

OMGAAN MET WACHTTIJDEN VOOR PSYCHISCHE HULP

Welke wachtverzachters worden vandaag
toegepast, en hoe worden ze ervaren?

Ruim 200 zorgorganisaties en -professionals uit de
Vlaamse geestelijke gezondheidszorg gaven inzage
in hoe ze omgaan met wachttijden.

SHORT REPORT

Wergroep Wachttijden - Staten-Generaal
van de Geestelijke Gezondheidszorg

Ella Bronders

Anita Cautaers

Jo De Grave

Ingrid De Jonghe

Kim Delville

Ellen Excelmans

Ariane Ghekiere

Goedele Hoefnagels

Els Nijs

Kathleen Nollet

Eva Rens

Sigrid Servranckx

Anja Smits

Kim Steeman

Wim Simons

Guy Tegenbos

Kris Van den Broeck

Elke Van Lierde

Rik Van Nuffel

Dario Zicari

Oktober 2022

INHOUDSOPGAVE

Inleiding.....	1
De deelnemers.....	2
Hoeveel types van wachttijdenbeheer worden aangeboden?.....	3
Welke types van wachttijdenbeheer worden aangeboden?.....	3
1. Het aanbieden van interventies	3
2. Het aanreiken van zelfhulpmogelijkheden.....	5
3. Het aanbieden van informatie	6
4. Het behouden van contact vanuit de organisatie / praktijk	7
5. Het faciliteren van contact met anderen	8
6. Andere.....	9
Evalueert u(w organisatie) het wachttijdenbeheer?	10
Conclusies en aanbevelingen.....	11

INLEIDING

Het is alom geweten dat organisaties en praktijken binnen de geestelijke gezondheidszorg vaak kampen met lange wachttijden – zie bijvoorbeeld onze vorige rapporten uit [december 2020](#) en [juni 2021](#). Maar er is weinig zicht op hoe organisaties en praktijken met deze wachttijd omgaan in relatie tot de wachtende cliënt en/of hun familie. De werkgroep Wachttijden van de Staten-Generaal Geestelijke Gezondheid stuurde in navolging van de eerdere werkzaamheden in het voorjaar van 2022 een bevraging uit om meer zicht te krijgen op het beheer van / omgang met wachttijden door zorgorganisaties en -professionals. Dit rapport is een weerslag van de bevindingen.

In deze bevraging vroegen we of zorgorganisaties en -professionals wachtende cliënten en hun familie benaderden met een of meerdere van volgende types **wachttijdenbeheer**: het aanbieden van **interventies**, het aanreiken van **zelfhulpmogelijkheden**, het aanbieden van **informatie**, het behouden van **contact vanuit de organisatie/praktijk**, het faciliteren van **contact met anderen**. Er was bijkomend ruimte om **andere** manieren waarop wachttijdenbeheer vormgegeven wordt door te geven. Indien een type wachttijdenbeheer werd toegepast, vroegen we door op welke manier dit concreet georganiseerd werd, en hoe dit ervaren wordt door enerzijds de organisatie/praktijk en anderzijds de cliënt. Bijkomend werd het al dan niet aanwezig zijn van een wachtlijst/wachttijd bevestigd en de wijze waarop het wachttijdenbeheer geëvalueerd wordt, indien van toepassing.

Er werd gefocust op de zorg voor volwassen cliënten; over wachttijdbeheer in de begeleiding van kinderen en jongeren kunnen bijgevolg geen conclusies getrokken worden. De vragenlijst was bovendien online; het instrument werd verspreid naar (zorg)organisaties en via sociale media. Uiteraard zijn er enkele tekortkomingen verbonden aan deze methode, en is het belangrijk om hiermee rekening te houden bij het interpreteren van de bevindingen:

- Er is sprake van '**zelf-selectie**':
Professionals en organisaties beslissen zelf of ze willen deelnemen. Mogelijk zorgt dit voor vertekening, bijvoorbeeld doordat vooral mensen en organisaties die reeds aan de slag zijn met wachttijdenbeheer hun verhaal willen doen en de vragenlijst invullen. We hebben zeker niet alle types zorgvormen bereikt.
- De vragenlijst was **simpel en beknopt**:
Omdat de vragenlijst zo kort en simpel mogelijk werd gehouden, kan het niet de hele complexiteit van wachttijdenbeheer vatten. Er zijn wellicht nog mogelijkheden om op een goede manier met wachttijden om te gaan, waar professionals en cliënten en hun familie een mening over hebben, die niet in dit rapport aan bod komen.

