

Verkenningen rondom wachtlijst problematiek

Primaire oplossing: meer capaciteit

De wachtlijstproblematiek is primair het gevolg van een tekort aan behandelcapaciteit. Zowel binnen GGZ Veenendaal, als in het GGZ als geheel. Dat is een politiek besluit. Hoeveel geld wil men besteden aan (geestelijke) gezondheidszorg? De 'eenvoudigste' oplossing is meer budget vrij te maken, zodat meer behandelaren aan de slag kunnen om de wachtlijsten te verkorten. Wij zijn niet in staat nieuwe collega's aan te nemen, omdat we met budgetbeperkingen te maken hebben. In tegenstelling tot wat vaak beweerd wordt is dit niet toe te schrijven aan de zorgverzekeraars, maar is het een politieke beslissing om te beperken. En als zorg er minder is, duurt het langer voordat je er gebruik van kunt maken.

Inzet eHealth

Cliënten kunnen soms zelf thuis met hun situatie aan de slag. Sterker nog, dat zijn ze al lang voordat ze hulp zoeken. Bijna iedereen gaat online op zoek naar informatie en tips, voordat ze naar de dokter of psycholoog gaan. Met eHealth wordt bedoeld dat mensen thuis filmpjes kijken, vragenlijsten invullen of bijvoorbeeld opdrachten maken, die daarna in een therapiesessie besproken kunnen worden. Er wordt breed gestimuleerd hier nog meer gebruik van te maken. Overigens zonder dat er veel bewijs is voor dit streven, werkt het eigenlijk wel? Omdat het relatief goedkoop *lijkt*, is het een gemakkelijke oplossing. Lijkt, omdat we er in Nederland erg veel geld aan uitgeven, de commerciële partijen hoge tarieven vragen, terwijl de (kosten)effectiviteit nauwelijks onderzocht is. Maar het heeft een hoge face-value: het lijkt op het eerste gezicht verstandig. Vast goedkoper dan naar een psycholoog toe gaan. Maar klopt dat eigenlijk wel? De bewijzen daarvoor zijn beperkt, terwijl de gezamenlijke kosten voor eHealth inzet hoog zijn.

Omdat we binnen GGZ Veenendaal vinden dat we als gezondheidszorg met elkaar prima gratis eHealth zouden kunnen ontwikkelen, hebben we OpenGGZ.nl opgezet, een platform waarop professionals informatiemateriaal kunnen uitwisselen en samen eHealth modules kunnen plaatsen. Dit project is vooralsnog in een beginstadium.

Binnen GGZ Veenendaal gebruiken we commerciële eHealth (TelePsy), gecombineerd met onze zelf ontwikkelde modules. Daarnaast gebruiken we zogenaamde Zelfdoe documenten, waarin we op een rijtje hebben gezet welke digitale of papieren informatie cliënten zouden kunnen gaan gebruiken in hun behandeling. Of daaraan vooraf gaand.

Vermindering van de frequentie van de gesprekken

Gesprekken wat langer uit elkaar plannen, wanneer de inhoud dat toelaat, is een manier om wat meer behandelruimte op korte termijn beschikbaar te hebben. Het vermindert vanzelfsprekend de totale druk niet en is zeker niet in alle gevallen inhoudelijk de juiste keuze. We houden er rekening mee in de planning van gesprekken.

Wachtrij start behandeling

Een methodiek die veel instellingen hanteren in deze periode is de wachtrij tussen intake en start behandeling. Eerst wachten voor intake, dan een intakegesprek, om vervolgens weer te moeten wachten op de start van de behandeling. Bij sommige instellingen is die soms wel een half jaar. Dit is, om allerlei redenen, vanzelfsprekend een slechte zaak. Maar het gebeurt (vaak) om de schijn op te houden: wij helpen mensen snel. Niet dus, er wordt een administratief traject geopend waarmee de instelling alvast de cliënt aan zich bindt. Binnen GGZ Veenendaal hebben we besloten niet aan deze schijnaanpak mee te doen.

Inzet POH-GGZ

We zetten onze eigen POH-GGZ's in om snel te schakelen tussen begeleiding bij de huisarts en start behandeling. POH's starten al een deel van het traject waar wij op aan sluiten. Er is een overloop in de aanpak, zowel wat betreft de informatie inwinning (de intakegegevens), als de behandeling. Vooral op het gebied van aansluiting in de behandeling hopen we dit jaar nog meer winst te halen, door vanuit één methodiek te werken, waarmee zowel door de POH, als binnen de GBGGZ en SGGZ gewerkt wordt. De drie liggen dan in elkaars verlengde. Daarbij is een verder aandachtspunt ook weer snel genoeg naar een 'lager echelon' terug te schakelen, dus sneller van de SGGZ naar de GBGGZ, of POH-GGZ.

We hebben ook de overige POH's in Veenendaal geprobeerd geïnteresseerd te maken voor één gezamenlijke methodiek van intake en probleemdefinitie, volgens het zogenaamde KOP model. Dan hoeft er zo weinig mogelijk dubbel gedaan worden.

Online therapie

Er is een ontwikkeling om meer online therapie te bieden. Dat is een gesprek via een webcam, die mensen vanuit thuis kunnen voeren. Hoewel het een aanvulling op het aanbod is, die wij overigens al jaren aanbieden en waar nauwelijks gebruik van wordt gemaakt, zorgt deze aanpak er niet voor dat er meer budgetruimte of meer capaciteit beschikbaar komt. Het is (of lijkt) vooral gemakkelijker voor mensen. Het effect van een dergelijke aanpak bij ernstigere problematiek is onvoldoende aangetoond. Wel is helder dat dergelijke vormen van behandeling en ondersteuning bij minder ernstige problematiek helpend kan zijn, zowel via de webcam, als via berichtenverkeer als iemand zelf een online cursus volgt (zoals bij alcoholproblematiek).

Elders behandelen

We zijn zo transparant mogelijk als het gaat over onze wachttijd. We adviseren mensen contact op te nemen met de zorg bemiddelaar van de verzekering als de wachtlijst lang is, maar zeker naar het einde van het jaar raakt bij veel instellingen het geld op. En we weten uit onderzoek dat een reistijd van meer dan 20 minuten er voor zorgt dat mensen toch maar geen behandeling zoeken, of er mee stoppen. Omdat het te belastend is. We werken samen met andere instellingen en verwijzen door wanneer mogelijk, maar mensen blijken ook 'graag' bij GGZ Veenendaal in behandeling te komen. We lopen op die manier tegen onze eigen grenzen aan (die vooral gevolg zijn van de beperkte hoeveelheid geld die we kunnen besteden aan behandeling).