

Doorstroom in de keten

Henny Sinnema
Marcel Boonen

Juli 2007
Trimbos-instituut

Inleiding

De laatste tijd staat cliëntenlogistiek, de wijze waarop cliënten zich door de zorgorganisatie heen bewegen, volop in de belangstelling. Een goede logistiek brengt een betere service aan cliënten en een efficiënter verloop van de zorgorganisatie met zich mee.

Door logistieke problemen kan er te weinig tempo in de behandeling zitten. Uit de praktijk is bekend dat de in de richtlijnen aangegeven duur van de behandelstappen onvoldoende wordt aangehouden. Er zijn ongewenste wachttijden op verschillende momenten in de angstketen: aan de voordeur van de GGZ organisatie, tijdens de gang van cliënten door de organisatie, van het ene naar het andere behandelprogramma en in de aansluiting met de eerstelijns, waardoor cliënten onnodig lang in behandeling blijven. Specifieke getallen over wacht- en doorstroomtijden voor mensen met angststoornissen zijn niet bekend, dit verschilt per regio.

Als gevolg van het wachten op verschillende momenten in de keten krijgen cliënten niet de behandelingen waarvan is aangetoond dat ze effectief zijn (http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o1710n17538.html). Lange wachttijden kunnen eveneens economische gevolgen hebben, wanneer mensen met een angststoornis hun werk verzuimen.

Door een betere doorstroming krijgt de cliënt met een angststoornis de juiste zorg op het juiste moment. Om dit te realiseren zijn de volgende centrale doelen gekozen.

1. Bij 80% van de cliënten die door de huisarts verwezen worden naar de GGZ is binnen 3 weken een behandelplan opgesteld.
2. Bij 80% van de cliënten is na opstellen behandelplan binnen 3 weken een eerste of tweede stap interventie gestart in de GGZ/ELP.
3. 60% van de cliënten die een tweede stap interventie start, krijgt een (C)GT behandeling, 3 weken na opstellen behandelplan.

Logistieke knelpunten in het zorgproces

Er zijn drie vormen van logistiek waarin zich problemen kunnen voordoen, het geheel vormt de keten:

1. Voordeurlogistiek
2. Doorstroomlogistiek
3. Achterdeurlogistiek

1. Bij voordeurlogistiek gaat het om het managen van de toestroom van cliënten ofwel van het managen van vraag en aanbod bij de ingang van een organisatie of individuele hulpverlener. Dilemma's liggen op het gebied van vraag en aanbod: hoeveel hulpverleners moeten er bijvoorbeeld zijn om voorbereid te zijn op het aantal cliënten per week. Er is sprake van een spanningsveld tussen het bieden van zorg op basis van bestaand aanbod versus het bieden van zorg op basis van de individuele zorgvraag.

Tussen de eerste en tweede lijn kunnen bij het managen van vraag en aanbod twee knelpunten een rol spelen. Ten eerste zijn er onvoldoende afspraken tussen eerste- en tweedelijns over de inzet van generalistische en specialistische zorg in de regio. Hierdoor komt het voor dat de eerstelijns te snel naar de tweedelijns verwijst, waardoor er oneigenlijk gebruik van de specialistische capaciteit wordt gemaakt. De instroom in de tweedelijns kan beter en transparanter. Ten tweede zijn er problemen in de doorverwijzing van de eerste- naar tweede lijn; de eerste lijn verwijst soms te laat door.

2. Bij doorstroomlogistiek gaat het om de gang van cliënten met een angststoornis door de organisatie. Er zijn twee wachtfasen onderscheiden; ten eerste de beoordelingswachtfase waarin de cliënt na het eerste gesprek wacht op de indicatie en ten tweede de behandelwachtfase waarin de cliënt na de indicatiestelling wacht op het eerste behandelcontact. Er worden met name vaak lange wachttijden (2-4 maanden) gezien voordat psychotherapie ((cognitieve) gedragtherapie) is gestart.