Niettemin hopen we dat dit rapport ggz-professionals en -organisaties kan inspireren inzake wachttijdenbeheer en het terugdringen van wachttijden, rekening houdende met het perspectief van de zorgvrager én dat van de zorgverlener.

DE DEELNEMERS

De bevraging werd 203 keer ingevuld. In onderstaande tabel staat een overzicht van de respondenten in functie van hun zorgaanbod.

Tabel 1. Overzicht deelname per soort van zorgaanbieder

	n	%
Dag- en nachtopname	15	7,4
Dagopname	2	1,0
ELP'er (binnen de conventie, binnen 1 Gezin1 Plan)	6	3,0
Gesubsidieerde ambulante aanbieder (vb.:CGG, CAR,...)	23	11,3
Zelfstandige groepspraktijk	71	35,0
Zelfstandige solopraktijk (therapeut, klinisch psycholoog, klinisch orthopedagoog, psychiater,...)	78	38,4
Andere	8	3,9
Totaal	203	100,0

145 of 71,4% van de zorgaanbieders geeft aan momenteel een wachtlijst of wachttijd te hebben.

Deze wachttijden variëren van enkele dagen tot bijna twee jaar. Hoewel enkele zorgaanbieders aangeven dat de wachtlijst relatief stabiel blijft, geeft een groter aantal aan dat de wachtlijst/wachttijd schommelt. Dit zijn schommelingen doorheen de tijd, maar ook schommelingen die afhangen van factoren zoals doelgroep, problematiek, hulpvraag of behandelingsvorm, vestiging/afdeling/werking, en personeelsbezetting. Iets minder dan een derde van de zorgaanbieders met een wachtlijst geeft expliciet aan dat de wachtlijst en/of wachttijd toegenomen is. De Covid-19 pandemie is hierbij een veelgenoemde reden. Een aantal van de zorgaanbieders met wachtlijst/wachttijd ($n = 15$; 7,4%) geeft aan te werken met een opname/aanmeldingsstop, de doorgegeven wachtlijsten zijn dus in deze gevallen een onderschatting van het reëel aantal wachtenden. Daarnaast is er in de groep van zorgaanbieders zonder wachtlijst een groep ($n = 19$; 9,4%) die aangeeft geen wachtlijst te hebben omdat ze een opnamestop/aanmeldingsstop invoeren wanneer nodig. 28 anderen (13,8%) hanteren een andere methode om geen wachtlijst te hebben. Het meest genoemde is het doorverwijzen naar een zorgaanbieder die de zorgvraag kan beantwoorden. Daarnaast wordt ook vermeld dat ingezet wordt op het snel inplannen van een eerste contact (o.a. om de zorgvraag goed in te schatten en te bepalen of doorverwijzing, snelle opstart of wachttijd nodig/haalbaar is), het aanwerven van bijkomende zorgverleners in de organisatie en/of het verhogen van het aantal werkuren, het werken met 'choice and partnership approach' (CAPA), ...

Slechts 5% van alle zorgaanbieders ($n = 11$) geeft aan alle zorgvragen meteen te kunnen beantwoorden.

HOEVEEL TYPES VAN WACHTTIJDENBEHEER WORDEN AANGEBODEN?

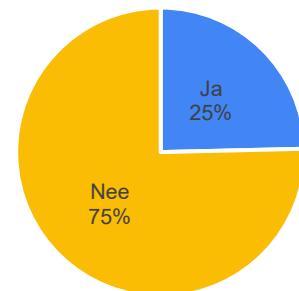
In de bevraging werd voor verschillende types van wachttijdenbeheer bevestigd of de zorgaanbieder dit al dan niet aanbiedt. Overkoepelend kan worden geconcludeerd dat 29% van de zorgaanbieders geen enkele vorm van wachttijdenbeheer aanbiedt, 25% biedt één vorm aan, 21% twee vormen en 26% drie vormen of meer. (Wie een wachttijd heeft, hanteert in drie kwart van de gevallen minstens één vorm van wachttijdbeheer.)

