

R 73

TNO-onderzoeksrapport
PG/VGZ/hrl.aqk/98.031

Wachtlijstonderzoek Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (AGGZ)

TNO Preventie en Gezondheid

Volksgezondheid
Wassenaarseweg 56
Postbus 2215
2301 CE Leiden

Telefoon 071 518 18 18
Fax 071 518 19 20

Datum

24 juni 1998

Auteur(s)

H. Rosendal
A.B.W.M. Quak

Oprachtgever

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

TNO Preventie en Gezondheid
Gorterbibliotheek

07 JUL 1998

Het kwaliteitssysteem van
TNO Preventie en Gezondheid
voldoet aan ISO 9001.

Projectnummer

3650616

Aantal pagina's

75

Postbus 2215 - 2301 CE Leiden

Stamboeknummer

16231

Alle rechten voorbehouden.

Niets uit deze uitgave mag worden
vermenigvuldigd en/of openbaar
gemaakt door middel van druk, foto-
kopie, microfilm of op welke andere
wijze dan ook, zonder voorafgaande
toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd
uitgebracht, wordt voor de rechten en
verplichtingen van opdrachtgever en
opdrachtnemer verwezen naar de
Algemene Voorwaarden voor onder-
zoeks opdrachten aan TNO, dan wel
de betreffende terzake tussen de
partijen gesloten overeenkomst.
Het ter inzage geven van het
TNO-rapport aan direct belang-
hebbenden is toegestaan.

© 1998 TNO

De missie van TNO Preventie en Gezondheid is vooral het
bevorderen van het aantal gezonde levensjaren van de mens.
Het onderzoek richt zich op verbetering van gezondheid en
gezondheidszorg in alle levensfasen: jeugd, arbeidende mens
en ouderen.



Nederlandse organisatie voor toegepast-
natuurwetenschappelijk onderzoek TNO

Rosendal, H
Quak, ABWM

Wachlijstonderzoek Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (AGGZ)

ISBN: 90-6743-551-1

Deze uitgave is te bestellen door het overmaken van *f* 27,85 (incl. BTW) op
Postbankrekeningnr. 99.889 ten name van TNO-PG te Leiden onder vermelding
van bestelnummer 98.031.

Samenvatting

In opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is onderzoek verricht naar de mate waarin, en de wijze waarop, er door de diverse aanbieders van ambulante geestelijke gezondheidszorg (AGGZ) wachttijden worden geregistreerd. Een tweede doel van dit onderzoek is het geven van een zo betrouwbaar mogelijk beeld van de wachttijden bij deze aanbieders.

Deze doelen zijn bereikt door het geven van antwoord op een drietal vragen betreffende de rol van wachtlijstregistratie, de wijze waarop wachtlijstregistratie plaatsvindt en de mate waarin de bijbehorende uitgangspunten eenduidig worden gehanteerd.

De hiervoor benodigde informatie is verkregen via interviews en landelijk uitgezette vragenlijsten.

Wachttijden in de AGGZ kunnen bestaan uit de tijd die men moet wachten voor een eerste intake gesprek en de tijd die men moet wachten, na de intake, op de start van de behandeling. Deze wachttijden blijken per type aanbieder en per regio aanzienlijk te verschillen. Dit heeft enerzijds te maken met de wijze waarop men het bedrijfsproces heeft georganiseerd, bijvoorbeeld het moment waarop men de intake laat plaatsvinden: vroeg of later in het traject. Anderzijds zijn er ook tussen hetzelfde soort aanbieders aanzienlijke verschillen in wachttijden. De reden hiervan is niet duidelijk geworden in dit onderzoek.

Het blijkt dat wachttijden bijna overal voorkomen en dat het merendeel van de respondenten dit als problematisch ervaart. Het omslagpunt tussen het al dan niet problematisch ervaren van wachttijden ligt gemiddeld bij een wachttijd van 3 weken voor een intake gesprek. Uit dit onderzoek blijkt ook dat cliënten langer moeten wachten bij aanbieders met een relatief lange, gemiddelde behandelduur.

Ongeveer de helft van alle respondenten houdt een wachtlijstregistratie bij, hetgeen vooral de grotere instellingen zijn. Kleinere praktijken doen minder aan wachtlijstregistratie. RIAGG's vormen hierop een uitzondering, alle respondenten uit deze groep aanbieders hebben een wachtlijstregistratie.

De betrouwbaarheid van de huidige, bestaande wachtlijstregistraties is gering omdat: slechts een deel van de aanbieders registreert, er zeer veel verschillende registratiesystemen zijn en er geen consensus bestaat over kernbegrippen als bijvoorbeeld 'wachttijd'. De wachtlijstregistratie bij de RIAGG's vormt hierop een uitzondering; enerzijds omdat het aantal respondenten dat een wachtlijstregistratie

heeft veel hoger is, anderzijds omdat binnen deze groep een minder groot verschil van mening bestaat over de diverse kernbegrippen.

Geconcludeerd is dat er op dit moment geen breed draagvlak is voor een uniform landelijk registratiesysteem. Aanbevolen wordt om, alvorens het traject tot een uniform registratiesysteem in te gaan, eerst de doelen die hiermee bereikt moeten worden helder te formuleren.

Voorts is in het kader van de wachttijdproblematiek een aantal zaken AGGZ-breed opgevallen.

Verwijspatronen blijken niet doorzichtig te zijn. Er zijn geen toetsbare criteria op basis waarvan bepaalde cliënten naar bepaalde typen aanbieders worden verwezen. Verwijspatronen lijken in veel gevallen te lopen zoals ze altijd al hebben gelopen en lijken lang niet altijd te worden bepaald door de in een regio aanwezige diversiteit aan expertise.

Hetzelfde is opgevallen ten aanzien van de onderlinge samenwerking en doorverwijzing tussen de verschillende typen aanbieders in de regio. Er bestaat weinig kennis omtrent de behandelmodaliteiten en specialiteiten van andere aanbieders. Hiervan lijkt dan ook weinig gebruik te worden gemaakt.

Aanbevolen wordt om bij het nadenken over wachttijdreductie de aandacht niet alleen te richten op het aantal wachtenden aan de voordeur, maar vooral ook op de wijze waarop aanbieders het verdere behandeltraject organiseren. Voorts wordt aanbevolen om aanvragen voor capaciteitsuitbreiding altijd in samenhang daarmee te beoordelen, om te voorkomen dat ongezonde situaties, zoals een onnodig lange behandelduur en het geen gebruik willen maken van expertise elders, blijven voortbestaan. Problemen aan de voordeur kunnen wellicht het best worden aangepakt bij de tussen- en achterdeur.

Inhoud

Samenvatting	2
Inhoud.....	4
1. Inleiding.....	6
1.1 Aanleiding.....	6
1.2 Doelstelling project.....	7
1.3 Samenwerking en afstemming met andere onderzoeksgroepen	7
1.4 Respondenten.....	8
1.5 Opbouw rapport	8
2. Projectuitvoering	9
2.1 Projectgroep	9
2.2 Fase 1: Documentenanalyse en inventarisatie	9
2.3 Fase 2: Wachtlijstregistratie in de AGGZ, exclusief RIAGG's.....	10
2.4 Fase 3: Wachtlijstregistratie bij de RIAGG's.....	12
3. Resultaten en conclusies fase 1: documentenanalyse en inventarisatie	14
3.1 Resultaten interviews.....	14
3.2 Conclusies fase 1.....	18
4. Resultaten fase 2 : wachtlijsten AGGZ (exclusief RIAGG's)	20
4.1 Resultaten schriftelijke enquête	20
4.2 PAAZ-en	21
4.3 PUK-poliklinieken	24
4.4 APZ-en	26
4.5 Poliklinieken voor KJP	29
4.6 Poliklinieken voor verslavingszorg.....	31
4.7 Vrijgevestigde psychotherapeuten.....	33
4.8 Eerstelijns psychologen	36
4.9 Vrijgevestigde psychiaters.....	39
4.10 Samenwerkingsverbanden/MFE's	41
4.11 Resultaten interviews.....	44
4.12 Algemeen	47
4.13 Conclusies fase 2.....	52
5. Resultaten fase 3: wachtlijstregistratie bij RIAGG's	56
5.1 Resultaten enquête	56
5.2 Conclusies fase 3.....	60

6. Algemene conclusies, beschouwing en aanbevelingen	62
6.1 Algemene conclusies.....	62
6.2 Beschouwing.....	64
6.3 Aanbevelingen	66
 Bijlage A: Resultaten in tabelvorm	 68
 Bijlage B: Afkortingen	 74
 Bijlage C: Leden projectgroep wachtlijsten AGGZ.....	 75

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

Er is sprake van een stijgende vraag naar geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Het toenemende beroep dat op de GGZ wordt gedaan is met name voelbaar in de ambulante GGZ (AGGZ). De aanbieders van AGGZ zijn achtereenvolgens: Regionale Instellingen voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG's), psychiatrische poliklinieken, eerstelijns psychologen, vrijgevestigde psychiaters en vrijgevestigde psychotherapeuten. Deze toename wordt veroorzaakt door een stijging van het aantal nieuwe cliënten, door de extramuralisering in de GGZ en wellicht door veranderende behandelmethoden. Uit een recent rapport van Inter-View B.V.¹ blijkt dat bij de RIAGG's de wachttijdenproblematiek de laatste zeven jaren op alle fronten fors is toegenomen: niet alleen de gemiddelde wachttijd, maar ook het aantal cliënten dat wordt geconfronteerd met een overschrijding van de aanvaardbare wachttijd, is sterk gestegen. Van de overige aanbieders van AGGZ (psychiatrische poliklinieken van algemene, academische en psychiatrische ziekenhuizen, poliklinieken voor verslavingszorg, eerstelijns psychologen, vrijgevestigde psychiaters en vrijgevestigde psychotherapeuten) is niet bekend in hoeverre en op welke wijze de registratie van cliënten en wachttijden is georganiseerd en wordt uitgevoerd.

Dit betekent dat er op dit moment geen goed beeld is van de aard en omvang van de wachttijden bij aanbieders van AGGZ.

Nog afgezien van het feit dat niet van alle AGGZ-aanbieders bekend is in hoeverre zij wachttijden registreren, is van degenen waarvan dit wel bekend is, de RIAGG's, niet duidelijk in hoeverre uitgangspunten en criteria eenduidig worden gehanteerd bij de cliënt-registratie. Dit laatste is van groot belang bij beoordeling van de betrouwbaarheid van een registratiesysteem.

Alvorens het traject kan worden ingezet om in de toekomst mogelijk te komen tot uniformering van de wachtlijstregistratie in de AGGZ, dient er over boven beschreven zaken meer duidelijkheid te zijn. Bovendien zal duidelijk moeten zijn wat het doel is van een dergelijk systeem, voor wie het primair is bedoeld, wie hiervan gebruik maken en hoe groot het draagvlak voor zo'n systeem is.

¹ InterView International B.V. (1997): Onderzoek inzake wachttijden RIAGG's.

De toenemende aandacht voor de oplopende wachttijden in de AGGZ in onder meer de media en de Tweede Kamer, en het gebrek aan betrouwbare informatie over aard en omvang van deze wachttijden, is voor het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) aanleiding geweest om TNO-Preventie en Gezondheid (TNO-PG) een onderzoek terzake uit te laten voeren.

1.2 Doelstelling project

Het algemene doel van dit onderzoek is tweeledig:

1. Inzicht bieden in de mate waarin, en wijze waarop, er door de verschillende aanbieders van AGGZ (exclusief RIAGG's) wachttijden worden geregistreerd, alsmede een zo betrouwbaar mogelijk beeld te geven van het aantal wachtenden bij deze aanbieders.
2. Inzicht bieden in de betrouwbaarheid van de huidige wachtlijstregistratie bij de RIAGG's.

Onderhavig onderzoek richt zich op de aard, de omvang en de betrouwbaarheid van de wachtlijstregistratie bij de diverse aanbieders van AGGZ.

