

# Q&A WACHTTIJDEN GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG EN VERSLAVINGSZORG

## 1. Wat is het standpunt van GGZ Nederland over wachttijden?

De vraag naar geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg is groot. Van de 17 miljoen Nederlanders krijgt 43% ooit te maken met een psychische aandoening. Jaarlijks krijgt ruim een miljoen mensen behandeling in de ggz of verslavingszorg. Onze bevlogen professionals zetten zich in om de best mogelijke zorg te bieden aan de toenemende stroom patiënten. De wachttijden zijn een hardnekkig probleem waar patiënten onder lijden. Dit gaat ons aan het hart.

Voor het duurzaam terugdringen van de wachttijden zijn het wegwerken van de personeelstekorten en het tegengaan van de regeldruk (33% van alle zorgtijd gaat naar administratie) onontbeerlijk. Wachttijden en arbeidsmarktkrapte zijn er niet alleen in de ggz of verslavingszorg; ook in de overige zorg speelt dit probleem. We werken intensief aan het terugdringen van de wachttijden door samenwerking in de regio, innovatie (online behandeling) en het verbeteren van de afstemming tussen intake, diagnostiek en behandeling. De komende maanden zetten we extra in op het opschonen van wachtlijsten en het delen van goede voorbeelden, waardoor we van elkaar kunnen leren.

Wachttijden gelden niet voor de spoedeisende zorg. Die zorg is altijd beschikbaar. Mensen in ernstige psychische nood hoeven dus niet wekenlang te wachten op hulp.

## 2. Hoe staat het op dit moment met de wachttijden?

Uit een peiling in november 2018 onder de grootste leden van GGZ Nederland blijkt dat de wachttijden bij leden die generalistische basis ggz bieden redelijk stabiel zijn en vrijwel overal binnen de Treeknormen vallen. Het aantal cliënten in de basis ggz neemt landelijk gezien toe. Hier is sprake van een (redelijk te hanteren) balans tussen vraag en aanbod.

De wachttijden bij de leden van GGZ Nederland die gespecialiseerde ggz of verslavingszorg bieden lopen – ondanks de inspanningen die zij hebben geleverd - langzaam aan op en komen voor veel complexe stoornissen boven de Treeknormen. Het aantal cliënten in de gespecialiseerde ggz of verslavingszorg (zonder verblijf) neemt landelijk gezien licht toe. Nu de generalistische basis ggz in omvang toeneemt en we daar ook goed naar kunnen afschalen blijven de complexe patiënten over in de gespecialiseerde ggz en verslavingszorg. In de gespecialiseerde ggz en verslavingszorg is sprake van een disbalans tussen vraag en aanbod. Dit komt vooral door een tekort aan regie-behandelaren. Hierdoor is er een capaciteitsprobleem.

Andere belangrijke redenen van oplopende wachttijden zijn de capaciteit in de keten (stagnatie uitstroom), opname-stop bij andere aanbieders (vaak veroorzaakt door budgetplafonds) en het oplopende verzuimpercentage in de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg.

## 3. Hoe komt het dat wachttijden zo hoog kunnen oplopen?

Wachttijden is een complex probleem waar meerdere oorzaken aan ten grondslag liggen. De vraag naar geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg is groot. Van de 17 miljoen Nederlanders krijgt 43% ooit te maken met een psychische aandoening (*Vektis, zorgthermometer ggz 2017*). Jaarlijks krijgen ruim 1 miljoen mensen behandeling in de ggz of verslavingszorg. Bij de huisarts /poh ggz: 490.000 patiënten, de generalistische basis ggz: 220.000 patiënten, de gespecialiseerde ggz of verslavingszorg zonder verblijf: 497.000 patiënten, gespecialiseerde ggz of verslavingszorg met verblijf in het eerste jaar opname: 44.860 patiënten en de langdurige ggz: 9000 patiënten.

Daarnaast is de arbeidsmarktkrapte een groot probleem. Er zijn soms te weinig (regie)behandelaren om de zorg te bieden. Landelijk zijn er honderden vacatures in de ‘tekortberoepen’.