Wie weinig of niets doet inzake wachttijdenbeheer, wijst vaak op de tijd die wachttijdenbeheer vergt. Dit geldt in het bijzonder voor de zelfstandige zorgverstrekkers. Zij gebruiken hun tijd liever voor begeleidingen, en daarom laten heel wat aanbieders van tijd tot tijd een opnamestop in om de stroom aan aanmeldingen en tijd dat hierin kruipt af te bakenen. Ze geven aan dat ze dit systematisch aankondigen op hun website wanneer dit het geval is.

WELKE TYPES VAN WACHTTIJDENBEHEER WORDEN AANGEBODEN?

1. HET AANBIEDEN VAN INTERVENTIES

Wachttijdenbeheer kan gaan om het aanbieden van interventies voor kinderen, jongeren en/of volwassenen op de wachtlijst (en/of hun gezin en/of familie). Dit kan gaan om het organiseren van een groepsinterventie-aanbod rondom een bepaald thema, het organiseren van vormingen, het organiseren van thema-avonden, etc.



Zorgaanbieders konden aangeven onder welke vorm ze interventies aanbieden aan zorgvragers op de wachtlijst en/of hun familie. Deze antwoorden werden ondergebracht in verschillende categorieën en er werd een optelling gemaakt van het aantal keren dat een welbepaalde categorie naar voren kwam in het antwoord van een zorgaanbieder. In onderstaande tabel worden de resultaten weergegeven.

Tabel 2. Overzicht van de genoemde soorten interventies

	Aantal keren genoemd
Groepsaanbod	16
Doorverwijzen	13
Online (of een enkele keer blended)	9
Contact houden	5
Kort individueel (voor-)traject	5

Info- of thema-avond	3
1ste gesprek zonder wachttijd	3
Tips & oefeningen meegeven	3
Laagfrequente individuele gesprekken of ondersteuning	3
Algemene info online	1
Overbruggingsgesprek bij andere discipline	1
Mailverkeer	1
Voorbehouden tijd voor crisisgesprekken	1
Telefonisch crisisgesprek	1
Spoedgevallen wordt tijd voor gemaakt	1
Hulp in bestaand netwerk activeren	1

1.1. Beleving / ervaringen van zorgaanbieders

We zien dat hulpverleners een interventie als positief ervaren wanneer de zorgvragers dit als positief ervaren. Contact hebben met de zorgvrager (telefonisch, face-to-face (FTF)) maakt dat zorgaanbieders een beter zicht op de cliënten en hun situatie krijgen en zo sneller kunnen schakelen naar het juiste aanbod (betere indicatiestelling). Zorgvragers worden zich meer bewust van hun doelen en voelen zich ook echt gehoord. Dit wordt als positief ervaren door de zorgaanbieder en zou het latere traject ook ten goede komen. **Het weigeren van mensen omdat men geen plaats heeft voor de zorgvraag of aangeven dat er een lange wachttijd is, geeft een heel aantal zorgaanbieders zelf stress.**

Het aanbieden van groepsinterventies gaat vaak niet zonder slag of stoot; heel veel zorgaanbieders geven aan dat groepen beangstigend zijn en dat **zorgvragers** veel info nodig hebben om gemotiveerd te geraken of **blijven hangen op het idee dat er alleen een individueel antwoord kan zijn op hun vraag**. Anderen geven aan dat een complexe problematiek dan weer geen groepsantwoord kan krijgen.

Er is zeker een heel aantal zorgaanbieders die FTF individuele interventies aanbiedt bij urgentie, die daarvoor plaats houden of gaatjes zo invullen wanneer cliënten hun afspraak annuleren.

Interventies aanbieden vraagt tijd. Zorgaanbieders geven dit dan ook als voornaamste reden wanneer ze aangeven dat ze weinig tot niets aanbieden van interventies of ander aanbod (zie eerder). Ze zien niet in hoe ze met al die werkdruk dit er nog kunnen bijnemen.

Hoewel interventies bij aanmelding en tijdens de wachttijd vaak een positief effect hebben, spreken sommige zorgaanbieders vaak van gemengde effecten doordat de hoop van een eerste interventie, snel frustratie wordt als de zorgvrager hoort dat het nog een hele tijd wachten is op het vervolg van de behandeling.

1.2. Beleving / ervaringen van zorgvragers

Het aanbieden van bovenstaande interventies geeft vaak het effect dat zorgvragers **zich gehoord voelen**. Luisteren naar de zorgvraag en meezoeken naar een gepast antwoord, betekent al heel veel voor vele zorgvragers – velen geven aan dat ze er al een hele zoektocht op hebben zitten en eigenlijk nooit hun verhaal hebben kunnen doen.