Dit doel wordt bereikt door antwoord te geven op de volgende vragen:

1. Wat is de gewenste rol (functie, inhoud, gebruik) van wachtlijstregistratie in de AGGZ?
2. In hoeverre en op welke wijze vindt cliënt- en wachtlijstregistratie plaats op psychiatrische poliklinieken (APZ, PUK, PAAZ), bij instellingen voor KJP en door eerstelijns psychologen, vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten?
3. In hoeverre worden (technische en inhoudelijke) uitgangspunten en criteria bij de cliënt- en wachtlijstregistratie door de RIAGG's eenduidig gehanteerd?

Opgemerkt, zij dat met dit onderzoek niet is gepoogd de totale wachtlijstproblematiek in de AGGZ in kaart te brengen. Zaken die hier ook op van invloed zijn, zoals het verwijsgedrag van huisartsen, zijn in dit onderzoek buiten beschouwing gebleven.

1.3 Samenwerking en afstemming met andere onderzoeksgroepen

De gevolgen van de wachttijden voor de cliënten is onderwerp van een onderzoek, uitgevoerd door het Trimbosinstituut, een onderzoek naar de uniformering van de wachtlijstregistratie wordt uitgevoerd door het NZi. Gezien de samenhang met

onderhavig voorstel zijn het Trimbos-instituut, het NZi en TNO-PG overeengekomen om de verschillende onderzoeken, waar nodig en mogelijk, qua inhoud en planning op elkaar af stemmen en elkaar te adviseren op de daartoe geëigende momenten. Gezien het grote raakvlak met het onderzoek van het NZi, heeft TNO-PG ook in de uitvoering van het onderzoek intensief met het NZi samengewerkt. Teneinde de verschillende aanbieders van AGGZ niet onnodig te belasten is een gezamenlijke vragenlijst ontwikkeld die is gestuurd aan een selectie van aanbieders. De in dit onderzoek beschreven interviews zijn gezamenlijk, of in afstemming met het NZi uitgevoerd, zodat ook de resultaten door beide onderzoeksgroepen gebruikt kunnen worden.

1.4 Respondenten

In dit onderzoek zijn gesprekken gevoerd met een groot aantal aanbieders van AGGZ en overige hierbij betrokken actoren. Een nog groter aantal is bereid geweest de hierboven genoemde vragenlijst in te vullen en aan ons te retourneren. Aangezien een aantal respondenten heeft verzocht om niet bij naam genoemd te worden of op de ingevulde vragenlijst duidelijk heeft gemaakt anoniem te willen blijven, wordt hierbij volstaan met het bedanken van iedereen die zijn/haar medewerking heeft verleend aan de totstandkoming van dit rapport.

1.5 Opbouw rapport

In dit rapport worden achtereenvolgens het doel van het onderzoek, de gebruikte methoden en de resultaten beschreven. Deze resultaten worden per afzonderlijke fase weergegeven en gevolgd door een aantal conclusies, die specifiek voor de betreffende fase gelden. Op basis van deze afzonderlijke bevindingen wordt het rapport afgesloten met een aantal algemene conclusies en aanbevelingen voor het beleid op het gebied van wachttijden en wachtlijsten in de AGGZ.

2. Projectuitvoering

In dit hoofdstuk worden de gefaseerde opbouw van het onderzoek en de gevolgde methoden beschreven.

2.1 Projectgroep

Iedere fase van het onderzoek is afgerond met een korte tussenrapportage en overleg met de opdrachtgever in een bijeenkomst van de door de Minister van VWS ingestelde 'Projectgroep AGGZ', zodat afstemming kon plaatsvinden over voortzetting van het project. De op- en aanmerkingen van de leden van deze projectgroep op eerdere versies of onderdelen van dit rapport zijn verwerkt in de onderhavige versie. De samenstelling van deze projectgroep is weergegeven in Bijlage C.

2.2 Fase 1: Documentenanalyse en inventarisatie

Via bestudering van relevante documentatie (literatuur, beleidsbrieven en onderzoeksrapporten) en gesprekken met relevante actoren (VWS, IGZ, GGZ-Nederland, koepels van vrijgevestigden, zorgverzekeraars, cliënt-organisatie(s), Trimbosinstituut) is zicht verkregen op actuele ontwikkelingen, gesignaleerde knelpunten, de beschikbare en benodigde wachttijdinformatie, de (mogelijk verschillende) rollen die de diverse actoren toekennen aan een wachtlijstregistratiesysteem en de (mogelijk verschillende) interpretaties van kernbegrippen als 'wachtenden' en 'wachttijd'.

Deze interviews zijn gevoerd aan de hand van een voorgestructureerde vragenlijst. De vragen hebben betrekking op:

- de gewenste functie en inhoud van wachtlijstregistratie, zowel uit landelijk als regionaal oogpunt;
- wat er op dit moment al beschikbaar is aan wachtlijstinformatie;
- wat er wordt verstaan onder het begrip 'wachttijd' en 'wachtende';
- de relatie tussen wachtlijstregistratie en de ontwikkelingen t.a.v. indicatiestelling;
- het gebruik van wachtlijstinformatie.

2.3 Fase 2: Wachtlijstregistratie in de AGGZ, exclusief RIAGG's

Dit onderdeel is op twee, elkaar aanvullende, wijzen uitgevoerd: via (A) vragenlijsten en (B) interviews.

A. Vragenlijsten

Vragenlijsten zijn gebruikt om een 'overall' beeld te verkrijgen. Voor dit deel van het onderzoek is een vragenlijst ontworpen die verzonden is naar de polikliniek van alle APZ-en, PAAZ-en, PUK-en en instellingen voor KJP. Bovendien is deze vragenlijst verzonden naar een aselechte steekproef van 50 vrijgevestigde psychiaters, 50 vrijgevestigde psychotherapeuten en 50 eerstelijns psychologen.

De vragenlijst is bedoeld om een beeld te krijgen van de mate waarin en de wijze waarop er door de verschillende aanbieders van AGGZ wachtlijsten worden geregistreerd. De lijst bevat de volgende items:

- wat verstaat men precies onder 'wachttijd', 'wachtede' en 'wachtlijst';
- in hoeverre is er sprake van wachtlijstregistratie;
- wat is de aard van het registratiesysteem;
- wat is de inhoud van de registratie;
- wat is de omvang van de wachttijden;
- in hoeverre worden cliënten afgewezen/doorverwezen vanwege capaciteitstekort;
- is er sprake van een 'wachtlijstreductiebeleid' en wat is de betekenis hiervan;
- het gebruik van de wachtlijstinformatie;
- de wijze waarop wordt omgegaan met kernzaken als urgentie en indicatiestelling;
- wat zijn de gehanteerde criteria bij de beoordeling van actualiteit en betrouwbaarheid van de verzamelde gegevens (ook in relatie tot de uitgangspunten bij de opzet van de registratie);
- op welke wijze is deze registratie ingebed in het bedrijfsproces;
- hoe wordt omgegaan met privacy-aspecten;
- wat zijn de ervaren voor- en nadelen van deze registratie;
- nagegaan wordt of er een draagvlak is voor een uniform registratiesysteem.

B. Interviews

Ter verkrijging van meer gedetailleerde informatie en validering van de informatie verkregen via de vragenlijst is, aanvullend op de boven beschreven vragenlijst, een aantal interviews gehouden.

Deze interviews zijn 'regio-gewijs' gehouden. De achterliggende gedachte om dit 'regio-gewijs' te doen, is dat verwacht kon worden dat de wachttijden niet op zichzelf staan, maar mede afhankelijk zijn van de wachttijden bij overige AGGZ-aanbieders in dezelfde regio. Door per regio doelgerichte informatie te verzamelen zou een volledig en betrouwbaar beeld van de wachtlijsten en de onderlinge verhoudingen hiervan kunnen ontstaan.

Voor dit onderzoek is gekozen voor een aantal RIAGG-regio's. De reden hiervan is van pragmatische aard: het betreft niet al te grote, redelijk helder afgebakende AGGZ-gebieden.

Er zijn 4 regio's geselecteerd. De gehanteerde selectiecriteria betreffen:

- het aantal omliggende voorzieningen (veel/weinig);
- de lengte van de in de regio aanwezige RIAGG wachtlijst voor zowel aanmelding, beoordeling als behandeling (kort/lang).

Uitgangspunt was dat er per regio een interview zou worden gehouden met achter-eenvolgens:

- een APZ- polikliniek (indien aanwezig);
- een PAAZ- polikliniek (indien aanwezig);
- een PUK- polikliniek (indien aanwezig);
- een instelling voor KJP (indien aanwezig);
- twee vrijgevestigde psychiaters;
- twee vrijgevestigde psychotherapeuten;
- twee eerstelijns psychologen;
- de regionaal werkende zorgverzekeraar;
- de regionale afdeling van een patiëntenorganisatie/cliëntenraad.

Deze interviews zijn gevoerd aan de hand van een semi-gestructureerde vragenlijst, die gebaseerd is op het hiervoor besproken instrument. Er is dieper ingegaan op:

- de aard van de cliënt-registratie;
- de gehanteerde (inhoudelijke en technische) uitgangspunten en criteria;
- de gesignaleerde knelpunten;
- de omvang van de wachttijden;
- het draagvlak voor een uniforme wachtlijstregistratie.

Ten behoeve van de kwantitatieve analyses zijn de bevindingen verwerkt in SPSS.

2.4 Fase 3: Wachtlijstregistratie bij de RIAGG's

Deze fase betreft het beantwoorden van vraag 3 en is er op gericht om inzicht te verkrijgen in de betrouwbaarheid van de huidige wachtlijstregistratie bij de RIAGG's.

De werkwijze in deze fase komt grotendeels overeen met de werkwijze in fase 2.

Om een beeld te krijgen van de wijze waarop er door de RIAGG's met het huidige geautomatiseerde cliënt-registratiesysteem wordt omgegaan, is eerst een RIAGG benaderd met het verzoek een demonstratie te geven van het huidige, geautomatiseerde cliënt-registratiesysteem. Hierbij is met name gelet op de te onderscheiden doelgroepen in de wachtlijstregistratie.

Vervolgens is, op basis van de in fase 2 ontworpen vragenlijst voor overige aanbieders van AGGZ, een instrument ontwikkeld, die verzonden is aan alle RIAGG's. Items waaraan aandacht is gegeven zijn:

- de wijze waarop het registreren is georganiseerd (het proces);
- wie bepaalt op welk moment wat er wordt geregistreerd;
- de inhoud van de registratie;
- omschrijving van 'wachttijd' en 'wachtende';
- de wijze waarop wordt omgegaan met kernbegrippen als urgentie, indicatiestelling, etc.
- het gebruik van de gegevens, zowel binnen als buiten de organisatie;
- de (mogelijke verschillen in) informatiebehoefte van de verschillende niveaus binnen de RIAGG (hulpverlener, teamcoördinator, directie) en de wijze waarop hiermee wordt omgegaan;
- ervaren knelpunten van de huidige registratie;
- het beleid dat wordt gevoerd om de wachtlijst te beperken;

- draagvlak voor een uniform registratiesysteem.

De vaststelling van deze vragenlijst is tot stand gekomen via een gelijksoortig proces zoals bij fase 2 is gehanteerd: na bespreking in het projectteam wachtlijsten AGGZ is het instrument uitgetest bij een RIAGG.

Ter verkrijging van meer gedetailleerde en gevalideerde informatie zijn voor de beantwoording van vraag 3, aanvullend op boven beschreven vragenlijst, ook in deze fase interviews gehouden.

Deze interviews zijn gehouden met de 4 RIAGG's die zich bevinden in de in fase 2 geselecteerde regio's.

Deze interviews zijn gevoerd aan de hand van een semi-gestructureerde vragenlijst, die gebaseerd was op het hiervoor besproken instrument. Er werd dieper ingegaan op de volgende items:

- aard van de cliënt-registratie;
- gehanteerde (inhoudelijke en technische) uitgangspunten en criteria;
- gesignaleerde knelpunten;
- omvang van de wachttijden;
- draagvlak voor een uniforme wachtlijstregistratie.

