



### Werkgroep wachttijden

*Gooi er een smak geld tegenaan en de wachttijden zijn zo verdwenen. Helaas, niet dus. Het geld komt slechts met mondjesmaat en zelfs in overvloed is het geen garantie op wachtloze zorg. Wachttijden, zo bleek, zijn een complex thema, en daar heeft de werkgroep wachttijden zich over gebogen.*

Vier thema's heeft de werkgroep behandeld, en elk met conclusies en aanbevelingen afgerond:

- Centrale aanmelding en indicatiestelling
- Wachttijdondersteuning
- Determinanten van wachttijden vanuit mathematisch-klinisch perspectief
- Huisartsen en ggz

#### 1. centrale aanmelding en indicatiestelling

Het zorgaanbod is zowel bij zorgzoekers als zorgaanbieders vaak weinig gekend, onoverzichtelijk en niet gestructureerd. Dat leidt tot onbeantwoorde zorgvragen, herhaalde doorverwijzingen, en opeenvolging van wachtrijen.

Een antwoord daarop kan liggen in een **laagdrempelig, lokaal geïntegreerd** onthaal/aanspreekpunt voor personen met psychische en/of psychosociale zorgnood, hun naasten en doorverwijzers. Daarbij gebeurt indicatiestelling voorafgaand aan de doorverwijzing naar de gepaste zorgaanbieder. **De voordelen** liggen in een duidelijk aanspreekpunt, wegwijsfunctie en kennisnetwerk. Er zijn enkele **randvoorwaarden**: organiseer administratieve eenvoud, lokale inbedding en gedeelde verantwoordelijkheid van partners.

#### 2. wachttijdondersteuning

Laten we ons geen illusies maken, wachttijden zullen nooit helemaal te vermijden zijn. Maar er is wel iets aan te doen. Te beginnen met het nadenken over een **wachttijdenbeleid** - wat kunnen we de zorgvrager aanbieden terwijl die op een wachtlijst staat - , en het ontwikkelen van een visie en praktijk.

En de invulling van een wachttijdenbeleid kan heel uiteenlopend zijn: het aanbieden van interventies, aanreiken zelfhulpmogelijkheden, aanbieden van informatie, contact houden, faciliteren van contact met anderen, kortom "**wachtverzachtende**" initiatieven.

#### 3. wachttijden vanuit werkstromen

Wachttijden kunnen ook vanuit organisatieperspectief benaderd worden. Daaruit leren we dat instroom verband houdt met uitstroom, m.a.w. dat de **kenmerken van het behandelstelsel de snelheid van het eerste contact beïnvloeden**. En dat kennis daarover (door wachtregistratie) basis zou moeten zijn van (datagestuurd) beleid. Andere vaststellingen zijn dat **Indicatiestelling als afzonderlijk proces** wachttijd korter maakt, en dat daarin **voldoende behandelcapaciteit** essentieel is.

#### 4. huisartsen en wachttijden

Huisartsen hebben een centrale rol in de gezondheidszorg, zij staan het dicht bij burgers met gezondheidsproblemen. Als het over geestelijke gezondheidsproblemen gaat is er nog werk aan de

winkel. Huisartsen ervan **wachttijden als nefast voor patiënten met psychische problemen**, en de onoverzichtelijkheid van de ggz helpt daarbij niet. De **samenwerking tussen huisartsen en ggz** kan veel beter.

#### 5. conclusies

- **Wachttijden** hebben impact op ernst en aanpak van psychische problemen.
- **Centrale aanmelding** verhoogt toegankelijkheid van de zorg
- Veel ggz-zorgaanbieders hebben wachtlijsten, en zien baat in **wachttijdenbeheer**.
- **Indicatiestelling** als afzonderlijk proces maakt wachttijd korter.
- **Kenmerken behandelstelsel** beïnvloeden snelheid eerste contact.
- Samenwerking met huisartsen moet beter.

#### 6. Aanbevelingen

Wachttijdenbeheer moet structureel onderdeel vormen van ggz-beleid, zowel op micro-, meso- als macroniveau. Dit kan concreet gemaakt worden door o.a.:

- **Wachtregistratie** is bron voor *data-gestuurd beleid*.
- *Ontwikkelen en ondersteunen van* **centrale aanmelding**, verbreding naar andere sectoren, financiering, rol ervaringsdeskundigen, kosten-batenanalyse.
- *Ontwikkelen en ondersteunen van* **wachttijdenbeheer**, wat zowel zorgaanbieder als zorgzoeker helpt.
- GGz en huisartsen (en bij uitbreiding eerstelijns) communiceren over wederzijdse werking en verwachtingen, en ontwikkelen samenwerkingsinitiatieven.