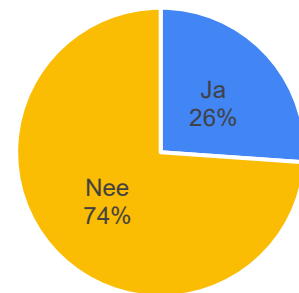
Snel een eerste gesprek krijgen om de zorgvraag uit te klaren, om hulp te krijgen in de zoektocht naar gepaste en/of snellere hulp wordt heel positief bevonden, geven zorgvragers aan. Ook al blijft de nood dan nog hoog en oningevuld.

De zorgvragers die wel ingaan op het **groepsaanbod** geven bijna unaniem aan bij de zorgaanbieders positief tegenover hun deelname te staan.

Het zelf aan de slag kunnen met een kort individueel gesprek wordt ook vaak als positief ervaren door de zorgvrager.

2. HET AANREIKEN VAN ZELFHULPMOGELIJKHEDEN

Wachttijdenbeheer kan gaan om het aanreiken van zelfhulpmogelijkheden voor kinderen, jongeren en/of volwassenen op de wachtlijst (en/of hun gezin en/of familie). Dit kan gaan om het doorsturen van een lijst met helpende apps of websites, het aanbieden van een online cursus of vorming, etc.



Tabel 3. Overzicht van genoemde manieren om zelfhulpmogelijkheden aan te reiken

	Aantal keren genoemd
Algemene informatie (websites, boeken, tools, ...)	23
Doorverwijzen	15
E- of m-health (bv: Therapieland, Mijnkwartier, minddistrict)	14
Extra tips/psycho-educatie via telefoon of mail	8
Groepsaanbod/lotgenotencontact	7
Eigen online traject/programma	4

2.1. Beleving / ervaringen van zorgaanbieders

Zorgaanbieders geven aan dat het fijn is om zorgvragers onlinetools te kunnen aanbieden. Het vraagt wel een goede kennis van de indicatiestelling om te weten welke tool voor welke zorgvrager iets kan betekenen, dus daar is een eerste gesprek of een **uitgebreidere screening van de hulpvraag nodig**, zo geeft men aan. Het aanbieden van de onlinetools wordt niet als een grote tijdsinvestering gezien.

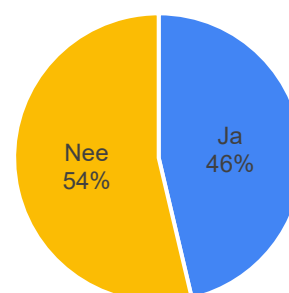
Sommige zorgaanbieders maken zelf iets op maat, wat hun meer voldoening geeft om af te stemmen op de zorgvragers die bij hen komen aankloppen.

2.2. Beleving / ervaringen van zorgvragers

Voor vele zorgvragers biedt de onlinehulp iets empowerend, waar ze zelf mee aan de slag kunnen. Echter voor een zeker aantal zorgvragers is het **te moeilijk**, te lastig om iets van onlinehulp zelfstandig te doorlopen en lopen ze zo een frustratie op wat hen uiteraard niet ten goede komt. De vraag naar individuele ondersteuning lost deze werkvorm ook niet op, waardoor er wel wat gemengde reacties op dit aanbod komen.

3. HET AANBIEDEN VAN INFORMATIE

Wachttijdenbeheer kan gaan om het aanbieden van informatie voor kinderen, jongeren en/of volwassenen (en/of hun gezin en/of familie). Dit kan gaan om het delen van informatiewebsites, het opsturen van brochures, het ophoofden van chatwebsites en telefoonnummers, etc.



Tabel 4. Overzicht van genoemde manieren om informatie aan te bieden

	Aantal keren genoemd
Algemene informatie (websites, boeken, tools, Instagram accounts, ...)	37
Standaard informatie (bv via website, nieuwsbrief, ...)	33
Doorverwijzen/contactgegevens doorgeven (ook crisisnummers/chat)	33
Informatie op maat (bv via mail, na intake/eerste gesprek)	21
Beschikbaar voor vragen via telefoon/mail	10

3.1. Beleving / ervaringen van zorgaanbieders

Zorgaanbieders geven aan dat het fijn is om zorgvragers informatie, psycho-educatie en tips te kunnen aanbieden via websites/ boeken etc. Net zoals hierboven bij de onlinetools vraagt het goede kennis van de indicatiestelling om te weten welke tool voor welke zorgvrager iets kan betekenen, dus men geeft aan dat daar een eerste gesprek of een **uitgebreidere screening van de hulpvraag nodig** is. Het aanbieden van de info via websites en boeken wordt niet als een grote tijdsinvestering ervaren.

