

gek van ggz



Analyse wachttijden

november 2019

Voor ons onderzoek naar wachttijden hebben we gesproken met patiënten, behandelaren, bestuurders van ggz-instellingen, verzekeraars en wetenschappers. Daarnaast hebben we gebruik gemaakt van open data van onder andere Vektis. Hieronder vind je een samenvatting van onze conclusies.

De wachttijden in de geestelijke gezondheidszorg zijn te lang

In de geestelijke gezondheidszorg mag iemand maximaal veertien weken wachten op behandeling. Deze afspraak heet de **treeknorm**. De treeknorm is gebaseerd op een traject van verwijzing en aanmelding, een **aanmeldwachttijd** van maximaal vier weken, intake, een **behandelwachttijd** van maximaal tien weken, en dan de start van de behandeling.



Voor sommige diagnosegroepen, bijvoorbeeld persoonlijkheidsstoornissen en autisme, wordt de treeknorm **gemiddeld** overschreden. Bovendien loopt het traject van een patiënt vaak **niet lineair**. Zo kan een patiënt meerdere problemen hebben, die na elkaar worden behandeld, met ertussen steeds een wachttijd. Ook kan na de intake blijken dat een behandeling niet geschikt is, waarna opnieuw een aanmeldwachttijd volgt. Of een patiënt raakt tijdens de wachttijd in crisis, waardoor andere zorg nodig is. Deze omwegen worden niet meegenomen in de cijfers, waardoor de ernst van het probleem niet goed in beeld komt.

Meerdere behandelingen na elkaar, steeds opnieuw wachten



Na de intake doorverwezen worden naar een andere wachtlijst



Tijdens het wachten in crisis raken, waardoor andere hulp nodig is



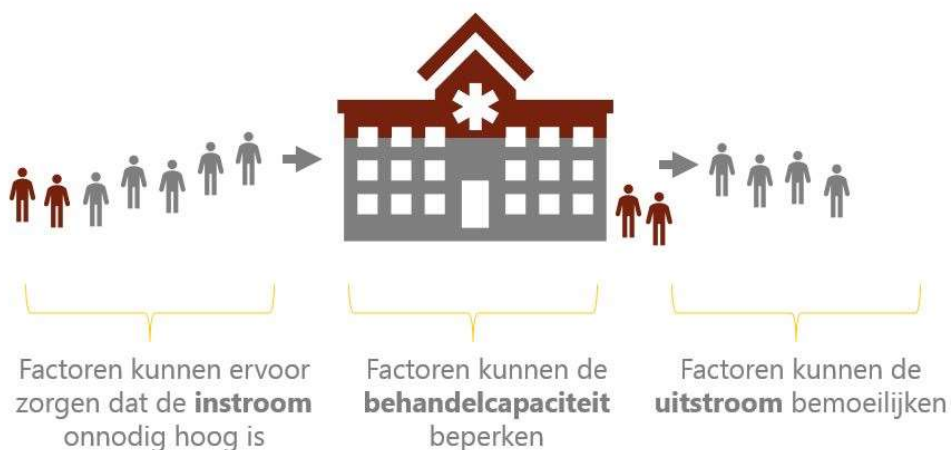
De wachttijden hebben grote negatieve gevolgen, vooral voor de mensen met de grootste problemen

Wachttijden hebben gevolgen voor de patiënt en voor de samenleving. Voor de patiënt kunnen er **psychologische gevolgen** spelen, zoals het gevoel niet gezien te worden of het verergeren van de problematiek waarvoor behandeling wordt gezocht. Daarnaast heeft het wachten **persoonlijke gevolgen**, zoals het niet binnen de wettelijke twee jaar terug kunnen keren bij de werkgever, en een hoge druk op de naasten van de patiënt. Voor de samenleving zijn er **financiële gevolgen**, zoals de kosten van crisis- en overbruggingszorg en gemist arbeidspotentieel. Bijvoorbeeld: Onze eigen wachttijd heeft de samenleving door dit soort kostenposten samengenomen minstens 40.000 euro gekost.

De wachttijdproblematiek treft de mensen met de **zwaarste, meest complexe problemen** het sterkst. Dit komt ten eerste doordat zij het vaakst op de langste wachtlijsten staan: de wachttijden voor de meest complexe zorg (zoals topklinische ggz) zijn gemiddeld langer dan de landelijke gemiddelden. Ten tweede volgen zij vaker meerdere behandelingen achter elkaar, waardoor zij herhaaldelijk op een wachtlijst staan. Bijvoorbeeld omdat ze meerdere diagnoses hebben, die niet tegelijk behandeld worden. Ten slotte is het voor sommige ernstige problemen, zoals psychose, moeilijk om überhaupt passende behandeling te vinden, waardoor het traject nog langer duurt.

Er zijn vele factoren die bijdragen aan lange wachttijden

Lange wachtlijsten ontstaan als er een disbalans is tussen **instroom**, **behandelcapaciteit** en **uitstroom**.



