Grafiek 2 toont drie (fictieve) scenario's voor een capaciteit van 4529 ambulante sessies per jaar. Het aantal mensen dat een behandeling kan afronden in een gegeven tijdsbestek (= doorstroom) is het resultaat van (a) de grootte van de caseload, (b) de gemiddelde behandelduur en (c) de gemiddelde behandelintensiteit. In de praktijk blijven deze parameters relatief stabiel bij ongewijzigd zorgbeleid. Opgelet: deze parameters geven *gemiddelden* weer. Uit deze grafiek kan je dus niet afleiden hoe lang of hoe intensief een individuele behandeling bij een psycholoog of psychiater in een CGG zou zijn. Dit kan bv. 10 sessies over 2 maanden maar evengoed 40 sessies over 3 jaar zijn. Het gaat hier dus niet om een 'one size fits all' aanpak, m.a.w. er moet zorg op maat geleverd worden. In meerdere CGG werd aangetoond dat aandacht voor deze parameters leidt tot een daling van de gemiddelde behandelduur, een stijging van de gemiddelde behandelintensiteit en een toename van het aantal mensen dat kan geholpen worden in een gegeven tijdsbestek.



Oplossing voor probleem C

De oplossing voor probleem C (te weinig capaciteit) ligt in het voorzien van *voldoende middelen* voor ggz en het *weloverwogen inzetten* van deze middelen volgens de zorgnoden onder de bevolking, via verschillende zorgvormen, van preventie over curatie naar rehabilitatie, enz. Van ambulant tot residentieel, van jong tot oud. Het [federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg](#) noteerde vorig jaar: "Ondanks alle reeds genomen initiatieven gaat vandaag nog meer dan 80% van de financiële

middelen voor GGZ naar residentiële zorg en heeft België nog steeds 1,37 psychiatrische ziekenhuisbedden per 1.000 inwoners, het op één na hoogste aandeel binnen de OESO. (OECD, 2019)." Vooralsnog ontbreekt het aan toekomstgerichte, duurzame keuzes vanuit een public health perspectief.

Het slimmer en rechtvaardiger inzetten van de bestaande middelen voor ggz over de verschillende zorgnoden kan bijdragen tot een oplossing voor het capaciteitsprobleem. Vandaag blijven te veel mensen, volwassenen en jongeren, die wachten op ambulante hulp in de kou staan, en dat betalen we duur. Gegeven de bestaande verhoudingen in de middelen voor ggz is het verdedigbaar dat voorlopig alle bijkomende middelen voor ggz ingezet worden voor preventieve zorg en ambulante zorg (eerstelijnszorg, tweedelijnszorg en ambulante, laagdrempelige, herstel-bevorderende ondersteuning).

EEN KETEN VAN VERANTWOORDELIJKHEID: ETHIEK OP VERSCHILLENDE NIVEAUS

De eerder vermelde *keten van verantwoordelijkheid* start bij de minister(s) van volksgezondheid, over de zorgorganisaties en hulpverleners tot bij de cliënt; en bij uitbreiding langs allen die rechtstreeks of onrechtstreeks betrokken zijn. Je zou het ook een *ethische keten* kunnen noemen:

Probleem A

De wachtlijsten worden zo kort als mogelijk gehouden door een goede zorgorganisatie en een professionele aanpak van de wachtrijen en de wachtenden. De ethiek ligt erin dat de beleidsverantwoordelijken van de voorzieningen de werkstromen optimaal organiseren zodat zoveel mogelijk mensen zo snel als mogelijk een onderbouwd antwoord krijgen op hun hulpvraag, met doorstroommogelijkheden naar afgestemde zorgmodaliteiten.

Probleem B

De doorstroom wordt bevorderd door voldoende intensief en lang genoeg, maar niet langer dan nodig, te behandelen. Hoe lang en hoe intensief de behandeling moet zijn hangt af van de problematiek en is het resultaat een *therapeutische inschatting*, in samenspraak met de cliënt, binnen een maatschappelijk perspectief. Hier ligt de verantwoordelijkheid bij de therapeut en in de mate van het mogelijke bij de cliënt die actief werkt aan herstel en aangeeft wat nodig is. De ethiek ligt erin dat de therapeut deskundig en betrokken, samen met de cliënt, aan de slag gaat, volgens beproefde methodieken en volgens het principe 'zoveel als moet (voor een doeltreffende behandeling), niet langer dan nodig (want anderen wachten op hulp). Met behulp van *caseload management* blijft een 'behandeling op maat' perfect tot de mogelijkheden behoren.

Probleem C

'Zorgen voor meer capaciteit op, de juiste plek' is een taak van de federale en Vlaamse ministers. Ook deze verantwoordelijkheid kan niet afgeschoven worden naar andere actoren. De ethiek ligt erin om leiderschap te tonen, te durven weloverwogen maar onafhankelijke standpunten in te nemen t.a.v. groepen, binnen en buiten de GGZ, die mogelijks vanuit de eigen dagelijkse bekommernissen en verantwoordelijkheden het algemeen belang uit het oog verliezen.

Zowel oplossing A, B als C zijn nodig om suboptimalisatie binnen de organisatie van de ggz te voorkomen.



