

Vergaderjaar 1999–2000

25 170

Wachttijden in de curatieve zorg

Nr. 17

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 17 november 1999

In 1997 heb ik een plan van aanpak ontwikkeld inzake de wachtlijsten bij de ambulante geestelijke gezondheidszorg (bijlage 2). Het onderzoek van het Trimbos-instituut naar de oorzaken en gevolgen van wachttijden bij de RIAGG is daar een onderdeel van. Het Trimbos-instituut heeft mij onlangs de onderzoeksresultaten doen toekomen.

Ik heb toegezegd dat het onderzoek aan de Tweede Kamer zou worden aangeboden. Bijgaand treft u de onderzoeksrapporten aan. Bij de opstelling van deze brief zijn de opmerkingen meegenomen van GGZ Nederland, mij toegezonden bij brief van 22 september 1999, kenmerk rand/lka/wkk/992 569.

In bijlage 1 bij deze brief zijn de belangrijkste resultaten van het onderzoek samengevat. Bijlage 2 bevat de stand van zaken met betrekking tot het plan van aanpak wachtlijsten (a)ggz dat vanaf 1997 in uitvoering is en welke voornemens voor de komende jaren van belang zijn. Bijlage 3 is het onderzoek zelf, dat bestaat uit drie aparte delen en een samenvatting¹.

Normen voor aanvaardbare wachttijden

Onderdeel van het plan van aanpak is het streven naar «aanvaardbare wachttijden». Aan de orde is allereerst welke normen daarbij worden gehanteerd. Bij het ontstaan van de RIAGG, begin jaren tachtig, zijn normen vastgelegd voor de wachttijd. Uit informatie van GGZ Nederland blijkt dat deze normen worden overschreden. Voor de andere ggz-aanbieders zijn geen normen vastgelegd. Door patiënten en instellingen wordt de wachttijd als te lang ervaren, mede gezien het feit dat nu met name ernstige problematiek wordt aangemeld terwijl dit bij de vaststelling van de normen nog niet het geval was.

In de discussie over de tweedeling en voorrangszorg is vaak de veronderstelling dat de klachten en problematiek verergeren door te lange wachttijden. Naast onderzoek naar de mogelijkheden voor uniformering van de wachtlijstregistratie in de ggz, heb ik daarom bij het Trimbos-

¹ Ter inzage gelegd bij de afdeling Parlementaire Documentatie.

instituut een onderzoek uitgezet naar de mogelijke relatie tussen wachttijd en gezondheids- en maatschappelijke schade.

Een belangrijk criterium voor het bepalen van de normen is immers de mogelijke schade die mensen oplopen tijdens het wachten op behandeling. In deze brief worden de resultaten van het Trimbos-onderzoek naar gevolgen van wachttijden gepresenteerd alsmede mijn standpunt op de onderzoeksresultaten en de uitkomsten van de invitationale conferentie die hierover op 7 september is gehouden. Tijdens deze conferentie heeft ZN toegezegd het voortouw te nemen in het overleg tussen partijen om te komen tot «aanvaardbare wachttijden». Partijen hebben toegezegd voor het eind van 1999 normen voor aanvaardbare wachttijden te formuleren die vanaf 2000 kunnen gaan dienen als richtlijn.

Het onderzoek

Het onderzoek heeft als centraal thema het verkrijgen van nader inzicht in oorzaak en gevolg van de wachtlijsten bij de RIAGG. Er zijn drie deelonderzoeken. Ten eerste is onderzocht of het verschil in wachttijden tussen RIAGG-en mogelijkwijs samenhangt met kenmerken van de RIAGG-en zelf of met kenmerken van hun cliëntpopulatie. In het tweede en derde deelonderzoek is voor de volwassen cliënten en voor de groep kinderen en jeugdigen apart onderzocht welke cliënten zich aanmelden voor hulp, hoe ernstig de problematiek is, hoe lang zij moeten wachten en of de wachttijd gevolgen heeft voor de ernst van de problematiek. Een belangrijke kanttekening is dat dit onderzoek de situatie in afzonderlijke RIAGG-organisaties weergeeft, en niet is onderzocht of gelijksoortige omstandigheden zich voordoen bij een MFE of een gefuseerde ggz-instelling. Dat neemt niet weg dat in het onderzoek met betrekking tot het omgaan met mensen op de wachtlijst voor ambulante ggz-behandeling belangrijke aanbevelingen tot verbetering van de zorg zijn gedaan.