3. Bij achterdeurlogistiek gaat het om het managen van cliëntenstromen door de verschillende hulpverleners (1^e lijn)/organisaties (2^e lijn), die samen een angstketen vormen. Wachttijden in de tweede lijn kunnen veroorzaakt worden doordat cliënten te lang in behandeling blijven en daardoor onnodig plaatsen bezetten. Er is weinig zicht op de uitstroom van cliënten van de tweede- naar de eerste lijn. De tweede lijn kan cliënten die voor hun angststoornis behandeld zijn eerder ontslaan en de eerste lijn kan de nazorg op zich nemen. Stagnatie in de doorstroom van zorg en nazorg kunnen veroorzaakt worden door onvoldoende samenwerking met partners binnen de keten. Te

denken valt aan cliënten bij wie de angst behandeling is afgerond en die op behandeling in een ander programma moeten wachten. En door fusies zijn grote GGZ instellingen ontstaan waardoor een deel van de ketenproblematiek tot interne doorstroomproblematiek is omgedoopt. Bijvoorbeeld onterechte bedbezetting in het psychiatrische ziekenhuis doordat cliënten lang moeten wachten op een plaatsing in een RIBW.

Samenvattend kunnen problemen op het gebied van logistiek zich voordoen als wachttijden en doorstroomtijden voor cliënten, wachttijden voor hulpverleners, verkeerde bedbezetting en problemen bij het uitplaatsen van cliënten.

Om logistieke problemen op te sporen en op te lossen is het noodzakelijk om de wachttijden voor cliënten met een angststoornis zowel aan de voordeur als binnen en tussen instellingen/zorgverleners in kaart te brengen. Vanwege de grote verschillen in wachtlijsten en wachttijden in de GGZ tussen diverse regio's is het bij het beoordelen van en nadenken over oplossingen een regionale focus noodzakelijk.

Mogelijke oplossingen voor de logistieke problemen

1.1 Analyse van de huidige situatie

Eén van de 'quick wins' in de oplossing van de knelpunten in de cliëntenlogistiek is het instellen van een werkgroep met betrokken professionals, die een zorgproces qua logistiek onder de loep nemen. Dit leidt veelal tot het wegwerken van logistieke onhandigheden, vooral in coördinatie, door de verschillende stappen van de behandeling heen. Het verbeterteam kan gezien worden als een dergelijke werkgroep.

Voor de analyse van de huidige situatie verricht het verbeterteam een nulmeting. Hierin werkt het team de volgende punten uit.

- Maak -aan de hand van de gekozen doelstellingen- voor ieder doel inzichtelijk hoe het proces tot nu toe verloopt. Handzaam is om dit van de laatste 10 cliënten, die het traject doorlopen hebben, inzichtelijk te maken. Doe dit vanuit het perspectief van de patiënt. Zie voor een voorbeeld op

http://www.nodelaysachiever.nhs.uk/ServiceImprovement/Tools/IT233_ReviewingthePatientPathwayMappingPatients.htm

Let hierbij op het aantal wachtrijen en maak deze inzichtelijk. Naast een wachtrij voor reguliere hulp kan er namelijk een wachtrij bestaan voor crisishulp.

- Voer een capaciteitsanalyse uit: ga na in hoeverre er een structurele (mis)fit is tussen vraag en aanbod bij wachtlijstproblematiek. Meet hoeveel cliënten met een angststoornis om een afspraak vragen en hoeveel afspraken door hulpverleners aangeboden worden. Bereken terugkijkend hoeveel afspraken er door de cliënt worden afgezegd en hoeveel door de hulpverlener afgezegd worden. Dit kan nog uitgesplitst worden naar discipline (bijv. psychiater, sociaal psychiatrisch verpleegkundige, GZ psycholoog)
- Meet gedurende de nulmeting het afzeggen van afspraken en no shows.
- Meet de duur van alle consulten per hulpverlener en eventueel verschillen in de wijze waarop het consult uitgevoerd wordt en benoem de verschillen.
- Ga met het team op zoek naar patronen in het zorgproces die bijdragen tot onnodig wachten –zowel voor cliënten met een angststoornis als voor hulpverleners- en waar werk routinematig gestapeld wordt. Bij patronen die bijdragen tot onnodig wachten kan gedacht worden aan het uitvoeren van een intake binnen het behandelprogramma terwijl er al een intake aan de voordeur plaats gevonden heeft of de huisarts al diagnostiek verricht heeft. Of de indicatiestelling die weken na de intake plaats vindt. Bij routinematig stapelen van werk moet letterlijk gedacht worden aan het stapelen van werk. Bijv. als er een voortgangsrapportage geschreven moet worden, bestaat de kans dat deze niet dezelfde dag geschreven wordt maar op de

stapel komt van nog te schrijven rapportages. Ga na hoe deze patronen bijdragen tot onnodig wachten.