Met deze interviews is ook een beeld verkregen van de mogelijke zorg- en behandeltrajecten die de cliënten bij RIAGG's doorlopen. Dit laatste is voor dit onderzoek van belang, omdat de wijze waarop een cliënt- en wachttijdregistratiesysteem is opgebouwd bij voorkeur logisch aansluit bij dat traject. Het is hier niet de bedoeling om alle mogelijke behandeltrajecten uitputtend te beschrijven, als wel om een beeld te krijgen van de wijze waarop dit wordt geregistreerd en de rol van het registratiesysteem in het behandelproces.

3. Resultaten en conclusies fase 1: documentenanalyse en inventarisatie

Fase 1 bestaat uit twee activiteiten: een beknopte documentenanalyse en een inventarisatie van de in hoofdstuk 2 beschreven items die gebruikt zijn in de gestructureerde interviews.

De documentenanalyse bestond uit het doorwerken van de verschenen literatuur op het gebied van wachttijden en wachttijsten in de AGGZ, de brieven van de Minister over dit onderwerp aan de Tweede Kamer en de recent verschenen artikelen op dit gebied in de (medische) tijdschriften. Dit alles heeft gediend ter voorbereiding op de volgende fasen van het onderzoek.

3.1 Resultaten interviews

- *response*

In totaal zijn er met 12 verschillende actoren interviews gehouden. In tabel 1 wordt hiervan een overzicht gegeven.

Tabel 1: respondenten fase 1

Organisatie

1. Basisberaad GGZ
 2. Koepel eerstelijnspsychologen
 3. GGZ Nederland (APZ, RIAGG)
 4. Inspectie voor de Gezondheidszorg
 5. Jelgersma polikliniek (PUK)
 6. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
 7. Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychotherapeuten
 8. Nederlandse Vereniging van vrijgevestigde Psychiaters
 9. Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
 10. Zorgverzekeraar Ohra
 11. Zorgverzekeraar Zilveren Kruis
 12. Zorgverzekeraar Zorg en zekerheid
-

-begrip wachttijd, wachtlijst en wachtende

Over de begrippen wachttijd, wachtlijst en wachtende bestaat onder de geïnterviewde actoren geen consensus. In tabel 2 wordt een overzicht gegeven van hetgeen de respondenten hier zoal onder verstaan.

Tabel 2: gehanteerde definities

Item	
wachttijd	<ul style="list-style-type: none">• moment vanaf indicatie voor behandeling tot aanvang van geïndiceerde behandeling• periode tussen meetmomenten• de tijd die een cliënt moet wachten tussen aanmelding en behandeling• 4 contacttijden<ul style="list-style-type: none">-periode tot aanmelding 1e gesprek-periode van 1e gesprek tot laatste diagnose gesprek-periode van laatste diagnose tot begin van de behandeling-totaal van deze periodes• tijd tussen 1e telefonische aanmelding en de 1e afspraak (intake)• de tijd van aanmelding tot intake• definities Nzi handboek• tijd die iemand moet wachten voor een behandeling
wachtende	<ul style="list-style-type: none">• iedereen die langer moet wachten dan de normtijd• cliënt die op de wachtlijst staat• de cliënt die zich aangemeld heeft en moet wachten op behandeling• iemand die op de wachtlijst staat• definities NZi handboek
wachtlijst	<ul style="list-style-type: none">• registratie binnen de instelling van het aantal wachtenden, de problematiek en de tijdsduur van het wachten en voor welke behandeling gewacht wordt.• bestaat niet• aantal wachtenden• lijst van mensen die na de intake nog niet in behandeling kunnen worden genomen• namen van mensen die na aanmelding op intake wachten• definities NZi handboek• list van wachtende chronologische aangelegd

- omvang en oorzaak

In tabel 3 is in kaart gebracht wat er op dit moment bij de diverse geïnterviewden beschikbaar is aan wachtlijstinformatie per type aanbieder.

Tabel 3: thans beschikbare wachtlijstinformatie

Instelling	Wat is er beschikbaar
RIAGG	<ul style="list-style-type: none">• geen informatie beschikbaar• kent een redelijke uniforme manier van wachtlijstregistratie. De wijze waarop men binnen de instelling feitelijk registreert is echter niet altijd volledig betrouwbaar. De cijfers die beschikbaar zijn geven een redelijk goed beeld van de werkelijkheid zij het dat er alleen gemiddelde cijfers beschikbaar zijn. Nadeel is het ontbreken van gedetailleerde gegevens rondom cliëntenstromen. (betrouwbaarheid van riagg gegevens is groot. Echter bij intersectorale vergelijking neemt de betrouwbaarheid af, in verband met dubbeltellingen, het moeilijk vergelijken van gegevens door het hanteren van verschillende criteria.)• voor intake acuut < 7 dagen, na intake en voor behandeling 2 a 3 maanden• omvang: rapport InterView; oorzaak : budget te klein, te veel kortdurende behandelingen, gemiddelde behandelduur is te lang, te weinig omliggende voorzieningen, geografische regio's; betrouwbaarheid: niet betrouwbaar en niet volledig
PAAZ	<ul style="list-style-type: none">• geen informatie beschikbaar
PUK	<ul style="list-style-type: none">• geen informatie beschikbaar• weinig signalen dat er grote wachtlijsten zijn• geen wachtlijsten• afhankelijk van locatie uiteenlopend van 1-2 weken tot 3 maanden
Poli APZ	<ul style="list-style-type: none">• weinig signalen dat er grote wachtlijsten zijn• geen informatie beschikbaar
Vrijgevestigde psychiaters	<ul style="list-style-type: none">• geen informatie beschikbaar <p>bij de jeugd gemiddeld 2,5 maand (te weinig kinderpsychiaters); bij volwassenen is dit afhankelijk per psychiater</p>
Vrijgevestigde psychotherapeuten	<ul style="list-style-type: none">• geen informatie beschikbaar• kleine wachtlijsten, niet voldoende psychotherapeuten
Eerstelijns psychologen	<ul style="list-style-type: none">• geen wachtlijsten, vraag neemt derhalve fors toe, weinig mogelijkheden om door te verwijzen, gebrek aan goede samenwerkingsverbanden, taakafbakening etc.• geen informatie beschikbaar
KJP	<ul style="list-style-type: none">• geen informatie beschikbaar• omvang: wel wachtlijsten, niet bekend hoe groot; oorzaak: capaciteitstekort; betrouwbaar: onbekend

- wachtlijstregistratie

Over de relatie wachtlijstregistratie en de ontwikkelingen t.a.v. indicatiestelling is nog weinig bekend. Momenteel zijn er wel enkele, verschillende initiatieven gaande:

- regionale initiatieven: geïntegreerde indicatiestelling met een belangrijke rol van zorgverzekeraars. Hiervoor is een commissie opgericht waarin patiënten, verzekeraars en aanbieders zitting hebben. De gemeenten zijn niet in dit traject betrokken;

- landelijke werkgroep IOG, indicatie-overleg waarbij alle betrokken partijen bij aanwezig zijn;
- landelijke werkgroep psychotherapie; ‘inhoudelijke’ aanvulling op het IOG.

Ook werd er een aantal opmerkingen gemaakt ten aanzien van centrale indicatiestelling:

“Het zou wel eens zeer onwenselijk kunnen zijn vanwege de sterk bureaucratische inslag, waardoor de kosten stijgen en de wachttijden ook. Patiënt moet dan langs 3 loketten, eerst voor aanmelding, dan bij de aanbieder waar hij/zij naar toe wordt verwezen, en dan nog naar de zorgverzekeraar met de vraag of dit wel verzekerd is. Het verplaatsen van patiënten naar een andere regio, waar de wachttijden minder lang zijn is ook geen oplossing. De patiënt moet gewoon in eigen omgeving blijven”.

“Ik vind het een goede zaak, op deze wijze krijg je meer grip op hetgeen nodig is, bovendien krijg je zo een snelle selectie van cliënten”.

Voorts is de vraag voorgelegd wat de gewenste functie en inhoud van wachtlijstregistratie, zowel uit landelijk als regionaal oogpunt zou kunnen zijn. Tabel 4 geeft de volgende bevindingen weer.

Tabel 4: gewenste functie en inhoud wachtlijstregistratie

Functie
• spiegelinformatie voor instelling
• koepelbeleid
• t.b.v. middelen substitutie
• toekomstvoorspellingen (anticiperen op verwachte zorgvraag)
• verbetering logistiek ggz
• objectieve informatie
• instellingenbeleid (inzet personeel en doelmatigheid organisatie)
• financiers (inzicht in vraag/aanbod en kosten daarvan)
• overheid voor juiste spreiding en voor juiste kosten (herallocatie middelen)
• productieafspraken
• geeft beeld van het regionale aanbod en de mate waarin vraag/aanbod zijn afgestemd; nagaan in hoeverre zorg toegankelijk is

- draagvlak uniform registratiesysteem

Het grootste gedeelte van de geïnterviewde actoren zijn voor een uniform registratiesysteem. Genoemde redenen:

- betere spreiding van middelen en een systeem dat inzicht biedt over de instellingen heen;
- regionale meerwaarde, de verkregen informatie met een dergelijk systeem kan worden gebruikt als spiegelinformatie voor de instelling en anderzijds om aanvaardbare wachttijden criteria vast te stellen. Daarnaast kan een uniform systeem uitkomst bieden als monitoringssysteem en/of planningsinstrumentarium;
- het onderling vergelijken van gegevens wordt hierdoor mogelijk.

Twee respondenten hebben in dit verband gepleit voor een regionale pilot, alvorens over te gaan op een landelijk uniform systeem.

3.2 Conclusies fase 1

- algemeen

Er is met uitzondering van de resultaten van de onderzoeken, uitgevoerd door Bureau Inter/View, geen landelijke wachttijstinformatie beschikbaar van aanbieders van ambulante geestelijke gezondheidszorg. De onderzoeken van Bureau Inter/View betreffen alleen informatie over RIAGG's. Er bestaat echter onder de geïnterviewde actoren wel behoefte aan meer wachttijstinformatie. Deze informatie is niet beschikbaar, of moeilijk te interpreteren.

Voordat er een (nieuw) wachttijstregistratiesysteem kan worden opgezet is het van belang de patiëntenstromen (bv. aan de hand van geprotocolleerde indicatiestelling) over de instellingen heen in kaart te hebben gebracht. Pas dan kunnen daadwerkelijke oplossingen voor de wachttijden problematiek worden gevonden.

- begripsomschrijving

Onder de geïnterviewden bestaan verschillende opvattingen over de begrippen wachttijd, wachtlijst en wachtende.

- rol wachttijstregistratie

De wachttijstregistratie kan een rol spelen bij de volgende aspecten:

- het kan gebruikt worden als spiegelinformatie voor instellingen

- er kunnen toekomstvoorspellingen meegedaan worden
- het kan een bijdrage leveren aan het verbeteren van de logistiek binnen de GGZ
- het kan objectieve informatie opleveren en daardoor kan beter zicht op problematiek worden gehouden

- relatie tussen wachtlijstregistratie en de ontwikkelingen ten aanzien van indicatiestelling;

De indruk heerst dat er weinig overleg bestaat tussen de verschillende initiatiefnemers op het gebied van indicatiestelling.

- het gebruik van wachtlijstinformatie

Er zijn diverse actoren die baat hebben bij juiste wachtlijstinformatie. Dit betreffen met name verzekeraars, instellingen, overige (vrijgevestigde) AGGZ-aanbieders, overheden en patiëntenverenigingen.

- draagvlak uniform registratiesysteem

Onder de betrokken actoren bestaat er een draagvlak voor een uniform registratiesysteem. Men heeft echter nog nauwelijks nagedacht over de daadwerkelijke invulling van een dergelijk registratiesysteem, met name de wijze waarop, wie wel en wie niet hieraan mee moeten doen, de consequenties van een dergelijke operatie en het daadwerkelijk gebruik zijn nog niet goed doordacht.

4. Resultaten fase 2 : wachtlijsten AGGZ (exclusief RIAGG's)

4.1 Resultaten schriftelijke enquête

In dit hoofdstuk worden per type aanbieder de belangrijkste resultaten beschreven, een samenvatting van een aantal bevindingen is in tabelvorm opgenomen als bijlage.