#### **4. Wat doet GGZ Nederland aan de arbeidsmarktproblemen?**

Voor GGZ Nederland is de arbeidsmarktproblematiek een belangrijk thema in de onderhandelingen geweest. Er komt een substantiële investering om de wachtlijsten aan te pakken door de arbeidsmarkt te verbeteren. Voor 2019 wordt eenmalig 20 miljoen euro extra uitgetrokken voor het opleiden van regie-behandelaren.

Er komt daarnaast experimenteerruimte in de gecontracteerde zorg waardoor ervaringsdeskundigen, hbo psychologen en psychodiagnostisch werkenden vanaf 2019 kunnen tijdschrijven en declareren. Deze maatregelen ontlasten andere medewerkers die kampen met een hoge werkdruk en betekenen meer tijd voor patiëntenzorg.

Het is positief dat er extra geld voor opleidingsplekken wordt vrijgemaakt. Een opleiding duurt echter minimaal twee jaar, dus het effect van een grotere hoeveelheid regie behandelaren is pas op zijn vroegst over 2,5 à drie jaar zichtbaar in de wachttijd cijfers. De opleidingsduur voor gz psycholoog is twee jaar. De opleidingsduur van klinisch psycholoog is (ná afronding van de gz opleiding) nog eens twee jaar. De opleiding tot psychiater duurt 4,5 jaar en de opleiding tot verpleegkundig specialist ggz is drie jaar.

Het Capaciteitsorgaan schat in dat eventuele effecten in de praktijk op zijn vroegst pas vanaf 2024 zichtbaar worden. GGZ Nederland is blij met de uitbreiding van de opleidingscapaciteit op de langere termijn, maar voor de korte termijn heeft dit geen effect op het verder terugdringen van de wachttijden.

#### **5. Hoe lang bestaat het probleem van wachttijden al?**

Al tientallen jaren zijn er wachttijden. Ook in de tijd dat er nog geen sprake was van financiering vanuit de verschillende stelsels (toen ggz en verslavingszorg nog grotendeels onder de AWBZ viel) was er al sprake van wachttijden.

#### **6. Hoe komt het dat de wachttijden ondanks alle inspanningen van vele partijen toch niet afnemen?**

Dit komt omdat de vraag naar geestelijke gezondheidszorg groter is dan het behandel aanbod. Naast het personeelstekort dat invloed heeft op de wachttijden, hebben zorgaanbieders te maken met een door- en uitstroomprobleem. Het aantal klinische plekken neemt af. De wachttijd loopt eerder op, dan af.

#### **7. Wat zijn Treeknormen?**

De Treeknormen gaan over de niet-spoedeisende zorg. De partijen die in 2000 hebben deelgenomen aan de vaststelling van de treeknormen voor de zorg zijn, naast GGZ Nederland, de KNMG, de OMS, de LHV, de LVT, VGN, Actiz, de KNMP, de NVZ, de NMT, het Paramedisch Verband en ZN. Er zijn gezamenlijk normen vastgesteld om de grens te bepalen tussen aanvaardbare en problematische wachttijden (de zogenaamde ‘Treeknormen’). Ook het ministerie van VWS gaat uit van die Treeknormen. Voor de geestelijke gezondheidszorg geldt voor de intake en behandeling een wachttijd van in totaal maximaal veertien weken.

#### **8. Gelden de wachttijden voor alle aandoeningen of zijn er voor specifieke groepen cliënten extra lange wachttijden?**

De Treeknormen worden in de geestelijke gezondheidszorg in bepaalde gevallen overschreden. Bij complexe aandoeningen (autisme, licht verstandelijke beperking in combinatie met een psychische stoornis, persoonlijkheidsstoornissen en trauma) is de wachttijd soms langer dan bij enkelvoudige aandoeningen. Bij de enkelvoudige aandoeningen is ook veel meer behandel aanbod in de markt van de vrijgevestigde aanbieders. De oorzaak van wachttijd kan verschillen per regio.



### 9. Is wachttijden een landelijk probleem of verschilt de situatie per stoomnis en per regio?

De situatie verschilt per regio, maar ook per type stoornis. Je kunt stellen dat 'hoe complexer de psychische stoornis, hoe langer de wachttijd'. Regio's die in de tweede helft van 2018 met lange wachttijden te maken hebben, zijn Rotterdam, Nijmegen, Arnhem, Flevoland en Zuid-Limburg. Maar er zijn ook regio's waar in de tweede helft van 2018 (vrijwel) alle wachttijden onder de Treeknormen zitten. Dit zijn bijvoorbeeld Noord-Holland-Noord, Amstelland en de Meerlanden en Zaanstreek/Waterland.