- Zoek mogelijkheden voor verbeteringen. Vaak worden deze vanzelf duidelijk wanneer de individuele stappen die de cliënt met een angststoornis zet, vanaf het moment dat hij verwezen wordt tot ontslag, inzichtelijk gemaakt worden en het team hierover in discussie is.
- Wijzig het proces: reduceer het aantal stappen die de patiënt met een angststoornis moet zetten van verwijzing tot ontslag.
- Verander de werkwijze.

Inzicht in de eigen processen is een voorwaarde om tot een keuze te komen voor een verbetering aan de voordeur. Om na te gaan of er vooruitgang wordt geboekt is regelmatig meten van belang.

1.2 *Oplossingen voor de knelpunten in de voordeurlogistiek*

Binnen de GGZ zijn er weinig tot geen concrete voorbeelden/projecten te vinden die helpen bij het verkorten van de wachttijsten. Mogelijk zijn deze in lokale situaties al uitgevoerd maar (nog) niet algemeen gemaakt. Binnen de somatische zorg is door het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg (CBO), het project Werken Zonder Wachttijst (WZW) uitgevoerd. WZW is een doorbraakmethode waarbij principes van Mark Murray worden toegepast, met als centraal doel het minimaliseren van de toegangstijd. Nevendoelstellingen kunnen zijn: cliënt- en medewerkertevredenheid vergroten, evenals de kwaliteit van zorgverlening. De principes van Mark Murray zijn verder ontwikkeld door het CBO en de Universiteit van Maastricht. De basisprincipes van WZW kunnen worden toegepast op de angstketen.

De principes zijn:

1. Een stabiele wachttijd duidt op een evenwicht tussen vraag en aanbod (en niet een tekort aan capaciteit)
2. Uitstel = meer werk. Het motto moet zijn: 'Doe het werk van vandaag, vandaag'.
3. Minimaliseren van het aantal wachtrijen. Triage gebaseerd op tijd (urgentie) heeft poliklinisch geen toegevoegde waarde en moet zoveel mogelijk vermeden worden.
4. Minimaliseren van de herhaalfactor. Bijvoorbeeld door cliënten alleen terug te laten komen bij klachten in plaats van routineus ter controle (kan overigens niet bij alle stoornissen).

5. Maximaliseren van het aantal cliënten dat per hulpverlener ambulante zorg kan ontvangen, zonder harder te gaan werken.
6. Minimaliseren van de fluctuatie in aanbod. Spreekuren mogen een aantal weken vooruit niet afgezegd worden.
7. Anticiperen op fluctuaties in vraag en aanbod.
8. 100% capaciteitsbezetting is onmogelijk zonder onaanvaardbaar lange wachtlijsten.

1. *Een stabiele wachttijd duidt op een evenwicht tussen vraag en aanbod (en niet een tekort aan capaciteit)*

Vraag = het aantal cliënten dat per dag verzoekt om een afspraak.

Aanbod = het aantal afspraken dat op een dag aangeboden wordt.

Uit de praktijk blijkt dat wachtlijsten aan de voordeur vaak stabiel zijn, bijvoorbeeld 4 weken. Consequent worden cliënten in dit voorbeeld vier weken te laat gezien. In principe betekent dit dat het aantal cliënten dat belt voor een afspraak per week (de vraag) evenveel is als het aantal cliënten dat gezien wordt per week (het aanbod). De toegangstijd zou immers gestaag moeten oplopen als het aantal aanmeldingen telkens groter zou zijn. Vergelijk het met een stuwmeer: het water stroomt het stuwmeer even snel in als het er aan de andere kant weer uitstroomt. Wanneer het water sneller zou instromen dan uitstromen zou het waterpeil steeds verder stijgen tot het overstroomt, maar in werkelijkheid is het peil vrij stabiel. Toch ervaart het baliepersoneel en de hulpverleners in de dagelijkse praktijk een grote druk van cliënten die een afspraak willen, meestal eerder dan mogelijk is.

Gebleken is dat wachtlijsten vaker ontstaan door variaties in het aanbod dan door variaties in de vraag. Het gaat daarbij om de manier waarop het aanbod is georganiseerd en niet zozeer om onvoldoende capaciteit. Zo ontstaan er variaties in het aanbod wanneer de hulpverlener zijn afspraken afzegt vanwege vakantie of congres bezoek.

Een van de gevolgen van een langere toegangstijd is dat triage - het beoordelen van cliënten met een angststoornis naar de ernst van het ziektebeeld - nodig is om te bepalen of een patiënt voorrang moet krijgen. Dit betekent meer werk. Evenals storende telefoontjes van huisartsen over hun cliënten en cliënten die vaker bellen en druk uitoefenen om eerder aan de beurt te komen.