Eerst wordt bij ieder type aanbieder een korte beschrijving gegeven van dezelfde items. Gezien het grote aantal verschillende typen aanbieders (9 in getal) komt dit wellicht de leesbaarheid niet ten goede. Het weergeven van de resultaten van alle typen aanbieders bijeen zou echter leiden tot een onoverzichtelijke beschrijving. Voor de duidelijkheid is daarom gekozen voor een weergave per type aanbieder. Lezers die vooral zijn geïnteresseerd in het 'overall' beeld, worden geadviseerd direct door te gaan naar paragraaf 4.11: 'Resultaten interviews'. Gedetailleerde informatie per type aanbieder kan dan desgewenst in de betreffende paragraaf opgezocht worden .

Eén van items die bij ieder type aanbieder wordt beschreven betreft de omvang van de wachttijd. Hierbij kan onderscheid worden gemaakt tussen wachttijd voor intake of wachttijd voor behandeling. Bij sommige aanbieders vindt er snel een intake plaats, waarna cliënten weer een bepaalde tijd moeten wachten voordat de daadwerkelijke behandeling plaatsvindt. Bij andere aanbieders komt het voor dat cliënten lang moeten wachten op intake, maar dat de behandeling aansluitend hierop kan plaatsvinden. Ook het karakter van de intake verschilt per (type) aanbieder: bij sommigen is dit niet meer dan een kennismakingsgesprek, bij anderen is dit een uitgebreide screening. Vanwege deze verschillen worden hieronder twee wachttijden beschreven, die voor de intake, en die, ná de intake, voor de behandeling. De totale wachttijd (van aanmelding tot de start van de behandeling) is de optelsom van deze twee, waarbij geen correctie heeft plaatsgevonden voor de lengte van de intake.

4.2 PAAZ-en

- response

In totaal zijn 54 PAAZ-en aangeschreven met het verzoek de vragenlijst in te vullen. De PAAZ-en die zijn geïnterviewd, zie de betreffende paragraaf, zijn hierbij niet inbegrepen.

Na ruim een maand is een rappelbrief verzonden aan instellingen die nog niet hadden gereageerd. Hierop lieten 3 PAAZ-en weten niet te zullen reageren, 2 vanwege het feit dat men stelde geen wachttijden te hebben en 1 vanwege andere redenen.

Uiteindelijk is van 31 PAAZ-en een ingevulde vragenlijst retour ontvangen, waarbij er 3 zijn die reageerden vanuit een samenwerkingsverband, bijvoorbeeld een MFE. Gezien het bijzondere karakter hiervan worden deze 3 apart besproken.

De totale response bij deze groep aanbieders komt hiermee op 57%.

- begrip 'wachttijd'

Onder wachttijd wordt door de respondenten achtereenvolgens verstaan de wachttijd voor intake (8%), de wachttijd voor behandeling (19%), de wachttijd voor intake/behandeling, waarbij geen onderscheid wordt gemaakt tussen beide momenten (46%) of het feitelijke wachten in de wachtkamer (8%). Van de respondenten heeft 19% geen antwoord gegeven op deze vraag.

- omvang wachttijd

Van de PAAZ-respondenten geeft 61% aan dat wachttijden een probleem vormen, ruim een derde (36%) zegt daarentegen geen problemen op dit gebied te hebben.

Op het moment van invullen van de vragenlijst was de gemiddelde wachttijd bij de PAAZ-respondenten voor intake bij jeugd 2,8 weken, bij volwassenen 5.2 weken en bij ouderen 4 weken. De gemiddelde wachttijd (na eventuele intake) voor behandeling bedroeg bij jeugd 1.1 week, bij volwassenen 3.9 weken en bij ouderen 1.4 week.

Gemiddeld wachten er voor intake bij de PAAZ-respondenten bij jeugd 3.2, bij volwassenen 20, en bij ouderen 2.8 cliënten.

Er blijkt een sterke relatie te zijn tussen het van mening zijn dat wachttijden een probleem voor de organisatie zijn en de feitelijke wachttijd (in weken) voor het eerste intake gesprek. Het omslagpunt lijkt hiervoor bij ongeveer 3 weken te liggen. Door respondenten met een wachttijd voor intake (bij volwassenen) korter dan 3 weken wordt de wachttijd in slechts 16 % als problematisch ervaren. Bij respondenten met een wachttijd langer dan 3 weken is dit 90%.

- beleid

Van de respondenten voor wie wachttijden een probleem vormen, voert 80% een specifiek beleid terzake.

Dit beleid kan, ook per instelling, gericht zijn op meerdere aspecten tegelijk. Bij de PAAZ-respondenten is het beleid gericht op een cliëntenstop voor bepaalde groepen cliënten (73%), het doorverwijzen van cliënten (46%), capaciteitsuitbreiding (40%), een verkorting van de behandelduur (33%) of een ander type behandeling (33%).

- regionaal overleg

Van de PAAZ-respondenten voert 29% op structurele basis regionaal overleg met andere AGGZ-aanbieders inzake wachtlijsten, 21% doet dit op ad hoc basis en 43% in het geheel niet. De respondenten die geen structureel overleg hieromtrent voeren zijn PAAZ-en met een relatief korte (minder dan 5 weken), of juist een relatief lange (meer dan 7 weken) wachttijd voor intake bij volwassenen. De PAAZ-en die wel deelnemen aan een dergelijk overleg hebben een wachttijd voor intake van om en nabij de 6 weken.

- doorverwijzing

Het aantal doorverwijzingen vanwege wachttijdproblematiek in 1997 was bij de PAAZ-respondenten in totaal 217. Deze 217 doorverwijzingen vonden plaats in 4 PAAZ-en, het merendeel van de respondenten zegt nooit door te verwijzen. Van de respondenten was 14% niet in staat een schatting van deze aantallen te geven, terwijl 11% deze vraag in het geheel niet heeft beantwoord. Van de genoemde 217 doorverwijzingen waren er 93 vóór de intake. Deze waren met name naar een RIAGG (65%); verwijzingen na de intake richting zijn richting verslaafdenzorg (27%), RIAGG (19%) of een vrijevestigde psychiater (14%).

Er is geen aantoonbaar verband tussen het aantal doorverwijzingen vanwege wachttijdproblematiek en het aantal weken dat volwassenen moeten wachten op het eerste intake gesprek of het aantal volwassenen dat hier op wacht.

- wachttijd: oorzaken en oplossingen

De meest genoemde oorzaak van wachttijden is het capaciteitstekort (43%). Andere oorzaken, die door meerdere respondenten zijn genoemd, zijn de wachttijden in andere instellingen, het te weinig samenwerken in de regio, het te weinig samenwerken binnen de organisatie en een toename van vraag naar AGGZ.

Als oplossing wordt met name genoemd een uitbreiding van de capaciteit (24%). Voorts wordt door meerdere respondenten in dit verband gedacht aan verbetering van de samenwerking, binnen de instelling en op regionaal niveau, een betere selectie van de instroom en een reductie van het aantal zittingen.

- wachtlijstregistratie

Van de respondenten registreert 38% wachtlijstgegevens; de helft van de PAAZ-en (50%) doet dit niet. De overige 12% heeft deze vraag niet beantwoord. Van degenen die wel wachtlijstgegevens registreren doet 60% dit handmatig, 30% geautomatiseerd en 10% gebruikt een combinatie van beide.

- draagvlak uniform registratiesysteem

Gevraagd is naar de mening omtrent een uniform registratiesysteem in de AGGZ. Bijna de helft van de PAAZ-respondenten (46%) is voor een uniform systeem. Ongeveer de helft hiervan is voor een landelijk uniform systeem, de andere helft voor een regionaal uniform systeem. Van de respondenten is een derde (32%) tegen een uniform systeem. Er is geen verband tussen het voor/tegen zijn op een uniform registratiesysteem en het feit of men wachttijden als problematisch ervaart.

Van de respondenten is ruim een derde (36%) bereid om over te gaan op een uniform systeem, 18% is alleen bereid indien het een verplichting wordt. Van de responderende PAAZ-en is ruim een vijfde (21%) in het geheel niet bereid hiertoe over te gaan.

4.3 PUK-poliklinieken

- *response*

Alle 7 PUK-poliklinieken zijn aangeschreven met het verzoek de vragenlijst in te vullen.

Na ruim een maand is een rappel-brief verzonden aan instellingen die nog niet hadden gereageerd.

Uiteindelijk is van 5 PUK-poliklinieken een ingevulde vragenlijst retour ontvangen, waardoor de response van deze groep komt op 71%.

- *begrip 'wachttijd'*

Onder wachttijd wordt door 4 van de 5 respondenten verstaan de tijd tussen aanmelding en intake; 1 respondent verstaat hieronder de wachttijd van aanmelding tot behandeling.

- *omvang wachttijd*

Van de 5 respondenten geven er 2 (40%) aan dat wachttijden een probleem vormen, de overige 3 (60%) hebben daarentegen geen problemen op dit gebied.

Op het moment van invullen van de vragenlijst was de wachttijd bij de PUK-respondenten voor intake bij jeugd bij 1 respondent 10 weken, bij de overigen was er geen wachttijd, of was deze vraag niet van toepassing, aangezien er geen jeugd wordt behandeld. De gemiddelde wachttijd voor intake bij volwassenen is 4.8 weken, bij ouderen is 3.7 weken. De gemiddelde wachttijd (na eventuele intake) voor behandeling bedroeg bij volwassenen en ouderen 3.7 weken. Bij kinderen was dit wederom nul, of niet van toepassing.

Gemiddeld wachten er voor intake bij de PUK-respondenten geen jeugdigen en 48 volwassenen/ouderen. Deze laatste 2 categorieën werden bij de PUK-respondenten meestal samengenomen bij de beantwoording.

Gezien het geringe aantal PUK-poliklinieken kan er bij deze aanbieders weinig gezegd worden over de relatie tussen het van mening zijn dat wachttijden een probleem voor de organisatie zijn en de feitelijke wachttijd (in weken) voor het

eerste intake gesprek. De PUK met de kortste wachttijd (2 weken) ervaart geen wachttijdproblemen, de PUK met de langste wachttijd hiervoor (12 weken) wel.

- beleid

Vier van de vijf PUK-respondenten, waaronder de 2 die aangeven wachttijdproblemen te hebben, voeren een beleid ten aanzien van wachttijden. Dit beleid kan, ook per instelling, gericht zijn op meerdere aspecten. Bij de PUK-respondenten is dit beleid gericht op een cliëntenstop (50%), capaciteitsuitbreiding (50%), het doorverwijzen van cliënten (25%) en een verkorting van de behandelduur (25%). In tegenstelling tot de PAAZ-en gaat men niet over tot een ander type behandeling.

- regionaal overleg

Van de 5 respondenten voert er 1 op structurele basis regionaal overleg met andere AGGZ-aanbieders inzake wachtlijsten, 2 doen dit op ad hoc basis en 2 in het geheel niet. Er lijkt geen verband te bestaan tussen het al dan niet voeren van overleg en de wachttijd voor intake bij volwassenen.

- doorverwijzen

In totaal zijn in 1997 3.230 cliënten verwezen naar een PUK-polikliniek. Vanwege wachttijdproblematiek zijn hiervan bij benadering 250 doorverwezen, allen door 1 respondent. Van de overige respondenten verwijzen er 3 nooit door vanwege deze reden en bij 1 zijn hieromtrent geen gegevens bekend.

Van de genoemde 250 doorverwijzingen is niet bekend of zij voor of na de intake plaats hebben gevonden. De verwijzingen waren naar een polikliniek PAAZ (20%), polikliniek APZ (20%), MFE (20%), RIAGG (20%), zelfstandig gevestigd psychiater (5%) of naar een zelfstandig gevestigd psychotherapeut (5%).

Genoemde PUK, die als enige doorverwijst, blijkt ook de PUK te zijn met de langste wachttijd voor intake bij volwassenen.