3.2. Beleving / ervaringen van zorgvragers

Ook hier zien we een algemeen positieve beleving; iets aangeboden krijgen is voor vele zorgaanbieders meer dan niets... Maar zoals hierboven lost de vraag naar individuele ondersteuning door deze werkvorm ook niet op, waardoor er wel wat gemengde reacties op dit aanbod komen.

4. HET BEHOUDEN VAN CONTACT VANUIT DE ORGANISATIE / PRAKTIJK

Wachttijdenbeheer kan gaan om het behouden van contact met kinderen, jongeren en/of volwassenen op de wachtlijst (en/of hun gezin en/of familie). Dit kan gaan om het opbellen/mailen van kinderen, jongeren en/of volwassenen en/of hun gezin en/of familie op regelmatige basis, de mogelijkheid aanbieden voor kinderen, jongeren en/of volwassenen en/of hun gezin en/of familie om contact op te nemen met (een hulpverlener in) de organisatie/praktijk bij moeilijkheden, etc.



Tabel 5. Overzicht van genoemde manieren waarop contact met de organisatie wordt behouden

	Aantal keren genoemd
Als zorgaanbieder zelf contact opnemen/behouden	34
Beschikbaar zijn voor vragen of bij moeilijkheden (bv via doorgeven contactgegevens van contactpersoon)	33
Update geven rond plek op wachtlijst en wachttijd	12
Versneld gesprek inplannen/doorverwijzen bij crisis/dringende vraag	12

4.1. Beleving / ervaringen van zorgaanbieders

We zien dat ongeveer 1/6 van de respondenten aangeeft aan warm wachtbeheer te doen door meermaals tijdens het wachten zelf contact op te nemen met de cliënt en/of zijn naasten. Voor de zorgaanbieders heeft dit het voordeel om zo de **wachtlijst up-to-date** te houden en de indicatiestelling doorheen de wachttijd verder uit te klaren en aan te passen. Het is een tijdrovende investering, die druk legt op de hulpverlener. In een paar antwoorden wordt dit structureel als minder zinvol bevonden. Immers, men moet de **frustraties** van cliënten ook meerdere malen aanhoren als zorgvragers niet snel individueel kunnen verder geholpen worden. Een aantal zorgaanbieders geven aan dat ze liever de verwijzer (huisarts, CLB of andere) betrekken om de zorgvrager vast te houden tijdens de wachttijd.

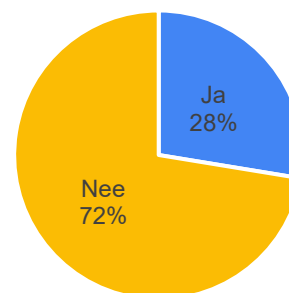
Eveneens laat 1/6 van onze respondenten het initiatief bij de zorgvrager en vindt dit een minder tijdrovende en meer zinvolle werkwijze.

4.2. Beleving / ervaringen van zorgvragers

Algemeen wordt het houden van contact door de zorgvragers als erg positief bevonden; op deze manier wordt zo de noodzakelijke band al opgebouwd of kan er snel geschakeld worden wanneer het aanbod niet meer past bij de hulpvraag.

5. HET FACILITEREN VAN CONTACT MET ANDEREN

Wachttijdenbeheer kan gaan om het faciliteren van contacten tussen kinderen, jongeren en/of volwassenen op de wachtlijst (en/of hun gezin en/of familie) en anderen. Dit kan gaan om het aanbieden of doorverwijzen naar lotgenotencontact, oudergroepen, contact met ervaringsdeskundigen leggen, het betrekken van steunfiguren uit het eigen netwerk, etc.