### 10. Zijn wachttijden typisch iets voor de geestelijke gezondheidszorg?

Nee, in de gehele zorg is sprake van wachttijden. Vorige maand maakte de [Nederlandse Zorgautoriteit](#) bekend in de medisch-specialistische sector scherper op wachttijden te gaan toezien. Elke sector heeft Treeknormen. Zo zijn er bij ziekenhuizen soms ook wachttijden van tientallen weken voor specifieke behandelingen. Bij de ziekenhuizen stijgen de wachttijden fors door vergrijzing.

### 11. Wie is verantwoordelijk voor de aanpak van de wachttijden?

De zorgaanbieders en financiers hebben gezamenlijk in de regio de verantwoordelijkheid om de wachttijden aan te pakken. Onder de financiers vallen bijvoorbeeld de gemeenten (ook voor jeugd-ggz), de zorgkantoren en de zorgverzekeraars. Als er te weinig behandelaren zijn, dan is het ook de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders om mensen niet langer op de wachtlijst te zetten, maar ze direct te wijzen op de zorgbemiddeling van de verzekeraar.

### 12. Hoe kunnen de huisartsen helpen?

Door in hun wachtkamers voorlichting te geven over psychische problemen. Door een POH GGZ in hun praktijk te laten samenwerken met andere ketenpartners. Door de POH GGZ een goede screening / triage uit te laten voeren, zodat de verwijzingen direct op de goede plek uitkomen. De zorgaanbieders in de regio moeten elkaar kennen om cliënten op de juiste plek de juiste zorg te bieden. Financiers in de regio's moeten met elkaar afstemmen hoe ze de inkoop regelen voor complexe, aansluitende zorg.

### 13. Waarom vindt GGZ Nederland transparantie in cijfers zo belangrijk?

Het is voor cliënten essentieel om inzicht te hebben in actuele wachttijden. Een goed beeld van wachttijden helpt om wachtlijsten effectief aan te pakken. Omdat in de wachttijdenaanpak goede informatievoorziening cruciaal is, heeft de Na zorgaanbieders in de geestelijke gezondheidszorg verplicht op hun website een actueel overzicht te geven van de wachttijden. Bij zorgaanbieders die niet voldoen aan deze regels zal de NZa handhavend optreden.

Van het totale behandel aanbod in de generalistische basis ggz en de gespecialiseerde ggz of verslavingszorg wordt door de leden van GGZ Nederland nu 98% in wachttijd cijfers aangeleverd. Als dit in zorglocaties wordt uitgedrukt is er 'slechts' 80% van de zorglocaties in cijfers inzichtelijk. Dit komt omdat het administratief een enorm complex probleem is om dit op locatieniveau te ordenen. Sommige zorgaanbieders verzamelen de wachttijdgegevens niet per locatie maar per stoornis, per leeftijdsgroep of per regio. Het vergt tijd, administratieve- en ICT aanpassingen om de gegevens per behandellocatie aan te leveren.

### 14. Welke informatie staat op de site wegvandewachtlijst?

Op [www.wegvandewachtlijst.nl](http://www.wegvandewachtlijst.nl) publiceren we verhalen en blogs uit de praktijk. Hierbij geven we tips om dit in een andere regio te organiseren. Op de site kun je je aanmelden voor de tweewekelijkse mailing.



### 15. Wat vindt GGZ Nederland van de website [www.kiezenindeggz.nl](http://www.kiezenindeggz.nl)?

MIND Landelijk Platform Psychische Aandoening heeft Kiezen in de ggz gelanceerd. Op deze keuzesite staat informatie over zorgaanbieders en de wachttijden in de ggz of verslavingszorg. GGZ Nederland vindt de keuzewebsite een goed initiatief. Het heeft meerwaarde dat cliënten alle informatie nu op een plek kunnen vinden. En verwijzers krijgen een beter overzicht van zorgaanbieders in de buurt met kortere wachttijden. De brancheorganisatie waarschuwt dat de keuzesite geen tovermiddel is om de wachttijden aan te pakken. De vraag naar geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg is nu eenmaal groter dan het aanbod.