- wachttijd: oorzaken en oplossingen

Als oorzaak voor de wachttijden is in deze groep vooral genoemd: capaciteitstekort en onverwachte pieken (aanbod), in combinatie met 'dalen'(capaciteit)

Genoemde oplossingsmogelijkheden zijn capaciteitsuitbreiding, kortere interventies en het instellen van advies-sprekken.

- wachtlijstregistratie

Van de respondenten zijn er 2 die wachtlijstgegevens registreren; de overige 3 doen dit niet.

Van degenen die wel wachtlijstgegevens registreren doet 1 dit geautomatiseerd en 1 gecombineerd met een handmatige methode.

- draagvlak uniform registratiesysteem

Gevraagd is naar de mening over een uniform registratiesysteem in de AGGZ. Twee respondenten zijn voor een uniform systeem op regionaal niveau, de overige drie zijn tegen een uniform systeem.

Ook bij deze groep AGGZ-aanbieders bestaat geen verband tussen het voor/tegen zijn op een uniform registratiesysteem en het feit of men wachttijden als problematisch ervaart.

Van de 5 respondenten in deze groep zijn er 3 bereid om over te gaan op een uniform registratiesysteem, de overige 2 niet.

4.4 APZ-en

- response

In totaal zijn 36 APZ-en aangeschreven met het verzoek de vragenlijst in te vullen. Er bleken verschillende APZ-en te zijn, die bestaan uit meerdere locaties. Deze APZ-en zijn als één gerekend. De APZ-en in de interview-regio's zijn hierbij niet meegerekend.

Na ruim een maand is een rappel-brief verzonden aan instellingen die nog niet hadden gereageerd. Hierop lieten 5 respondenten weten niet te zullen reageren: 2 omdat men geen wachttijdproblematiek kende en 1 vanwege het feit dat men alleen deeltijdbehandeling aanbood en dus buiten het domein van dit onderzoek viel. De overige 2 gaven geen nadere reden op.

Uiteindelijk zijn 21 ingevulde vragenlijsten ontvangen, waarvan er 2 zijn ontvangen vanuit een samenwerkingsverband (mfe). Gezien het bijzondere karakter hiervan worden deze apart besproken. De uiteindelijke response in deze groep komt op 46% (n=16), aangezien er vanuit 2 APZ-en 2, respectievelijk 3, vragenlijsten zijn ontvangen. Dit betreffen APZ-en met hetzij verschillende locaties, hetzij zeer verschillende behandelcircuits, die het onmogelijk maakten de vragenlijsten

bijeen te voegen. Hoewel deze bij de analyse apart worden gerekend, tellen zij bij het bepalen van de totale response als 1 APZ.

- begrip 'wachttijd'

Onder wachttijd wordt door bijna de helft van de respondenten (48%) verstaan de periode tussen aanmelding en intake; een kwart verstaat hieronder de tijd tussen aanmelding en behandeling en door nog eens een kwart wordt het onderscheid tussen intake en behandeling niet gemaakt, en heeft de wachttijd betrekking op dat gecombineerde moment.

- omvang wachttijd

Ruim de helft van de APZ-en (58%) geeft aan dat wachttijden een probleem vormen, de overige 42% zegt daarentegen geen problemen op dit gebied te hebben.

Op het moment van invullen van de vragenlijst was de gemiddelde wachttijd bij de APZ-respondenten voor intake bij jeugd 8 weken, bij volwassenen 5.4 weken en bij ouderen 2.4 weken. De gemiddelde wachttijd (na eventuele intake) voor behandeling bedroeg bij jeugd 0 weken, bij volwassenen 5.1 weken en bij ouderen 1.3 week.

Gemiddeld wachten er voor intake bij de APZ-respondenten bij jeugd 20.7, bij volwassenen 49.9, en bij ouderen 5 cliënten.

Ook bij de APZ-respondenten blijkt een sterke relatie te zijn tussen het van mening zijn dat wachttijden een probleem voor de organisatie zijn en de feitelijke wachttijd (in weken) voor het eerste intake gesprek. Het omslagpunt lijkt ook hier bij ongeveer 3 weken te liggen. Door respondenten met een wachttijd voor intake (bij volwassenen) korter dan 3 weken wordt de wachttijd door geen van de respondenten als problematisch ervaren. Alle respondenten met een wachttijd voor intake bij volwassenen langer dan 3 weken ervaren wachttijden als problematisch.

- beleid

Van de respondenten voor wie wachttijden een probleem vormen, voert 90% een specifiek beleid terzake.

Dit beleid kan tegelijkertijd op meerdere aspecten zijn gericht en betreft bij de APZ-respondenten het doorverwijzen van cliënten (28%), een verkorting van de behandelduur (25%), een ander type behandeling (25%), capaciteitsuitbreiding (17%) en een cliëntenstop voor bepaalde groepen cliënten (6%).

- regionaal overleg

Van de respondenten voert 26% op structurele basis regionaal overleg met andere AGGZ-aanbieders inzake wachtlijsten, 37% doet dit op ad hoc basis en nog eens 37% in het geheel niet. Anders dan bij de PAAZ-respondenten lijkt is hier geen sterk verband tussen het al dan niet voeren van dit structureel overleg en de lengte van de wachttijd voor intake bij volwassenen. Wel is het zo dat het APZ met veruit de langste wachttijd hiervoor (12 weken) geen regionaal overleg terzake voert.

- doorverwijzing

Het aantal doorverwijzingen vanwege wachttijdproblematiek in 1997 was bij de 16 APZ-respondenten in totaal 323, waarvan 73 vóór de intake. Vóór de intake wordt met name naar een RIAGG verwezen (34%), verwijzingen na de intake zijn richting een ander APZ (56%), of een RIAGG (34%).

- wachttijd: oorzaken en oplossingen

Ook hier wordt capaciteitstekort het meest genoemd, te weten door 38% van de APZ-en, als oorzaak van wachttijden. Andere, meerdere malen genoemde oorzaken zijn de onverwachte pieken, een toename van de vraag naar AGGZ en te weinig doorstroming.

Als oplossing wordt, naast capaciteitsuitbreiding, door meerdere respondenten genoemd: een betere selectie van de instroom en een reductie van het aantal zittingen.

- wachtlijstregistratie

Van de respondenten registreert 72% wachtlijstgegevens; de overige 28% doet dit niet.

Van degenen die wel wachtlijstgegevens registreren doet 77% dit geautomatiseerd, 15% doet dit handmatig en 8% gebruikt een combinatie van beide.

- draagvlak uniform registratiesysteem

Ten aanzien van het draagvlak voor een uniform registratiesysteem in de AGGZ gaf 58% van de APZ-en aan vóór een uniform systeem te zijn, waarvan ruim de helft niet voor een systeem op landelijk, maar op regionaal niveau is. Ruim een derde (37%) van de respondenten is tegen een uniform systeem.

Er is geen verband tussen de antwoorden op deze vraag en in hoeverre men wachttijden als problematisch ervaart.

Alle APZ-respondenten zijn bereid om over te gaan tot een uniform registratiesysteem in de AGGZ, waarbij een derde de aantekening maakt dit alleen te doen indien het een verplichting wordt.

4.5 Poliklinieken voor KJP

- response

Alle 19 poliklinieken voor KJP zijn aangeschreven met het verzoek de vragenlijst in te vullen. Hiervan was 1 instelling waar interviews hebben plaatsgevonden. Deze KJP-polikliniek wordt in de paragraaf meegenomen. Na ruim een maand is een rappel-brief verzonden aan instellingen die nog niet hadden gereageerd. Uiteindelijk zijn 11 ingevulde vragenlijsten ontvangen, waardoor de response in deze groep op 58% ligt.

- begrip 'wachttijd'

Onder wachttijd wordt ook hier de volgende, ongeveer gelijkelijk verdeelde, zaken verstaan: de periode van aanmelding tot intake, tot behandeling, of tot een combinatie van beide.

- omvang wachttijd

Het merendeel van de respondenten (82%) geeft aan dat wachttijden een probleem vormen, de overige 18% zegt daarentegen geen problemen op dit gebied te hebben.

Op het moment van invullen van de vragenlijst was de gemiddelde wachttijd bij de KJP-respondenten voor intake bij jeugd 7.3 weken. De gemiddelde wachttijd (na eventuele intake) voor behandeling bedroeg bij jeugd 9 weken. Gemiddeld wachten er voor intake bij de KJP-poliklinieken bij jeugd 36 cliënten.

Ook bij de KJP-respondenten blijkt een sterke relatie te zijn tussen het van mening zijn dat wachttijden een probleem voor de organisatie zijn en de feitelijke wachttijd (in weken) voor het eerste intake gesprek. Het omslagpunt ligt ook hier bij 3 weken. Door respondenten met een wachttijd voor intake (bij jeugd) korter dan 3 weken wordt de wachttijd door geen van de respondenten als problematisch ervaren. Alle respondenten met een wachttijd voor intake langer dan 3 weken ervaren wachttijden als problematisch.

- beleid

Van de respondenten voor wie wachttijden een probleem vormen, voert 78% een specifiek beleid terzake.

Dit beleid is gericht op het doorverwijzen van cliënten (44%), een verkorting van de behandelduur (33%), een ander type behandeling (33%), capaciteitsuitbreiding (67%) en een cliëntenstop voor bepaalde groepen cliënten (33%) of bepaalde verwijzers (11%).

- regionaal overleg

Van de respondenten voert 36% op structurele basis regionaal overleg met andere AGGZ-aanbieders inzake wachtlijsten, 46% doet dit op ad hoc basis en 18% in het geheel niet. Alle respondenten met een wachttijd voor intake langer dan 5 weken voeren ook structureel overleg inzake wachttijden.

- doorverwijzing

Van de in 5.895 aanmeldingen bij de KJP-respondenten, werden er in 1997 in totaal 160 doorverwezen vanwege wachttijdproblematiek. Hiervan waren er 115 vóór de intake. Vóór de intake wordt met name verwezen naar een RIAGG (28%), een zelfstandig gevestigd psychiater (26%) of naar eerstelijns psycholoog (13%). Verwijzingen ná de intake zijn richting een RIAGG (56%) of naar een andere polikliniek voor KJP (44%).

- wachttijd: oorzaken en oplossingen

Ook bij deze groep respondenten is de meest genoemde oorzaak (35%) het capaciteitstekort. Daarnaast zijn ondermeer genoemd: een onvoldoende inzicht in de doelmatigheid van de behandelingen, een te hoog aantal zittingen en onvoldoende doorstroming.

De 2 meest genoemde oplossingen zijn: capaciteitsuitbreiding en een betere selectie bij de instroom. Voorts zijn meerdere malen genoemd: een betere samenwerking in de regio en meet efficiënt werken.

- wachtlijstregistratie

Van de respondenten registreert het merendeel (80%) wachtlijstgegevens; de overige 20% doet dit niet.

Van degenen die wel wachtlijstgegevens registreren doet de helft dit geautomatiseerd, 38% doet dit handmatig en 13% gebruikt een combinatie van beide.

- *draagvlak uniform registratiesysteem*

Ten aanzien van het draagvlak voor een uniform registratiesysteem in de AGGZ gaven 7 respondenten (64%) aan vóór een uniform landelijk systeem te zijn, 2 respondenten zijn tegen een dergelijk systeem en 2 gaven in het geheel geen antwoord op deze vraag.

Er is geen verband tussen de antwoorden op deze vraag en de mate waarin men wachttijden als problematisch ervaart.

Bijna tweederde (64%) van de KJP-poliklinieken is bereid om over te gaan tot een uniform registratiesysteem in de AGGZ, waarvan een derde de aantekening maakt dit alleen te doen indien het een verplichting wordt. Van de respondenten zegt er 1 niet bereid te zijn hiertoe over te gaan.

4.6 Poliklinieken voor verslavingszorg

- *response*

Alle 10 poliklinieken voor verslavingszorg zijn aangeschreven met het verzoek de vragenlijst in te vullen.

Na ruim een maand is een rappel-brief verzonden aan instellingen die nog niet hadden gereageerd. Hierop liet 1 respondent weten niet te zullen reageren, zonder hiervoor een reden te geven.