Tabel 6. Overzicht van genoemde manieren waarop contact met anderen wordt gefaciliteerd

	Aantal keren genoemd
Doorverwijzen naar andere ondersteuning (al dan niet binnen GGZ, bv huisarts)	24
Lotgenotengroepen, oudergroepen, contact met ervaringsdeskundige	11
Contact binnen eigen netwerk faciliteren (bv familie, vrienden)	5
Aanbod in groep, workshops	4

5.1. Beleving / ervaringen van zorgaanbieders

We zien dat **lotgenotengroepen, ervaringsdeskundigen niet zo veel** worden aangehaald door onze respondenten. Het werkveld geeft aan dat dit luik nog wat in de kinderschoenen staat, dat ook het inschakelen van deze werkvorm goed moet ingeschat worden en dat dit beter lukt in een lopend begeleidingstraject dan in een voortraject.

Een aantal zorgaanbieders geeft ook aan minder op de hoogte te zijn van het aanbod van lotgenotencontact/ ervaringsdeskundigen en herstelacademies en wat dit aanbod kan betekenen tijdens een voortraject.

Heel veel van onze respondenten maken melding van **doorverwijzen naar andere ondersteuning**, hetzij naar voorzieningen/teams, hetzij naar zelfstandige zorgaanbieders die (mogelijk) eerder plaats hebben. Sommigen hebben via systemen als Siilo of excelltabellen een overzicht van waar open plaatsen zijn. Veelal zijn deze open plaatsen alleen zichtbaar voor de zorgaanbieders, in een enkele reactie ook voor zorgvragers.

Enkele zorgaanbieders roepen het beleid op om nog meer deelname aan casustafels of **multidisciplinair zorgoverleg** te faciliteren, zodat er daar met verschillende partners naar de indicatiestelling en het juiste aanbod kan gekeken worden, alsook naar wie wat van zowel het natuurlijk netwerk als het professioneel netwerk kan opnemen aan wachtondersteuning of overbrughulp. Helpend daarvoor is dat deze Shared Care afspraken op papier komen staan, zodanig dat de zorgvrager een ondersteuningsplan in handen krijgt.

5.2. Beleving / ervaringen van zorgvragers

Contacten faciliteren wordt veelal positieve ervaren door lotgenoten en ervaringsdeskundigen.

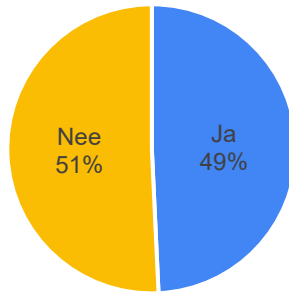
Zoals eerder gezegd appreciëren de zorgvragers ook erg dat de zorgaanbieder mee zoekt naar een aanbod dat beter gepast is of waar de zorgvrager eerder terecht kan. Wanneer er wordt doorverwezen naar een zorgaanbieder zonder dat er zicht is op open plaatsen of wachttijd, ervaren de zorgvragers dit vaak als frustrerend omdat ze daar dan vaak ook weer op wachttijden botsen.

6. ANDERE

Zijn er nog andere manieren waarop binnen uw organisatie/praktijk wachttijdenbeheer vormgegeven wordt?

Het uitwerken van een **voorrangsregeling** werd nog genoemd als andere vorm van wachttijdenbeheer. Hierbij werd de nadruk gelegd op het belang van goede vraagverheldering via de verwijzer of het inplannen van een intake op korte(re) termijn onder andere om de dringendheid van de vraag in te schatten. Andere manieren waarop met wachttijden wordt omgegaan zijn de expertise-uitwerking met het reeds bestaande hulpverleningsnetwerk, het sterk aflijnen van de doelgroep en het streng toepassen van instroomcriteria. Daarnaast werden een aanmeldingsstop en het doorverwijzen opnieuw genoemd. Ten slotte wordt verwezen naar het verbreden van wie een ondersteunende rol kan opnemen tijdens de wachttijd, zoals het inschakelen van stagiair(e)s waar mogelijk, het inschakelen van ervaringsdeskundigen, ...

EVALUEERT U(W ORGANISATIE) HET WACHTTIJDENBEHEER?



Op welke manier wordt het wachttijdenbeheer geëvalueerd? Hoe regelmatig wordt het wachttijdenbeheer geëvalueerd?