Een factor die bijdraagt aan een (onnodig) hoge **instroom** is het onterecht verwijzen naar de ggz. Een aanwijzing dat dit gebeurt is dat het aantal depressies en angststoornissen plotseling steeg toen burn-out niet meer werd vergoed. Het lijkt er dus op dat mensen met een probleem dat officieel niet in de ggz thuishoort, onder een andere noemer soms toch vergoede zorg ontvangen.

De **behandelcapaciteit** wordt door verschillende factoren beperkt. Zorgaanbieders en verzekeraars maken afspraken over het aantal te behandelen patiënten per jaar, zogeheten budgetplafonds. Bij sommige aanbieders leidt dit ertoe dat zij minder patiënten behandelen dan ze eigenlijk zouden kunnen. Daarnaast is er een tekort aan

hoogopgeleide psychologen en psychiaters: de vacaturegraad (het aantal vacatures gedeeld door het aantal werkenden) voor gz-psychologen is 9%, voor psychiaters zelfs 15%. Ten slotte zijn opnameplaatsen tussen 2012 en 2017 bewust afgebouwd. Deze beddenafbouw is, hoewel dit wel het plan was, niet gecompenseerd door het opbouwen van meer intensieve ambulante zorg.

Ten slotte wordt de **uitstroom** bemoeilijkt doordat het vaak lastig is een behandeling te beëindigen. De behandelaar ervaart in het algemeen meer binding met de patiënt die al in behandeling is dan met de mensen op de wachtlijst. Daarnaast speelt soms een angst om de patiënt los te laten, vooral als een vangnet in het sociaal domein of het eigen netwerk ontbreekt.

De huidige aanpak van wachttijden is onvoldoende effectief

Vanuit de overheid wordt ingezet op het verkorten van wachttijden in de ggz. Hiertoe worden **wachttijdgegevens** verzameld en openbaar gemaakt, en zijn er vanaf 2017 in samenwerking met relevante partijen verschillende **actieplannen** opgesteld.

De **wachttijdgegevens** brengen de ernst van het probleem momenteel onvoldoende in beeld. Dit komt ten eerste omdat er alleen wordt gekeken naar gemiddeldes en niet naar spreiding. Zo kan het gebeuren dat de wachttijd voor een diagnosegroep gemiddeld onder de treeknorm ligt, maar dat er ook mensen met deze diagnose een jaar moeten wachten. Ten tweede zijn de cijfers minder accuraat als de wachttijd erg lang is, omdat de wachttijd meestal retrospectief wordt bepaald: de huidige gepubliceerde wachttijd is de wachttijd van de patiënten die net gestart zijn. De cijfers lopen dan eigenlijk achter op de werkelijkheid. Ten slotte worden er geen gegevens verzameld over de negatieve gevolgen van wachttijden. Doordat de ernst van het probleem niet goed in beeld is, is er onvoldoende draagvlak voor rigoureuzer maatregelen.

In de **actieplannen** zijn twee soorten maatregelen te onderscheiden. Ten eerste zijn er maatregelen die niet één op één tot kortere wachttijden leiden, maar wel veel tijd en geld kosten. Hierbij horen bijvoorbeeld het optuigen van samenwerkingsverbanden in de regio, of het onderzoeken van regedruk bij ggz-instellingen. Ten tweede zijn er maatregelen die wel tot kortere wachttijden leiden, maar pas op de lange termijn. Een voorbeeld hiervan is het creëren van extra opleidingsplaatsen voor gz-psychologen, wat vanwege de tweejarige duur van deze opleiding pas na enkele jaren effect kan hebben. Wat ontbreekt, zijn maatregelen die snel tot een verkorting van wachttijden leiden.

In de organisatie van ggz wordt te weinig rekening gehouden met hoe wachtrijen werken

De organisatie van ggz gaat op verschillende manieren in tegen principes uit de wachtrijtheorie.

Ten eerste zijn zorgaanbieders geneigd aan te sturen op een hoge **werkbelasting**: zij proberen lege behandelplekken te voorkomen. Intuïtief werk je dan efficiënt en ben je goed bezig om wachtlijsten te voorkomen. Maar volgens modellen voor wachtrijen betekent een hoge werkbelasting juist een oplopende wachtlijst. Vooral bij behandelingen met een lange duur en een klein aantal plekken is dit effect heel groot. Ten tweede volgt uit wachtrijtheorie dat één grote wachtlijst sneller gaat dan meerdere kleinere wachtlijsten. Maar in de praktijk zijn er vaak verschillende kleine wachtlijsten:

bijvoorbeeld als twee verschillende instellingen in dezelfde stad dezelfde behandeling aanbieden.

Ten slotte kun je met behulp van wachtrijtheorie laten zien dat kleine vertragingen een groot effect op wachtlijsten hebben - denk aan een file die ontstaat na een klein oponthoud. Vertragingen als een verwijfsbrief die twee weken blijft liggen of een behandelaar die op vakantie gaat kunnen grote effecten hebben op de wachttijd van personen verderop in de rij. We werknemers in ggz-instellingen zijn zich hier vaak niet zo van bewust. Op dit moment gebeurt er nog te weinig om dergelijke vertragingen tegen te gaan.

Wil je een uitgebreidere versie van onze analyse ontvangen, of vind je het leuk als we die een keer komen presenteren? Mail naar gekvanggz@gmail.com