Van de overige zijn ingevulde vragenlijsten ontvangen, zodat er uiteindelijk 9 voor analyse gebruikt konden worden. De response in deze groep is hiermee 90%.

- *begrip 'wachttijd'*

Onder wachttijd wordt in deze groep even vaak verstaan de periode tussen aanmelding en intake, als tussen aanmelding en behandeling. Van de respondenten is er 1 die dit onderscheid niet maakt, en onder wachttijd de periode tot aan het moment intake/behandeling verstaat.

- omvang wachttijd

Van de 9 respondenten geven er 8 (89%) aan dat wachttijden een probleem vormen, slechts 1 respondent heeft geen problemen op dit gebied. Aangezien bij deze groep aanbieders het onderscheid tussen jeugd, volwassenen en ouderen niet zo strikt wordt gehanteerd, zijn deze bij het invullen van de vragenlijst vaak samengevoegd. Bij het weergeven van de wachttijden is hierbij aangesloten.

Op het moment van invullen van de vragenlijst was de gemiddelde wachttijd bij de respondenten voor intake 4 weken. De gemiddelde wachttijd (na eventuele intake) voor behandeling bedroeg 10.6 weken.

Gemiddeld wachten er voor intake bij de poliklinieken voor verslavingszorg 28 cliënten.

Ten aanzien van de relatie tussen het als problematisch ervaren van wachttijden en de feitelijke wachttijd voor intake is het bij deze groep zo, dat de enige respondent die geen wachttijdproblemen heeft ook degene is met de kortste wachttijd voor intake (1 week).

- beleid

Van de 8 respondenten voor wie wachttijden een probleem vormen, voeren er 7 (88%) een specifiek beleid terzake. Dit beleid betreft een ander type behandeling (67%), capaciteitsuitbreiding (44%), een verkorting van de behandelduur (33%) en doorverwijzing (11%). Bij geen van de respondenten wordt overgegaan tot een cliëntenstop.

- regionaal overleg

Geen van de respondenten voert op structurele basis regionaal overleg met andere AGGZ-aanbieders inzake wachtlijsten, 3 doen dit op ad hoc basis en de overige 6 in het geheel niet.

Er is geen verband vast te stellen tussen het al dan niet voeren van dit structureel overleg en de lengte van de wachttijd voor intake bij volwassenen. Wel is het zo dat de respondent met veruit de langste wachttijd hiervoor (16 weken) geen regionaal overleg terzake voert.

- doorverwijzing

Van het totale aantal aanmeldingen bij de responderende poliklinieken voor verslavingszorg, ongeveer 6.104 in 1997, is het aantal doorverwijzingen vanwege wachttijdproblematiek vrijwel nihil.

- wachttijd: oorzaken en oplossingen

De door meerdere respondenten genoemde oorzaken zijn: capaciteitstekort, onverwachte pieken en een toename van de vraag. Als mogelijke oplossingen wordt door meerderen naar voren gebracht een capaciteitsuitbreiding, een betere instroomselectie en een verantwoord aantal zittingen.

- wachtlijstregistratie

Van de respondenten registreert het merendeel (88%) wachtlijstgegevens; de overige 12% doet dit niet.

Van degenen die wel wachtlijstgegevens registreren doen de meesten (57%) dit geautomatiseerd, 14% doet dit handmatig en 29% gebruikt een combinatie van beide.

- draagvlak uniform registratiesysteem

Ten aanzien van het draagvlak voor een uniform registratiesysteem in de AGGZ geeft 51% van de respondenten aan vóór een uniform systeem te zijn, waarvan een derde niet voor een systeem op landelijk, maar op regionaal niveau is. De andere helft is tegen een uniform systeem.

Het merendeel van de respondenten (89%) is bereid om over te gaan tot een uniform registratiesysteem in de AGGZ, waarbij er 1 de aantekening maakt dit alleen te doen indien het een verplichting wordt.

Van de respondenten is er 1 niet bereid over te gaan op een dergelijk systeem.

4.7 Vrijgevestigde psychotherapeuten

- response

In totaal zijn 50 vrijgevestigde psychotherapeuten aselect aangeschreven met het verzoek de vragenlijst in te vullen. Adressen zijn verkregen via de NVVP. Van

deze 50 bleken er 6 niet meer woonachtig/werkzaam te zijn op het betreffende adres.

Na ruim een maand is een rappel-brief verzonden aan praktijken die nog niet hadden gereageerd. Hierop lieten er 12 weten niet te zullen reageren, 9 vanwege het feit dat er geen wachttijdproblematiek was en 3 vanwege andere redenen.

Uiteindelijk zijn 23 ingevulde en voor analyse bruikbare vragenlijsten ontvangen, hetgeen de response in deze groep op 52% brengt.

- *begrip 'wachttijd'*

Ook hier wordt onder wachttijd het meest verstaan de periode tussen aanmelding en intake (36%), de periode tussen aanmelding en behandeling (28%) en de periode tussen aanmelding en de combinatie intake/behandeling (20%).

- *omvang wachttijd*

Tweederde (66%) van de vrijgevestigde psychotherapeuten geeft aan dat wachttijden een probleem vormen, de overige 33% zegt daarentegen geen problemen op dit gebied te hebben.

Op het moment van invullen van de vragenlijst was de gemiddelde wachttijd bij de vrijgevestigde psychotherapeuten voor intake bij jeugd 2.7 weken, bij volwassenen 5.5 weken en bij ouderen 3.4 weken. De gemiddelde wachttijd (na eventuele intake) voor behandeling bedroeg bij jeugd 2.9 weken, bij volwassenen 6.5 weken en bij ouderen 4.9 weken.

Gemiddeld wachten er voor intake bij de respondenten bij jeugd 4.5, bij volwassenen 7.4, en bij ouderen 1.7 cliënten.

Ook bij de vrijgevestigde psychotherapeuten blijkt een sterke relatie te zijn tussen het van mening zijn dat wachttijden een probleem voor de organisatie zijn en de feitelijke wachttijd (in weken) voor het eerste intake gesprek. Het omslagpunt lijkt ook hier bij ongeveer 3 weken te liggen. Door respondenten met een wachttijd voor intake (bij volwassenen) korter dan 3 weken wordt de wachttijd door geen van de respondenten als problematisch ervaren. Met uitzondering van 1 respondent geven alle vrijgevestigde psychotherapeuten met een wachttijd voor intake bij volwassenen vanaf 3 weken aan dat wachttijden problematisch zijn.

- beleid

Van de respondenten voor wie wachttijden een probleem vormen, voert 73% een specifiek beleid terzake.

Dit beleid kan (tegelijkertijd) gericht zijn op meerdere aspecten. Bij deze groep respondenten is dit beleid gericht op het doorverwijzen van cliënten (80%), een verkorting van de behandelduur (53%), een ander type behandeling (40%), capaciteitsuitbreiding (27%) en een cliëntenstop voor bepaalde groepen cliënten (27%) of bepaalde verwijzers (20%).

- regionaal overleg

Van de respondenten voert 4% op structurele basis regionaal overleg met andere AGGZ-aanbieders inzake wachtlijsten, 78% doet dit op ad hoc basis en 13% in het geheel niet.

Er lijkt geen verband te zijn tussen het al dan niet voeren van dit structureel overleg en de lengte van de wachttijd voor intake bij volwassenen.

- doorverwijzing

Het aantal doorverwijzingen vanwege wachttijdproblematiek in 1997 was bij de vrijgevestigde psychotherapeuten in totaal 444, hetgeen ongeveer 17% is van het totaal aantal aanmeldingen bij de responderende psychotherapeuten. Dat totaal was 2.559 cliënten, waarvan er 41% via de huisarts zich aanmeldde. Van de genoemde 444 doorverwijzingen vonden er 418 plaats vóór de intake en dan met name naar een RIAGG (28%) of naar een andere vrijgevestigde psychotherapeut (17%). Verwijzingen na de intake waren vooral richting een andere psychotherapeut (46%).

- wachttijd: oorzaken en oplossingen

Als oorzaak voor de wachttijden wordt door meerdere respondenten in deze groep genoemd het capaciteitstekort, te weinig passende hulp voor cliënten, het feit dat het 'AWBZ-budget' niet wordt gecorrigeerd voor de toenemende vraag en het gegeven dat er te weinig verzekeraars zijn die hulp door psychotherapeuten (en eerstelijns psychologen) in hun pakket hebben.

Oplossingsmogelijkheden voor de wachttijden worden door respondenten vooral gezien in capaciteitsuitbreiding en meer 'AWBZ-uren' voor vrijgevestigde psychotherapeuten, door sommigen omschreven als: een versoepeling van de AWBZ.

- wachtlijstregistratie

Van de respondenten registreert ruim de helft (52%) wachtlijstgegevens; de overige 48% doet dit niet.

Van degenen die wel wachtlijstgegevens registreren doet 8% dit geautomatiseerd, de overige 92% registreert handmatig.

- draagvlak uniform registratiesysteem

Ten aanzien van het draagvlak voor een uniform registratiesysteem in de AGGZ gaf 31% van de respondenten aan vóór een uniform systeem te zijn, waarvan tweederde niet voor een systeem op landelijk, maar op regionaal niveau is. Van de vrijgevestigde psychotherapeuten is 56% tegen een uniform registratiesysteem.

Van de respondenten die geen wachttijdproblemen ervaren is 57% tegen, en 43% voor een uniform registratiesysteem; van de respondenten die wel wachttijdproblemen ervaren is 69% tegen, en 31 % voor een uniform systeem.

Van de responderende psychotherapeuten is ruim de helft (52%) bereid om over te gaan tot een uniform registratiesysteem in de AGGZ, waarbij bijna de helft de aantekening maakt dit alleen te doen indien het een verplichting wordt. Van de vrijgevestigde psychotherapeuten zegt 31% niet bereid te zijn hierop over te gaan.

4.8 Eerstelijns psychologen

- response

In totaal zijn 50 eerstelijns psychologen aselect aangeschreven met het verzoek de vragenlijst in te vullen. Adressen zijn verkregen via de NIP/ROEP. Van deze 50 bleek er 1 niet meer woonachtig/werkzaam te zijn op het betreffende adres. Na ruim een maand is een rappel-brief verzonden aan praktijken die nog niet hadden gereageerd. Hierop liet 8 aangeschrevenen weten niet te zullen reageren, waarbij 6 als reden opgaven geen wachttijden te hebben.

Uiteindelijk werden 28 ingevulde en voor analyse bruikbare vragenlijsten ontvangen, hetgeen de response in deze groep op 57% brengt.

- begrip 'wachttijd'

Ook onder deze respondenten wordt verschillend gedacht over de periode waar het begrip wachttijd betrekking heeft: periode tot aan intake (41%), tot aan behandeling (19%) of tot aan de combinatie intake/behandeling (37%).

- omvang wachttijd

Van deze eerstelijns psychologen geeft 57% aan dat wachttijden een probleem vormen, de overige 43% zegt daarentegen geen problemen op dit gebied te hebben.

Op het moment van invullen van de vragenlijst was de gemiddelde wachttijd bij de responderende eerstelijns psychologen voor intake bij jeugd 2.3 weken, bij volwassenen 2.8 weken en bij ouderen 2.7 weken. De gemiddelde wachttijd (na eventuele intake) voor behandeling bedroeg bij jeugd 2.7 weken, bij volwassenen 2.3 weken en bij ouderen 3.1 weken.

Gemiddeld wachten er voor intake bij de respondenten bij jeugd 1.6, bij volwassenen 7.3, en bij ouderen 11.5 cliënten.

Ook bij de eerstelijns psychologen blijkt een sterke relatie te zijn tussen het van mening zijn dat wachttijden een probleem voor de organisatie zijn en de feitelijke wachttijd (in weken) voor het eerste intake gesprek. Het omslagpunt lijkt ook hier bij ongeveer 3 weken te liggen. Door respondenten met een wachttijd voor intake (bij volwassenen) korter dan 3 weken wordt de wachttijd door geen van de respondenten als problematisch ervaren. Voorts geven alle eerstelijnspsychologen met een wachttijd voor intake bij volwassenen langer dan 3 weken aan dat wachttijden problematisch zijn.