Standpunt

1. De belangrijkste conclusie is dat mensen met ernstige problematiek lang op de wachtlijst staan. Gezien de ernst van de problematiek zijn veldpartijen van mening dat de (normen voor) wachttijden dienen te worden bekort. Ik deel deze opvatting.
2. Het bekorten van de wachttijden dient te worden gerealiseerd langs verschillende wegen. In de eerste plaats dient de organisatie van de zorg te worden verbeterd. Het onderzoek bevat hiervoor diverse aanknopingspunten. Het veld zelf is verantwoordelijk voor verbeteringen in de organisatie. Er dient een betere prioritering plaats te vinden, waarbij urgentie van de problematiek ook buiten de crisisdienst als criterium geldt voor de duur van de wachttijd. Kanteling van de zorg, gericht op het ontwikkelen van evidence-based, effectieve zorgprogramma's rond doelgroepen is het uitgangspunt.
3. De werkwijze dient geprotocolleerd en gefaseerd te worden. Protocolering zal transparantie tot gevolg hebben, waardoor mensen beter weten wat de gang van zaken binnen de instelling is, welke procedure men doorloopt van intake tot beëindiging behandeling, hoe lang men moet wachten en welke behandeling men krijgt. Fasering zal vormgegeven moeten worden als «stepped care-benadering»: waar mogelijk een eenvoudig en kortdurend behandelaanbod, waar nodig extra behandeling en een meer multidisciplinaire aanpak toevoegen. Hiervoor moeten heldere criteria gelden.
4. De gelden die beschikbaar zijn voor de aanpak van wachttijden (f 30 miljoen komend jaar) zullen als volgt worden ingezet. De kinder- en jeugd ggz is een belangrijk speerpunt, in verband met zichtbare

tekorten in capaciteit en de negatieve gevolgen die uit het onderzoek blijken. Bovendien is een tijdige behandeling van jeugdigen met psychische problematiek effectief als preventie van mogelijke psychische problematiek op volwassen leeftijd. De gelden zullen verder ingezet worden bij die instellingen die een aantoonbaar actief wachtlijstbeleid voeren, via doelmatiger werken, dat leidt tot verkorting van de wachttijd gericht op de streefnormen die vanaf 2000 als uitgangspunt gaan gelden.

5. Voor versterking van de eerstelijns, die een belangrijke bijdrage levert aan een samenhangend en doelmatig ggz-aanbod, is tijdens de Algemene Politieke Beschouwingen f 40 miljoen extra ter beschikking gesteld. Over de inzet van deze middelen ontvangt de Kamer een aparte brief.
6. De discussie over prioritering in de wachtlijstgelden dient gekoppeld te worden aan de afspraken en procedures die ontwikkeld worden in het traject rond indicatiestelling. Ik zal het IOG verzoeken een urgentieprotocol te laten maken door zorginhoudelijk deskundigen.

Afspraken met het veld

1. Naar aanleiding van de onderzoeken en de invitationale conference heeft Zorgverzekeraars Nederland toegezegd om samen met GGZ Nederland, de verenigingen van vrijevestigde psychiaters en -psychotherapeuten en de Cliëntenbond, voor het einde van het jaar normen voor aanvaardbare wachttijden vast te stellen (met een afgesproken evaluatiedatum). De Inspectie voor de Gezondheidszorg zal die normen vervolgens beoordelen op toetsbaarheid en helderheid.
2. De vastgestelde normwachttijden zullen een centrale rol gaan spelen in het contracteerbeleid van zorgkantoren. De afspraken tussen zorgkantoor en aanbieder worden in toenemende mate van betekenis, al naar gelang Zicht op Zorg wordt geïmplementeerd.
3. De wachtlijstgelden zullen (zoals vermeld onder punt 4 op blz. 2) gericht worden ingezet op de normwachttijden te halen. Instellingen die die normen niet halen, zullen moeten kunnen verantwoorden waarom dit niet is gelukt.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. Borst-Eilers