### 16. Wat doen zorgaanbieders zelf om de wachttijden terug te dringen?

Onze leden nemen tal van initiatieven om de wachtlijsten aan te pakken:

- Door het ‘opschonen’ van de wachtlijsten krijg je een goed beeld of alle mensen die op de wachtlijst staan daadwerkelijk zorg en behandeling nodig hebben, of dat ze bij een ander zorgaanbieder in behandeling zijn. Zorgaanbieders kunnen overbruggingszorg aanbieden (via eHealth of contact met ervaringsdeskundigen).
- Het aanbieden en begeleiden van een ontbijtgroep voor jeugdigen en hun ouders die op de wachtlijst staan. Dit geeft ondersteuning tijdens de wachtperiode en levert ook tijdswinst op bij de latere intake. Mensen zijn al wat gewend, hebben ook al ‘geleerd’ van lotgenoten en kunnen daardoor ‘sneller’ door de intake en wachttijdfase heen.
- Afhandelen van de intake van veelvoorkomende diagnoses op een dag. Mensen ontvangen op een dag alle intake en diagnostiek en horen direct waar ze terecht kunnen voor de begeleiding.
- EHealth, apps gebruiken voor patiënten.
- Wachttijden verkorten door behandelaren zelf kritisch oplossingen te laten bedenken voor de logistieke processen en taakverdelingen binnen het behandelteam.
- Een gezamenlijk intakegesprek met de psychiater, ervaringsdeskundige en de cliënt leidt tot de juiste zorg op de juiste plek.

### 17. Wat kunnen cliënten tijdens het wachten zelf doen?

Zij kunnen bellen met de zorgaanbieder waar ze op de wachtlijst staan. Zorgaanbieders bieden wachtende patiënten tijdelijk hulp via eHealth modules aan. Er is ook al sprake van aanbod voor een volledige behandeling via online methoden. Of cliënten worden in contact gebracht met initiatieven van ervaringsdeskundigen, ter voorkoming van verergering van hun klachten gedurende het wachten.

### 18. Wat is de rol van de verzekeraars?

Samen met zorgaanbieders proberen zorgverzekeraars voor hun verzekerden de juiste zorg op de juiste plek te organiseren. Wanneer de wachttijd te lang is, kunnen cliënten contact opnemen met hun zorgverzekeraar voor persoonlijk advies: zorgbemiddeling. Zorgverzekeraars zoeken dan binnen en buiten de regio naar een zorgaanbieder die de behandeling kan uitvoeren. Zorgbemiddeling kan er toe leiden dat een behandeling sneller plaatsvindt. Cliënten mogen uiteindelijk zelf beslissen of ze er gebruik van maken. In 2017 vroeg van de ruim 800.000 patiënten



in de generalistische basis ggz en gespecialiseerde ggz of verslavingszorg slechts 1% zorgbemiddeling aan bij hun verzekeraar. Ondanks dat dit percentage toeneemt, is dit zeer weinig. Het is ook aan de zorgverzekeraars om meer bekendheid aan zorgbemiddeling te geven.

### **19. Wat vindt GGZ Nederland ervan dat de Inspectie toezicht gaat houden op wachttijden?**

GGZ Nederland vindt het de taak van de Inspectie om toezicht te houden op wachttijden als een van de indicatoren van de kwaliteit van zorg. Maar de indicator wachttijden alleen hoeft niets te zeggen over de kwaliteit van zorg. Wachttijden zeggen ook iets over vraag en aanbod: hoeveel vraag is er in een regio naar ggz-zorg of verslavingszorg en hoeveel zorgaanbieders zijn er? Wachttijden ontstaan vooral omdat de vraag naar zorg toeneemt, terwijl aanbieders kampen met onderbezetting en capaciteitsproblemen. De personeelstekorten en de administratieve lastendruk in de ggz of verslavingszorg zijn landelijk problemen, waarover GGZ Nederland in het hoofdlijnenakkoord stevige afspraken heeft gemaakt. Extra investeringen in de arbeidsmarkt, opleidingen en het tegengaan van de regeldruk geven een stevige impuls aan de aanpak wachttijden.