- beleid

Van de respondenten voor wie wachttijden een probleem vormen, voert het merendeel (88%) een specifiek beleid terzake.

Dit beleid kan, ook binnen 1 praktijk, gericht zijn op meerdere aspecten tegelijkertijd. Bij deze groep is dit beleid gericht op het doorverwijzen van cliënten (65%), capaciteitsuitbreiding (48%), een cliëntenstop voor bepaalde groepen cliënten (9%) of bepaalde verwijzers (30%), een verkorting van de behandelduur (13%) en een ander type behandeling (13%).

- regionaal overleg

Van de respondenten voert 25% op structurele basis regionaal overleg met andere AGGZ-aanbieders inzake wachtlijsten, 64% doet dit op ad hoc basis en 11% in het geheel niet.

Opvallend is dat van de eerstelijnspsychologen die wel een dergelijk structureel overleg voeren het merendeel (83%) een wachttijd voor intake bij volwassenen heeft die korter of gelijk is aan 1 week.

- doorverwijzing

Bij de responderende eerstelijns psychologen hebben zich in 1997 ongeveer 2.520 cliënten aangemeld, waarvan ruim 70% via de huisarts. Het aantal doorverwijzingen vanwege wachttijdproblematiek in 1997 was bij de eerstelijns psychologen in totaal 476, hetgeen gelijk staat aan ongeveer 19% van het totaal aantal aanmeldingen bij de responderende psychologen. Van deze 476 doorverwijzingen vonden 393 plaats vóór de intake en dan met name naar een andere eerstelijns psycholoog (33%) of naar een vrijgevestigde psychotherapeut (21%). Verwijzingen na de intake zijn vooral richting een andere psychotherapeut (20%), een zelfstandig gevestigde psychiater (16%) of naar een APZ-polikliniek (13%).

- wachttijd: oorzaken en oplossingen

Ook hier is capaciteitstekort de meest genoemde (46%) oorzaak, daarnaast is door verschillende respondenten genoemd de populariteit van eerstelijnspsychologen waardoor er vaak naar verwezen wordt, de lage drempel bij deze groep aanbieders, het te kleine AGGZ-aanbod in de regio en de wachttijden in andere instellingen.

Als oplossing hiervoor wordt naast capaciteitsuitbreiding gedacht aan het doorverwijzen naar andere behandelaars.

- wachtlijstregistratie

Van de respondenten registreert ruim een derde (36%) wachtlijstgegevens; de overige 64% doet dit niet.

Van degenen die wel wachtlijstgegevens registreren doet 10% dit geautomatiseerd, het merendeel (90%) registreert handmatig.

- draagvlak uniform registratiesysteem

Ten aanzien van het draagvlak voor een uniform registratiesysteem in de AGGZ geeft 53% van de respondenten aan vóór een uniform systeem te zijn. Van deze respondenten is 60% niet voor een systeem op landelijk niveau, maar voor een systeem op regionaal niveau. Van de eerstelijns psychologen is 32% tegen een uniform registratiesysteem.

Van de respondenten die geen wachttijdproblemen ervaren is 25% tegen, en 75% voor een uniform registratiesysteem; van de respondenten die wel wachttijdproblemen ervaren is zowel 50 % voor als tegen een uniform systeem.

Van de responderende eerstelijns psychologen is ruim de helft (54%) bereid om over te gaan tot een uniform registratiesysteem in de AGGZ. Van dit percentage respondenten wil 40% dit alleen doen indien het een verplichting wordt. Van de eerstelijns psychologen zegt 14% niet bereid te zijn hierop over te gaan

4.9 Vrijgevestigde psychiaters

- response

In totaal zijn 58 vrijgevestigde psychiaters aselect aangeschreven met het verzoek de vragenlijst in te vullen. De reden om hier 8 meer aan te schrijven dan in voorgaande groepen was dat er op voorhand werd gewaarschuwd voor het feit dat het beschikbare adressenbestand voor zeker 10% zou bestaan uit niet kloppende adressen.

Een maand na het verzenden van de vragenlijst zijn er nog maar 6 ingevuld terug ontvangen. Van de respondenten bleken er 3 niet meer woonachtig/werkzaam te zijn op het betreffende adres. Degenen die nog niet hadden gereageerd zijn vervolgens allemaal telefonisch benaderd met de vraag of men alsnog bereid was mee te werken. Hierop lieten er 7 weten niet te zullen reageren omdat men geen wachttijden had en 1 gaf als reden op geen zin te hebben. De overige 41 waren telefonisch niet te bereiken (onbekend telefoonnummer, antwoordapparaat). Deze hebben hierop een korte rappel-brief met antwoordstrook toegezonden gekregen. Hierop zijn, naast nog 4 ingevulde vragenlijsten, 8 antwoordstrookjes terug ontvangen waarin men aangaf niet te zullen reageren vanwege: 3x geen wachttijden, 2x verkeerd adres, 1x geen zin en 2x andere reden. Van de overige 29 is niets meer ontvangen. De totale response in deze groep komt hiermee op 19%.

Gezien het geringe aantal respondenten worden de resultaten voor de duidelijkheid hier vooral in absolute getallen en niet in percentages weergegeven.

- *begrip 'wachttijd'*

Ook onder deze respondenten wordt verschillend, en ongeveer gelijkelijk verdeeld, gedacht over de periode waar het begrip wachttijd betrekking heeft: periode tot aan intake, tot aan behandeling of tot aan de combinatie intake/behandeling.

- *omvang wachttijd*

Van de 10 psychiaters geeft de helft aan dat wachttijden een probleem vormen, de overige 5 zeggen geen problemen op dit gebied te hebben.

Op het moment van invullen van de vragenlijst was de gemiddelde wachttijd bij de responderende psychiaters voor intake bij jeugd 10 weken, bij volwassenen 13 weken en bij ouderen 14 weken. De gemiddelde wachttijd (na eventuele intake) voor behandeling bedroeg bij jeugd 2.8 weken, bij volwassenen 1.6 week en bij ouderen 1.8 week.

Gemiddeld wachten er voor intake bij deze respondenten bij jeugd 5, bij volwassenen 8, en bij ouderen 3 cliënten.

Ook bij deze groep respondenten is er een relatie tussen het van mening zijn dat wachttijden een probleem voor de organisatie zijn en de feitelijke wachttijd (in weken) voor het eerste intake gesprek. Het omslagpunt lijkt hier ook om en nabij de 3 weken. Met uitzondering van 2 respondenten wordt, indien de wachttijd voor intake bij volwassenen korter is dan 3 weken, deze niet als problematisch ervaren.

- *beleid*

Van de 5 respondenten voor wie wachttijden een probleem vormen, voeren er 4 een specifiek beleid terzake. Dit beleid is gericht op het doorverwijzen van cliënten (5x genoemd), een cliëntenstop voor bepaalde groepen cliënten (5x genoemd), een ander type behandeling (1x genoemd) en capaciteitsuitbreiding (1x genoemd). Verkorting van de behandelduur werd bij deze respondenten niet genoemd.

- *regionaal overleg*

Van de respondenten voeren er 2 op structurele basis regionaal overleg met andere AGGZ-aanbieders inzake wachtlijsten, 3 doen dit op ad hoc basis en de overige 5 in het geheel niet.

Opvallend, maar wellicht ook begrijpelijk, is dat de psychiaters die niet deelnemen aan een dergelijk structureel overleg een kortere wachttijd voor intake bij volwassenen hebben dan psychiaters die wel deelnemen aan een dergelijk overleg.

- doorverwijzing

Bij 8 van de 10 responderende vrijgevestigde psychiaters meldden zich in 1997 ongeveer 640 cliënten aan. De overige 2 lieten deze vraag onbeantwoord.

Het aantal doorverwijzingen vanwege wachttijdproblematiek in 1997 is bij deze groep 26, waarvan 10 naar een eerstelijnspsycholoog, 6 naar een RIAGG en 5 naar een andere vrijgevestigde psychiater.

- wachttijd: oorzaken en oplossingen

De vaker genoemde oorzaken zijn toename van de vraag en het capaciteitstekort. De meest genoemde oplossing betreft een uitbreiding van de capaciteit. Daarnaast is een verkorting van de behandelduur door 2 respondenten genoemd.

- wachtlijstregistratie

Van de respondenten registreren er 5 wachtlijstgegevens; de overige 5 doen dit niet. Degenen die wel wachtlijstgegevens registreren doen dit, op 1 na, handmatig.

- draagvlak uniform registratiesysteem

Ten aanzien van het draagvlak voor een uniform registratiesysteem in de AGGZ geven er 3 te kennen vóór een uniform systeem te zijn, waarvan er 2 van mening was dat dit niet op landelijk, maar op regionaal niveau zou moeten. Tegen een uniform registratiesysteem zijn 5 van de 10 respondenten.

Van de responderende psychiaters is de helft bereid om over te gaan tot een uniform registratiesysteem in de AGGZ, waarvan er 2 zijn die dit alleen willen doen indien het een verplichting wordt. Een vijfde (2) van deze groep zegt niet bereid te zijn hierop over te gaan en 3 hebben deze vraag open gelaten.

4.10 Samenwerkingsverbanden/MFE's

- response

Uit de ontvangen vragenlijsten bleek dat er een aantal respondenten zijn, die in een dusver gevorderd stadium van samenwerking zijn gevorderd dat onderbrengen in een van de hiervoor genoemde typen aanbieders van AGGZ niet mogelijk was. Deze worden daarom apart behandeld.

Het betreft een totaal van 9 ingevulde vragenlijsten, vanuit 5 samenwerkingsverbanden. 1 Respondent 'bestaat' uit meerdere, dermate verschillende zorgcircuits, dat er 5 aparte vragenlijsten hiervan werden ontvangen die helaas niet konden worden samengevoegd voor analyse. Deze 5 worden daarom 'zelfstandig' meegenomen in onderstaande beschrijving.

Aangezien deze groep niet als zodanig is aangeschreven kan er ook geen response-ratio worden berekend.

- begrip 'wachttijd'

De meest genoemde omschrijving van wachttijd in deze groep is de tijd van aanmelding tot intake.

Ook zijn genoemd: de tijd van aanmelding tot behandeling, de tijd tussen intake en behandeling, de tijd tussen screening en behandeling en de tijd tussen indicatiestelling en behandeling.

- omvang wachttijd

Van deze respondenten geeft 78% aan dat wachttijden een probleem vormen, de overige 22% zegt daarentegen geen problemen op dit gebied te hebben.

Op het moment van invullen van de vragenlijst was de gemiddelde wachttijd bij deze groep respondenten voor intake bij jeugd 2.7 weken, voor volwassenen 1.8 week en voor ouderen 1.2 week. De gemiddelde wachttijd (na eventuele intake) voor behandeling bedroeg bij jeugd 6 weken, bij volwassenen 12.8 weken en bij ouderen 2 weken. Gemiddeld wachten er voor intake bij deze respondenten bij jeugd 10.4, bij volwassenen 23.8 en bij ouderen geen cliënten.

Ook in deze groep is een patroon te ontdekken tussen het van mening zijn dat wachttijden een probleem voor de organisatie zijn en de feitelijke wachttijd (in weken) voor het eerste intake gesprek. Door alle respondenten met een wachttijd voor deze intake van 3 weken of meer worden wachttijden als problematisch ervaren. De meningen hierover bij de respondenten met een kortere wachttijd zijn, in tegenstelling tot alle bovengenoemde typen aanbieders, meer verdeeld.

- beleid

Van de respondenten voor wie wachttijden een probleem vormen, voert 86% een specifiek beleid terzake.

Dit beleid betreft een ander type behandeling (56%), capaciteitsuitbreiding (56%), een verkorting van de behandelduur (44%), het doorverwijzen van cliënten (22%) en een cliëntenstop voor bepaalde groepen cliënten (11%).

- regionaal overleg

Van de respondenten voert 44% op structurele basis regionaal overleg met andere AGGZ-aanbieders inzake wachtlijsten, 33% doet dit op ad hoc basis en 22% in het geheel niet.