DE BELANGRIJKSTE RESULTATEN NAAR AANLEIDING VAN HET ONDERZOEK EN VAN DE CONFERENTIE VAN 7 SEPTEMBER 1999:

- Bij mensen op de wachtlijst is sprake van ernstige problematiek. Tijdens het wachten nemen de klachten naar het oordeel van de hulpverleners gemiddeld genomen iets af; bij 10% verergeren de klachten.
- Een kwart van de ondervraagde patiënten vindt zelf dat de klachten zijn verergerd tijdens het wachten. De problematiek is bovendien vanaf de aanmeldingsfase ernstig en belemmert mensen in hun functioneren.
- Er is sprake van lange tot zeer lange wachttijden.
- Over de gevolgen van dat lange wachten is dit onderzoek slechts indicatief. Wellicht zou nader, stoornisgerelateerd, onderzoek moeten plaatsvinden naar gevolgen van wachten voor verschillende groepen cliënten en over een langere periode.
- Ziekteverzuim onder wachtenden is aanvankelijk zeer hoog, daalt later, maar blijft hoger dan in de rest van de bevolking. Er zijn geen specifieke groepen cliënten te onderscheiden die meer ziekteverzuim hebben dan andere. Cliënten met een betaalde baan worden niet eerder geholpen.
- Werkgevers bepleiten bekorting van de wachttijd. Ook werknemers hebben hier belang bij: hoe langer men wegblijft, hoe kleiner de kans op terugkeer wordt. Ook het voorstel van ZN in het kader van de uitvoering van het Plan van Aanpak wachttijden Zorgsector over aanvaardbare wachttijden geeft aan dat men streeft naar zeer korte wachttijden.
- Het Trimbos-rapport beveelt aan een voorrangbeleid te hanteren op basis van de ernst van de problematiek. De ambulante ggz blijkt buiten de crisisdienst (daar gebeurt het wel) namelijk niet te prioriteren op basis van ernst en urgentie van de klachten.
- De ernstigste klachten worden gedurende de hele wachtperiode gerapporteerd door: mensen zonder kinderen, personen van niet-nederlandse afkomst en mensen met een lage opleiding.
- GGZ Nederland is al bezig met een doelmatigheidsslag. De opmerkingen uit het onderzoek over het grote verschil in face-to-face contacten per RIAGG en vooral het feit dat niet geprioriteerd wordt op urgentie, laat zien dat de ggz nog meer kan doen. Met name op het gebied van transparantie en de organisatie van de zorg. Het gaat erom dat de kloof tussen vraag en aanbod zichtbaar en objectiveerbaar wordt.
- Tevredenheid van mensen die op de wachtlijst staan over de wachtduur wordt lang niet altijd bepaald door de feitelijke wachttijd. Andere factoren spelen hierbij een belangrijke rol. Met name gaat het om de bejegening, de ernst van de klachten, mogelijkheden tot tussentijds contact met de instelling en goede informatie over de gang van zaken in de instelling in het algemeen, over de wachtlijst en hoe hiermee wordt omgegaan in het bijzonder.
- Voor kinder- en jeugd ggz is de conclusie dat voor sommige hulpverleningsvormen sprake is van een capaciteitstekort. Daarnaast blijken met name broers en zussen in een aantal gevallen te lijden te hebben onder de situatie. Uit oogpunt van preventie van klachten zou er een gerichte interventie moeten worden ontwikkeld om te voorkomen dat ook zij psychische problemen krijgen.

TUSSENRAPPORTAGE PLAN VAN AANPAK WACHTLIJSTEN (A)GGZ

In maart 1997 is een plan van aanpak wachtlijsten aggz opgesteld door de Minister van VWS. Directe aanleiding vormde de f 5 miljoen die uit het wachtlijstfonds (totaal f 50 mln) beschikbaar werd gesteld voor de aanpak van knelpunten in de wachtlijsten bij de RIAGG-en.