4. Conclusies en aanbevelingen

De werkgroep heeft twee elementen uitgewerkt rond het thema wachttijden: een enquête bij de zorggebruikers die inzicht geeft op het voorkomen en de beleving van wachttijden en de onderliggende mechanismen bij het ontstaan van wachttijden.

De enquête (hoofdstuk 2) brengt voor het eerst en uit de eerste hand – de vragenlijst was gericht aan zorgvragers – informatie aan het licht over de aard van de wachttijden, de duur en de beleving:

1. **De wachttijden bij kinderen en jongeren is het hoogst.**
2. **De wachttijden zijn over het algemeen langer voor gesubsidieerde ambulante zorg dan voor residentiële zorg.**
3. **Wachttijden doen de klachten toenemen bij de helft van de respondenten (en zelden verminderen).**

Uit de analyse van de toegankelijkheid van de ggz en de dynamiek van wachttijden (hoofdstuk 3) onthouden we dat toegankelijkheid gaat om een **keten van verantwoordelijkheid** die reikt van de regelgevende en financierende overheid, over de zorgaanbieders tot de gebruikers van zorg:

- Voor de zorgaanbieders betekent dit dat ze op basis van de *analyse van de werkstromen* (instroom – doorstroom - uitstroom) hun aanbod zo optimaal mogelijk moeten organiseren en afstemmen op de aard en het volume van de hulpvragen.
- In de afweging van gepaste zorg en behandeling op maat is het criterium “*zoveel als moet, niet langer dan nodig*” de sleutel.

- Het capaciteitsprobleem houdt verband met beleidskeuzes waaruit financiering voortvloeit. Leidend principe moet hier zijn: *zorg op de juiste plaats*, aangestuurd vanuit een *public health visie*.

De werkgroep onderzocht ook nog een derde element belicht: het breed onthaal. Dat werd vanuit een casus in regio Kempen toegelicht, maar door tijdgebrek niet verder opgenomen. Het is duidelijk dat het organiseren van het onthaal van hulpvragen in een bredere context (netwerk, samenwerkingspartners, ...) invloed kan hebben op de wachttijden door de wijze waarop de hulpvraag wordt verkend, en de doorstroming binnen de organisatie wordt georganiseerd. Het lijkt de leden van de werkgroep dat breed onthaal een deel van de oplossing kan zijn in het streven naar kortere wachttijden en de beleving ervan. Hierbij is de notie *actieve wachttijd* – het aanbieden van ondersteuning aan de hulpvrager tijdens de wachttijd – belangrijk.

Op basis van onze werkzaamheden, formuleren we volgende **aanbevelingen**:

1. **Verdere ondersteuning van terugbetaalde eerste- en tweedelijnszorg.** Door tijdig zorg in de thuisomgeving te kunnen starten, vermijden we een escalatie van zorgnoden die intensievere zorgvormen vergen. Voor veel mensen is hier het financieel toegankelijk maken van ambulante privé-hulp een belangrijke vereiste. Hierdoor komt er in de ziekenhuizen en bij crisisdiensten capaciteit vrij voor mensen die hier echt nood aan hebben.
2. **Verdere ondersteuning van diensten voor kinderen en jongeren.** De wachttijden zijn het langst bij kinderen en jongeren, terwijl het net cruciaal is om op jonge leeftijd tijdig geholpen te worden. Wachttijden langer dan een jaar zijn onacceptabel.
3. **Zorg voor wachttijdondersteuning.** Mensen hebben nood aan opvolging, voornamelijk bij een langere wachtperiode. Dit zorgt er voor dat men de motivatie behoudt om de problemen aan te pakken en dat men zich voldoende ondersteund voelt om de wachtperiode te overbruggen. Indien men wacht op zorg voor een kind, hebben ook de ouders nood aan ondersteuning. Zulke wachttijdondersteuning kan bijvoorbeeld in de vorm van groepsessies met een ‘wachtgroep’, via ervaringsdeskundigen of via telefonische monitoring van de klachten en hulpvraag.
4. **Centrale aanmelding (of breed onthaal) en indicatiestelling.** Centrale aanmelding en indicatiestelling zorgt ervoor dat men bij de juiste zorg terecht komt en niet bij verschillende diensten op de wachtlijst staat en overal het verhaal moet doen. Zo voorkomt men onder- en overbehandeling.
5. Een **structurele, uniforme registratie van wachttijden.** Er is nood aan concrete data over wachttijden binnen de ganse sector, als nulmeting voor wijzigingen in het beleid of in de lokale aanpak. We kunnen hiervoor een voorbeeld nemen aan [Nederland](#), waar de wachttijden ieder

kwartaal opgevolgd worden. Wachttijden kunnen vergeleken worden over de tijd, per diagnosegroep en per regio. Het is hierbij belangrijk de registratielast voor de organisatie en zorgverleners zo beperkt mogelijk te houden.

6. Meer onderzoek naar de **determinanten van wachttijden**. Wachttijden zijn afhankelijk van o.m. de juiste indicatie, de doorlooptijd van behandelingen en de capaciteit van behandelteams. De verhouding tussen deze factoren moet geoptimaliseerd worden, willen we de wachttijden maximaal terugdringen.

De werkgroep stelt voor om het thema 'breed onthaal' op te nemen als een nieuwe opdracht, indien de Staten-Generaal van de Geestelijke Gezondheid op 20 maart 2021 beslist om de werking van de werkgroep verder te zetten.