2. *Uitstel = meer werk. 'Doe het werk van vandaag, vandaag'.*

Door werk uit te stellen wordt er meer werk gecreëerd, zoals het plannen van werk dat nog moet gebeuren en het bepalen van de urgentie. Minder urgente

zaken moeten toch gedaan worden, als dit op dezelfde dag kan plaatsvinden, gaat er geen tijd verloren aan triage.

Bij 'doe het werk van vandaag vandaag' kan gebruik gemaakt worden van het *advanced access model*, dat resulteert in afname van de wachttijd. Bij advanced access wordt de cliënt aangeboden op dezelfde dag te komen. De cliënt zal niet altijd op dezelfde dag kunnen/willen komen. De cliënt wordt dan zo snel mogelijk op een volgende plaats ingepland (er is geen onderscheid tussen nieuwe, reguliere of spoed cliënten).

Houd de zaken in beweging: zie en behandel cliënten in de juiste volgorde (First-in First-out).

- 3. Minimaliseren van het aantal wachtrijen. Triage gebaseerd op tijd (urgentie) heeft poliklinisch geen toegevoegde waarde en moet zoveel mogelijk vermeden worden.* Voeg gelijksoortig werk samen ofwel reduceer het aantal wachtrijen. Ga geen wachtrijen creëren voor nieuwe, reguliere of urgente cliënten. Variatie in wachttijden wordt gereduceerd wanneer er één rij cliënten wacht voor hulpverleners die hetzelfde werk doen. Zo kunnen de hulpverleners die de intake uitvoeren, eveneens een intake uitvoeren bij een cliënt die urgent hulp nodig heeft.

Het minimaliseren van het aantal wachtrijen betekent het minimaliseren van het aantal consulttypes en het aantal specifieke spreekuren. Onderscheid is alleen van belang als er een afwijkende tijdsduur ingepland moet worden. Ervaringen met wachtrijen leren dat wachtrijen de complexiteit vergroten en veel tijd en energie vergt van personeel direct betrokken bij het maken van afspraken. Eveneens geldt bij meerdere wachtrijen dat het aantal cliënten per rij klein is en daardoor extra gevoelig voor fluctuaties en dus een grotere buffer nodig heeft om efficiency verlies te voorkomen.

- 4. Minimaliseren van de herhaalfactor.*

De herhaalfactor is het aantal controleafspraken ten opzichte van het aantal eerste afspraken. Het minimaliseren van de herhaalfactor (zonder kwaliteitsverlies) vergroot het aanbod, omdat met dezelfde capaciteit meer cliënten geholpen kunnen worden.

Reduceren van de herhaalfactor kan bijvoorbeeld door bij de cliënt met een angststoornis steeds opnieuw te beoordelen hoeveel tijd er tussen het huidige en vervolgcontact moet zitten en door de diagnostiek van cliënten in minder consulten te verrichten.

5. *Maximaliseren van het aantal cliënten dat per hulpverlener ambulante zorg kan ontvangen, zonder dat de hulpverlener daardoor harder hoeft te werken.*

Het beïnvloeden van het aanbod betekent dat met dezelfde capaciteit van de hulpverleners meer cliënten kunnen worden gezien. Dit kan vooral door: taakdelegatie naar doktersassistenten of sociaal psychiatrisch verpleegkundigen of Nurse Practitioners (de teams bepalen zelf hoe deze taakdelegatie eruit gaat zien), volledig benutten van de capaciteit, meer telefonische- email- en groepsconsulten, verstoringen tijdens spreekuren verminderen, vergaderingen plannen op onproductieve tijden zoals laat in de middag. Onproductieve momenten worden zo gereduceerd.

6. *Minimaliseren van de fluctuatie in aanbod.*

Een belangrijke oorzaak van fluctuatie is het om uiteenlopende redenen verzetten van afspraken door de hulpverleners. Fluctuaties in aanbod zijn makkelijker te beïnvloeden dan fluctuaties in vraag, door af te spreken dat altijd een aantal weken vooruit afspraken niet afgezegd mogen worden (6 of 8 weken blijkt voorsnog het beste te werken), door geen consulten aan te bieden op terugkerende jaarlijkse congresdagen en door vakanties af te stemmen op voorspelbare vraagfluctuaties, zoals vakanties.

Organiseer een centrale agendaplanning van consulten en vergaderingen. Door centraal agendabeheer houd je als organisatie de regie over de logistiek.