De belangrijkste actiepunten worden hieronder weergegeven, met daarbij de stand van zaken:

Inzet van extra wachtlijstmiddelen

1997:

In 1997 was incidenteel f 5 mln. beschikbaar voor het bestrijden van knelpunten in de wachtlijsten bij de RIAGG-en. In overleg met de toenmalige NVAGG is tot besteding van de gelden overgegaan. Voorwaarden voor de RIAGG-en om in aanmerking te komen voor de gelden:

- a) realisatie van de productieafspraken;
- b) aantoonbaar wachtlijstbeleid;
- c) betrouwbare wachtlijstinformatie;
- d) samenwerking met andere (eerstelijns en ggz-)aanbieders in de regio;
- e) normoverschrijdende wachttijden.

Belangrijkste conclusie met betrekking tot de inzet van de gelden: het geld kwam pas in de loop van 1997 beschikbaar, hetgeen de feitelijke besteding over dit jaar moeizaam maakte. De looptijd werd verschoven: juni 1997 tot juni 1998. RIAGG-en hebben extra productie geleverd met de middelen. Er waren wel problemen met het aantrekken van personeel op tijdelijke basis. Ook bleek de inzet van de extra gelden weliswaar te leiden tot verkorting van de wachttijd, maar dit had in sommige gevallen een aanzuigende werking; huisartsen die vanwege de lange wachttijden hun patiënten naar elders verwezen, verwezen ze weer naar de RIAGG als de wachttijd korter werd. Voor zichtbare effecten was langere inzet van de gelden wenselijk. Een aanzienlijk deel van de activiteiten werd dan ook met de gelden van 1998 (waar overigens tenminste dezelfde voorwaarden voor golden) voortgezet.

1998:

Het totaal beschikbare bedrag was f 27,5 miljoen voor de gehele aggz: RIAGG, vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten, poliklinieken van APZ, PAAZ etc.. De voorstellen werden door VWS geselecteerd en gehonoreerd, nadat het projectteam (zie verder) VWS hierover had geadviseerd. De voorwaarden zijn gelijk aan die voor de middelen van 1997, zij het dat voor enkele partijen aanvullende financieel-technische voorwaarden gelden. Zo kunnen psychiaters uitsluitend voorstellen indienen via hun lokale initiatief. Landelijk werd bovendien tevoren een aantal inhoudelijke speerpunten afgesproken: kinder- en jeugdpsychiatrie, versterking eerstelijns, psychische arbeidsongeschiktheid. Bij deze thema's was de wachttijd het meest knellend.

De evaluatie van de inzet van de middelen vond plaats via rapportages aan VWS, die door het NZI zijn verwerkt in de evaluatie wachtlijstgelden 1998.

1999:

In 1999 werd ten behoeve van de uitvoering van het Plan van Aanpak wachtlijsten curatieve zorg voor de aggz f 32,5 miljoen beschikbaar

gesteld voor de aanpak van de wachtlijsten in de gehele aggz. Hiervan werd f 2,5 miljoen benut ten behoeve van de uniformering van de wachtlijstregistratie in de ggz en voor pilotprojecten rond zorg inzake arbeidsrelevante psychische problematiek. De overige f 30 mln is landelijk ingezet, verdeeld via overleg tussen regionale zorgaanbieders en de zorgkantoren. De evaluatie van de inzet van deze gelden wordt uitgevoerd door het NZi.

2000:

Voor volgend jaar zal een vergelijkbaar bedrag als in 1999 beschikbaar zijn. Ook dit keer zullen de gelden verdeeld worden over de zorgkantoor-regio's. De inzet van de middelen zal plaats vinden op basis van overleg tussen regionale aanbieders en zorgkantoren. Vanuit VWS zal daarbij als speerpunt de kinderen jeugdpsychiatrie worden aangemerkt, mede vanwege de zichtbare capaciteitstekorten die uit dit Trimbos-onderzoek blijken. Ik overweeg om een minimumpercentage aan te geven dat van de beschikbare gelden per regio moet worden aangewend voor de wachtlijstbestrijding in de kinder- en jeugdpsychiatrie. In het algemeen zullen de gelden worden ingezet bij die instellingen die een aantoonbaar actief wachtlijstbeleid voeren, dat is gericht op het halen van de streefnormen zoals die vanaf 2000 als uitgangspunt gaan gelden. Een algemene voorwaarde om in aanmerking te komen voor de extra gelden is het actief meewerken aan de realisatie van de uniforme wachtlijstregistratie.