Wachttijdenbeheer blijkt bij vele zorgaanbieders een **wekkerend thema** tijdens overlegmomenten. Bij heel wat zorgaanbieders wordt het wachttijdenbeheer besproken tijdens een (team)overleg, en sommigen geven aan dat hiervoor een specifieke werkgroep samengesteld werd of dat het wachttijdenbeheer besproken wordt in beleidsoverleg. Een klein aantal schakelt over op een aanmeldingsstop wanneer een bepaalde limiet overschreden wordt (bv: wachttijd langer dan 9 maanden). Daarnaast blijkt uit de responsen dat heel wat organisaties zoekende zijn in hoe ze anders kunnen omgaan met wachttijden en wachtlijsten. Er wordt op zoek gegaan naar good practices, alternatieve aanpakken worden in overweging genomen en waar het nuttig geacht wordt getest. Een minderheid geeft aan de feedback en ervaringen van zorgvragers en naasten mee te nemen in de evaluatie van het wachttijdenbeheer.

De **frequentie** waarop het wachttijdenbeheer geëvalueerd wordt varieert en gebeurt niet bij elke zorgaanbieder structureel. Een heel aantal zorgaanbieders geeft aan dit ongeveer maandelijks te doen, andere geven aan dat het wekelijks of zelfs continu gemonitord wordt. Anderzijds zijn er zorgaanbieders die het wachttijdenbeheer enkel evalueren wanneer een bepaalde limiet overschreden wordt of bij een opnamestop. Halfjaarlijkse en jaarlijkse evaluatie worden ook genoemd.

Uit de open responsen komt alleszins naar voren dat het thema wachtlijsten/wachttijden en wachttijdenbeheer leeft in de sector en er een engagement is om wachttijden te beperken. Tegelijkertijd wordt er gebotst op de eigen mogelijkheden en de grootte van de wachttijdenproblematiek.

CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

Op basis van de resultaten, kunnen we voorzichtig enkele conclusies trekken:

- **De wachttijden zijn nog steeds een belangrijk probleem**
 - **71% van de respondenten geeft noodgedwongen een wachtlijst te hebben.**
 - **Zorgverleners lijden ook onder wachttijden;** ze geven druk en confronteren de zorgverlener met zijn/haar beperkingen, wat aanleiding geeft tot 'morele stress'.
- **Wachttijden vormen een actueel thema bij zorgverleners en -organisaties. 71% van de bevroegden spant zich actief in om de wachttijden te reduceren; het thema komt frequent aan bod in werkvergaderingen.**
 - Tegelijk kunnen we concluderen dat er nog ruimte is voor verbetering, gezien vandaag 29% van de bevroegden zich niet met wachttijdenbeheer bezighoudt.
 - Wie weinig of niets doet in dit kader, verwijst naar de inspanningen en de tijd die het kost om aan wachttijdenbeheer te doen. Het is lastig om dit op te nemen, bovenop de overvolle agenda.
 - Zelfstandige zorgverleners investeren vandaag vrijwillig in wachttijdenbeheer; hun inzet is bovendien grotendeels ad hoc en intuïtief. **Er is een vraag naar meer coördinatie en ondersteuning.**
- Het **aanbieden van informatie** is de meest populaire strategie binnen het wachttijdenbeheer, gevolgd door **contact houden** met de cliënt vanuit de praktijk / organisatie. **Contact faciliteren met anderen, het aanreiken van zelfhulpmogelijkheden en het aanbieden van interventies** worden nog door ongeveer een kwart van de respondenten ingezet in het kader van wachttijdenbeheer.
- Deze interventies zullen op zich niet toereikend zijn om de wachttijden op te lossen, maar ze dragen wel bij tot **adequate ondersteuning van zorgvragers:** ze werken doorgaans stress-reducerend, empowerend en motiverend, al zijn voor sommige wachtverzachters belangrijke skills (onlineprogramma's) en attitudeveranderingen (groepsaanbod) bij cliënten nodig, en is niet zelden een deskundige indicatiestelling door professionals essentieel.
- Er moet creatief nagedacht worden hoe wachttijdenbeheer meer algemeen kan worden toegepast. Kunnen de *conventie terugbetaling psychologische hulp* en de netwerken ggz meer inzicht geven in de beschikbare plekken voor zorgvragers, kunnen ondersteunende disciplines en ervaringsdeskundigen in dit kader meer worden ingezet, kan de overheid faciliteren door het bieden van support of cijfermateriaal en door meer multidisciplinair zorgoverleg mogelijk te maken?

Contact: Kris Van den Broeck, directeur Staten-Generaal Geestelijke Gezondheid, kris@vyponline.be