7. *Anticiperen op fluctuaties in vraag en aanbod.*

Stem de capaciteit en de vraag op elkaar af. Doe dit door aanpassingen te doen in de beschikbaarheid van hulpverleners en het roosteren van planbare zorg. Bijvoorbeeld bij een ernstige gebeurtenis in de regio of een bericht van de media kunnen hulpverleners preventief reageren door hun aanbod hierop af te stemmen. Beïnvloeden van de vraag kan door kritisch te kijken naar de instroom en diagnostische fase en het controle- en ontslagbeleid.

Beïnvloeden van het aanbod kan door antwoord te geven op de volgende vragen:

- Kan iemand anders de behandeling doen?
- Kan de behandeling anders georganiseerd worden?
- Hoe kan de capaciteit beter benut worden?

8. *100% capaciteitsbezetting is onmogelijk zonder onaanvaardbaar lange wachtlijsten.*

Een mogelijke oplossing hiervoor is het structureel verhogen van het aanbod ten opzichte van de gemiddelde vraag en ervoor zorgen dat in periodes van lagere

vraag de overige tijd goed besteed kan worden. Praktisch is bijvoorbeeld door pas op het laatst (een dag van te voren) volplannen van het laatste deel van de dag, zodat eventueel het laatste half uur aan andere zaken besteed kan worden.

Bovengenoemde principes zijn algemeen toepasbaar op situaties waar men vraag en aanbod op elkaar moet afstemmen en waar sprake is van wachtlijsten.

De logistieke principes kunnen vertaald worden naar de 'individuele' GGZ praktijk.

Het Instituut voor Innovation and Improvement (NHS) noemt vergelijkbare oplossingen die bijdragen tot het reduceren van de wachtlijst <http://www.nodelaysachiever.nhs.uk>.

Gelet moet worden op de aanzuigwerking van een kleinere wachtlijst, vooral bij instellingen in dezelfde regio. Vaak verdwijnt na verloop van tijd de aanzuigwerking. De aanzuigende werking kan in kaart gebracht worden door de postcode van de aangemelde cliënten te registreren, zodat inzichtelijk wordt waar de cliënten vandaan komen. Wanneer aanzuigwerking optreedt kan samen met de zorgverzekeraar naar oplossingen (financiering) gezocht worden.

1.3 *Oplossingen voor de knelpunten in de doorstroom- en achterdeurlogistiek*

Interventies die binnen de keten tot een betere doorstroom kunnen leiden zijn:

- *Hanteer een pullsysteem (geldt zowel voor voordeur-, doorstroom- en achterdeurlogistiek).*

In plaats van dat de hulpverlener/het programma/de afdeling, die op dat moment zorg verleent aan de cliënt met een angststoornis, verantwoordelijk is voor de overplaatsing naar de volgende stap in het zorgproces, moet de volgende schakel in de angstketen voor een tijdige en soepele overgang zorgen. Op deze manier wordt er telkens een stap vooruit gedacht.

- *Plan het ontslag/overplaatsing*

Voor ieder ontslag moet een vast aantal handelingen plaatsvinden. Door het vaststellen van de ontslagdatum, mogelijk al bij de start van de behandeling, en een vastgestelde periode waarin die handelingen verricht dienen te zijn kan de doorstroom verbeterd worden.

- *Verleng de keten*

Vooraf wanneer hulpverleners/instellingen moeten samenwerken en verwijzen naar andere hulpverleners/instellingen ontstaan er logistieke problemen. Het

verbeteren van de samenwerking tussen de aanmeldingskant en de uitstroomkant – tussen de eerste- en tweede lijn - van de keten helpt logistieke knelpunten in de angstketen verminderen.

- *Verminder de variatie*

Doordat de variatie in aanbod groter is dan de variatie in vraag kan winst worden behaald door de variatie in aanbod te minimaliseren. Zie hoofdstuk 3.2 zesde principe.

- *Verander de werkomgeving*

Om te kunnen veranderen is het van belang dat de organisatie bereid is tot verandering.

1.4 *Organisatorische oplossingen*

Zowel het invoeren van de richtlijnen angststoornissen, als het verbeteren van de logistiek 'leunen' op het werken volgens zorgprogramma's. Zorgprogramma's dragen bij aan een betere cliëntenstroom, mits bij de implementatie van zorgprogramma's de cliëntenlogistiek integraal verankerd is.