Nader onderzoek naar aard en omvang van de wachtlijsten in de aggz.

De inzet van de wachtlijstgelden vond in 1997 plaats op basis van gegevens van de NVAGG over de wachtlijsten bij de RIAGG. Over de precieze aard en omvang van de wachtlijsten van de gehele ambulante ggz was onvoldoende bekend. Ook was weinig inzicht in de wijze waarop wachtlijsten werden geregistreerd en over de betrouwbaarheid van de aldus beschikbaar gestelde gegevens. Verder werd het noodzakelijk gevonden te bezien of de (alleen voor RIAGG-en geldende) normen voor wachttijden, gezien de toegenomen ernst van de problematiek en de groeiende lengte van de wachttijden, dienden te worden aangepast op grond van mogelijke schade voor de wachtende patiënten.

De volgende onderzoeken zijn vervolgens uitgevoerd:

- a) TNO PG en NZi (sept. 1997 – sept. 1998): dit betrof een onderzoek naar de aard en omvang van de wachtlijsten in aggz. Aard en omvang van wachtlijsten blijken onvoldoende eenduidig geregistreerd te worden door de verschillende aanbieders van ambulante ggz-hulp. Er is sprake van onduidelijkheid over definities van wachttijd, onduidelijkheid over duur van behandeling, het beoogde resultaat etc. In alle regio's en bij alle instellingen is sprake van wachtlijsten. Niet alle wachtlijsten zijn problematisch. Aanbevelingen uit het onderzoek: meer eenduidig registreren, meer afstemming in de regio (doorverwijzen naar instellingen met kortere wachtlijsten) etc.
- b) Trimbos-instituut (sept. 1997 – maart 1999): Onderzoek naar een mogelijke relatie tussen kenmerken van de RIAGG en de lengte van de wachtlijst, en mogelijke gezondheidsschade door wachten. De eindrapporten van dit onderzoek vormen de aanleiding voor de opliggende brief.

Vervolgtrajecten als resultaat van de onderzoeken

Ad a)

Naar aanleiding van de resultaten van dit onderzoek is tussen september 1998 en juni 1999 onder leiding van GGZ Nederland overleg gevoerd tussen de aggz-aanbieders. In juni heeft GGZ Nederland namens deze partijen een «minimum-gegevensset wachtlijstregistratie» opgesteld, waar alle aanbieders zich aan zullen houden.

Ad b)

Een resultaat van dit onderzoek is dat onder leiding van ZN met GGZ Nederland, andere aggz-aanbieders en de cliënten voor het eind van het jaar afspraken zullen worden gemaakt over normen voor «aanvaardbare wachttijden».

Doelmatigheid van de zorg

Omdat wachtlijsten niet alleen te maken hebben met toenemende vraag maar ook met doelmatigheid van het aanbod, is in opdracht van de Minister van VWS in september 1997 de commissie «Doelmatigheid RIAGG-activiteiten» ingesteld, onder voorzitterschap van E. Brouwer RA. De commissie heeft tussen september 1997 en mei 1998 gewerkt aan het eindrapport. Voor de uitvoering van haar taak heeft de commissie door Bakkenist in samenwerking met het Trimbos-instituut een doelmatigheids-onderzoek uitgevoerd naar bepaalde aspecten in de (organisatie van de) zorg. Dit onderzoek maakte tevens deel uit van het benchmarktraject AWBZ. Het rapport is destijds aan de Tweede Kamer toegezonden. De Beleidsbrief GGZ 1999, die op 27 september 1999 tijdens een Nota Overleg met de Kamer is besproken, is tevens het kabinetsstandpunt op dit advies.

GGZ Nederland heeft in de reeds genoemde brief van 22 september 1999 aangegeven dat de RIAGG-en volgens de cijfers van het COTG al jaren in staat blijken meer contacten te realiseren.

Projectteam wachttijden aggz

Het gehele traject wordt vanaf mei 1997 begeleid en voorbereid door het projectteam wachttijden, bestaande uit GGZ Nederland, COTG, ZN, vertegenwoordigers van vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten, onder voorzitterschap van VWS. Bij de discussie over aanvaardbare normen voor wachttijden is ook de Inspectie voor de gezondheidszorg betrokken.