Bij elke vorm van logistieke zorgverbetering is informatie over het traject dat de groep cliënten met een angststoornis aflegt van belang. Focus daarom op het gehele cliëntentraject. De efficiëntie van een geheel cliëntentraject is belangrijker dan de efficiëntie van het (individuele) team (Beltman et al., 2006). In de GGZ is het bepalen van een eenduidige groep van cliënten met een angststoornis lastig, omdat er sprake kan zijn van co-morbiditeit en dubbele diagnoses. Desondanks kan wel beoordeeld worden welke (combinaties van) modules veel gebruikt worden. Deze kunnen binnen een zorgprogramma geïmplementeerd worden.

Bij het bepalen van trajecten voor cliënten moet ervoor gewaakt worden dat het niet een vorm van aanbodgestuurde vraag wordt, waarbij de organisatie cliënten in trajecten duwt.

Wanneer het zorgproces voorspeld kan worden voor ongeveer 80% cliënten met een angststoornis (zogenaamd klinisch pad), dan kan er op het moment dat cliënten zich aanmelden vooruit gedacht worden, zodat de beoogde mensen, middelen en ruimten al ingepland kunnen worden. Wanneer er vooruit gepland wordt en duidelijk is wanneer de volgende stap klaar is, weet iedereen wanneer men wat kan verwachten. Het traditionele plannen per stap van de behandeling en de bijbehorende wachtproblemen en capaciteitsschommelingen kan hierdoor vermeden worden. In sommige onderdelen van

een behandeling, zoals bij het traject tot indicatiestelling, is hier altijd winst te behalen. In de stappen daarna hangt het af van het wel of niet vast kunnen stellen van normtijden per processtap. Wanneer bijvoorbeeld voorspelbaar is hoelang de screeningsperiode gaat duren voor cliënten met een angststoornis, dan kan bij aanmelding de stap erna vast gepland worden. Indien niet dan moet er na de screening opnieuw gepland worden.

Onnodige stappen in de zorgprocessen moeten worden verwijderd. Wanneer kritisch gereflecteerd wordt op de logistieke weg die de patiënt met een angststoornis aflegt door de instelling/keten, worden verbetermogelijkheden zichtbaar die op korte termijn uit te voeren zijn.

Gedacht kan worden om op basis van logistieke proceskenmerken drie cliëntencategorieën te formeren: cliënten die je integraal het hele proces kunt plannen, cliënten waar je een procesfase (diagnostische fase) voor kunt plannen, cliënten waar je slechts 1 stap kunt plannen.

Om wachttijden en wachttijden te beheersen kantelen sommige organisaties de zorg naar cliëntenstromen. Bij het kantelen van het zorgaanbod naar diagnosegerelateerde trajecten (zorgprogramma's) moet aandacht zijn voor de organisatie van de voordeur. Hierbij is het van belang dat idealiter alles voorspelbaar en planbaar gemaakt moet worden. Er zijn 4 mogelijke modellen:

1. Intake, een periode om diagnose te stellen en instroom in een zorgprogramma.
2. Iedereen die binnenkomt met een niet complexe angststoornis een eerste stap interventie aanbieden. De regio bepaald zelf of deze interventie in de eerste- of tweede lijn uitgevoerd wordt. Daarna kan gekozen worden voor een zorgprogramma of verdere diagnostiek.
3. Uitgebreide diagnostiek en multidisciplinair overleg om tot een gedegen inschatting van de problemen en het juiste zorgprogramma te komen. Waar mogelijk voorkeustrajecten binnen de zorgprogramma's formuleren op basis van zorgzwaarte.
4. Een hulpverlener (generalist of expert) aan de voordeur plaatsen. Een korte voordeurperiode door zonder multidisciplinair overleg, een hulpverlener te laten komen tot een inschatting van de problematiek, en een indicatie te laten geven voor een zorgprogramma of een verlengde observatieperiode.

Voor meer informatie

Beltman (2006).

Heij LJM de, Prins N. (2005). Signalement werken zonder wachtlijst. Diemen: College voor zorgverzekeringen.

Murray, M., Tantau C. (2000) *Same-Day appointments: Exploding the Access Paradigm*. Family Practice Management. Vol.7, No. 8.

Smit F. (2006) Prevention of depression (PhD thesis). Utrecht: Trimbos-instituut/Vrije Universiteit Amsterdam.

Spijker J, de Graaf R, Bijl RV, Beekman AT, Ormel J. Nolen WA. (2002) Duration of major depressive episodes in the general population: results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). Br J Psychiatry 181:208-13.