- doorverwijzing

Van de in 8.589 aanmeldingen bij deze groep respondenten, was het aantal doorverwijzingen vanwege wachttijdproblematiek te verwaarlozen.

- wachttijd: oorzaken en oplossingen

Twee oorzaken zijn door meerdere respondenten genoemd: capaciteitstekort en de toegenomen vraag. In deze groep worden ook andere oorzaken genoemd, zoals een slechte doorstroming en een tekort aan goede richtlijnen voor behandeling.

Als mogelijke oplossingen zijn naar voren gebracht een uitbreiding van de capaciteit, efficiency-verhoging, een betere selectie van de instroom, een betere doorstroom, meer overleg met verwijzers, kortere behandelingen, opstellen van richtlijnen voor behandeling.

- wachtlijstregistratie

Door 4 respondenten (44%) worden wachtlijstgegevens geregistreerd; de overige 5 (56%) doen dit niet. Van degenen die wel wachtlijstgegevens registreren doen er 3 dit handmatig en 1 doet dit geautomatiseerd.

- draagvlak uniform registratiesysteem

Ten aanzien van het draagvlak voor een uniform registratiesysteem in de AGGZ gaf ruim de helft (56%) aan vóór een uniform landelijk systeem te zijn, 22% is tegen een dergelijk systeem.

Ruim de helft in deze groep (55%) is bereid om over te gaan tot een uniform registratiesysteem in de AGGZ, waarvan er 1 dit alleen zal doen indien het een verplichting wordt. Van de respondenten zegt er 1 niet bereid te zijn hiertoe over te gaan.

4.11 Resultaten interviews

Ter verkrijging van meer gedetailleerde informatie en validering van de informatie die is verkregen via de vragenlijst is aanvullend op genoemde vragenlijst, een aantal interviews 'regio-gewijs' gehouden.

De achterliggende gedachte om dit 'regio-gewijs' te doen, is dat verwacht kon worden dat de wachttijden niet op zichzelf staan, maar mede afhankelijk zijn van de wachttijden bij overige AGGZ-aanbieders in dezelfde regio.

Er zijn in 4 regio's interviews gehouden met een selectie van de diverse verschillende aanbieders van AGGZ en verzekeraars. De regio's bestonden uit een regio met veel en een met weinig omliggende voorzieningen, en twee regio's waarvan bekend was dat de betreffende RIAGG's een korte, respectievelijk een lange wachttijd hebben.

Tijdens de interviews bleek dat de omvang van de wachttijden, in termen van aantal wachtenden en aantal weken dat gewacht moest worden op intake/behandeling, niet significant afweek van de uitkomsten van de schriftelijke vragenlijsten per type aanbieder, zoals hierboven weergegeven. Deze zullen dan ook niet nog eens worden weergegeven. De resultaten worden derhalve op kwalitatieve wijze beschreven.

De grootste winst van de interviews lag vooral in het feit dat hierdoor een beter beeld ontstond van de onderlinge verhoudingen in de diverse regio's, de wijze waarop verschillende typen aanbieders naar elkaar kijken, met elkaar omgaan en naar elkaar (door)verwijzen. Bovendien werd duidelijk dat bepaalde vragen in de vragenlijst enige nuance behoeven en niet zo eenduidig zijn als ze in eerste instantie lijken.

- wachttijden

In deze fase is ook zichtbaar geworden dat wachttijden niet alleen per type aanbieder verschillen, maar dat zij ook een regionale component bezitten. Niet in de zin van het hebben van even lange wachttijden bij de diverse aanbieders, maar vanwege de wijze waarop men in de regio met elkaar omgaat, de wijze waarop er wordt verwezen en het in andere instellingen gevoerde beleid. Een voorbeeld: in een regio waar een nieuwe AGGZ-aanbieder zijn poorten had geopend, namen, zij het tijdelijk, bij de andere aanbieders de wachttijden af. Dit betekent dat de verschillende aanbieders, met hun verschillende wachttijden, in een regio niet los van elkaar kunnen worden beschouwd bij het nadenken over een mogelijke aanpak van de wachttijdproblematiek.

Meerdere respondenten hebben in dit verband naar voren gebracht dat bij wachttijd altijd de aandacht op de voordeur ligt en zelden op de achterdeur. Deze respondenten zijn van mening dat een gericht door- en uitstroombeleid ook positief zou werken op de problemen bij de voordeur. Deze aanbieders zijn unaniem van mening dat dit vooral ligt in een kortere behandelduur, gecombineerd met een tijdige evaluatie waarin besproken wordt in hoeverre doorgaan met behandelen nog zin heeft.

- normwachtijden

Er wordt door de verschillende aanbieders die zijn geïnterviewd nauwelijks gebruik gemaakt van uniforme norm-wachtijden. De indertijd gezamenlijk door de (toenmalige) NVAGG, het (toenmalige) Ministerie van WVC en de Inspectie voor de Gezondheidszorg geformuleerde normen zijn wel gebruikt binnen de RIAGG's, en voor de door Inter/View uitgevoerde onderzoeken op dit gebied. Hierdoor is wel zicht ontstaan op de veranderingen die zich op dit terrein in de loop van een aantal jaren hebben voorgedaan, zij het alleen bij RIAGG's. Bij de overige aanbieders van AGGZ spelen deze normen geen rol van betekenis en worden door velen als achterhaald beschouwd. Een aantal aanbieders weet niet van het bestaan van dergelijke normen, anderen geven aan dat de onderbouwing van de normen ontbreekt. Ook werd gezegd dat genoemde normen over het algemeen te lang zijn voor het inzetten van de behandeling.

- zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars beschikken niet over informatie over wachttijden en wachttijdverschillen per aanbieder. Het is pas sinds kort dat dit onderwerp bij deze actoren op de agenda is gekomen. Tot concreet beleid heeft dit nog niet geleid.

Bij de geïnterviewde zorgverzekeraars bestaat geen duidelijk beeld van hetgeen de verschillende typen aanbieders aan therapieën voor welke groepen cliënten aanbieden, en hoe bepaalde cliëntstromen dus idealiter zouden moeten lopen. Zo heeft een geïnterviewde regionaal werkende zorgverzekeraar geen idee van het aantal vrijgevestigde AGGZ-aanbieders in de betreffende regio. Veel wordt verwacht van de regionale indicatiestelling, hetgeen het indicatieproces en daarmee de cliëntstromen inzichtelijker moet maken.

- patiënten/cliënten-organisaties

Er zijn, althans in de geselecteerde regio's, geen regionale patiënten/consumenten platforms (RPCP) die zich concreet bezighouden met wachttijden voor AGGZ. Hiervoor zijn door de verschillende RPCP's de volgende redenen opgegeven: geen

geluiden dat er problemen op dit gebied zijn, wachttijden voor de AGGZ zijn niet het meest urgente probleem, tekort aan personeel.

- beleid

Het beleid en de normen inzake wachttijden en cliëntenlogistiek die AGGZ-aanbieders hanteren lopen zeer uiteen. Van helemaal niets tot expliciet uitgewerkte normen tussen achtereenvolgens: aanmelding, telefonische screening, aanmeldingsgesprek, aanmeldingsberaad, kennismakingsgesprek behandeling en daadwerkelijke behandeling.

Bij het nadenken over een eventueel uniform registratiesysteem dient nagegaan te worden wat onder intake, kennismaking, onderzoek en behandeling wordt verstaan. Dit blijkt vaker door elkaar te lopen dan wel wordt aangenomen.

- toegankelijkheid

Er zijn aanbieders die cliënten doorverwijzen, niet vanwege het feit dat de capaciteit onvoldoende is, maar omdat bij aanmelding reeds duidelijk is dat de behandeling niet vergoed kan worden via AWBZ of de betreffende zorgverzekeraar. Op deze wijze worden mensen en aanbod niet gematched op klachten en soort behandeling, maar op wijze van vergoeden.

Voor mensen die zelf betalen zijn er geen wachttijden bij de vrijgevestigde praktijken.

- regionale afstemming

Er zijn veel aanbieders die zeggen veel moeite te hebben gedaan om de samenwerking en afstemming binnen de regio met andere typen aanbieders van AGGZ op te bouwen, maar dat 'zij' niet willen. Het zijn vooral de grotere instellingen (RIAGG, APZ) die deze verwijten krijgen. In sommige gevallen wordt deze onwil als 'wantrouwen' omschreven, in andere gevallen als 'formalistisch'.

Tijdens de interviews is gebleken dat er nauwelijks respondenten zijn die helder voor ogen hebben welke verschillende aanbieders er zoal in regio aanwezig zijn, welke de specifieke expertise is, welke behandelmethoden men daar hanteert, etc. Gericht doorverwijzen op basis van expertise elders geschiedt vooral richting specifieke instellingen, zoals verslavingsklinieken.

- wachtlijstregistratie

Wachttijden worden door alle geïnterviewden op een verschillende wijze geregistreerd, zo hier al sprake van is. Kleinere praktijken en instellingen kennen ieder hun eigen systeem, dat varieert van zeer eenvoudig (handmatig) tot specifiek hier op toegesneden software onder Windows®. Verschillen bestaan er ook tussen de registraties van de RIAGG's. Hoewel deze in het RIS (RIAGG Informatie Systeem) uniform dienen te registreren, organiseert iedereen dit op zijn eigen wijze, gebruik makend van uiteenlopende pakketten.

Volgens een van de RIAGG-respondenten is ook het uniforme registratiesysteem minder adequaat dan vaak wordt gedacht voor het beschrijven van wachttijden. Dit komt doordat het systeem niet aansluit op het primaire proces en er uiteindelijk toch nog vaak een rekenmachine aan te pas moet komen.

4.12 Algemeen

In de voorgaande paragrafen zijn de resultaten per type aanbieder beschreven. In een aantal gevallen betrof dit een beperkt aantal respondenten. Indien alle reacties bijeen worden genomen, ontstaat er een 'overall' beeld van alle aanbieders bij elkaar dat zowel 'type aanbieder' als 'regio' overstijgend is. Op deze wijze ontstaat er ook een grotere steekproef, die het beter mogelijk maakt om een aantal statistische analyses uit te voeren. Dit algemene beeld is onderwerp van deze paragraaf.

- wachttijd

Door de meerderheid van de respondenten (63%) worden de wachttijden als problematisch ervaren, de overige 37% ervaart dit niet als zodanig. Er bestaat geen significant verband (Chi-kwadraat, $p=0.63$) tussen het feit of men wachttijden als problematisch ervaart en de mate waarin men in de regio structureel overleg met overige aanbieders over dit onderwerp voert.

De 'overall' gemiddelde wachttijd in de AGGZ voor intake bij jeugd bedraagt 4.2 weken, bij volwassenen 4.8 weken en bij ouderen 3.7 weken. De 'overall' wachttijd voor behandeling (na eventuele intake) bedraagt bij jeugd 4.2 weken, bij volwassenen 4.2 weken en bij ouderen 3.5 weken.

Hieruit volgt dat de gemiddelde totale wachttijd (tussen aanmelding en eerste behandelingscontact) bij jeugd: 8.4, bij volwassenen 9.0, bij ouderen 7.2 en voor psychotherapie 11.5 weken bedraagt.

Respondenten die wachttijden als problematisch ervaren hebben een aanzienlijk langere wachttijd voor zowel intake als behandeling. De gemiddelde wachttijd voor intake van respondenten die wachttijden als een probleem ervaren (6.4 weken) is significant hoger (t-toets, $p < 0.05$) dan de wachttijd voor intake bij aanbieders die wachttijden niet als problematisch ervaren (2.3 weken). Daarnaast hebben zij ook ná intake een langere gemiddelde wachttijd (t-toets, $p < 0.05$) voor behandeling (5.8 weken vs. 1.9 weken).

Hieruit volgt dat ook de gemiddelde totale wachttijd tussen aanmelding en behandeling bij aanbieders die wachttijden als problematisch ervaren significant langer (t-toets, $p < 0.05$) is dan bij aanbieders die op dit gebied geen problemen ervaren: 13.2 weken vs. 3.8 weken.

- omvang instelling en behandelduur

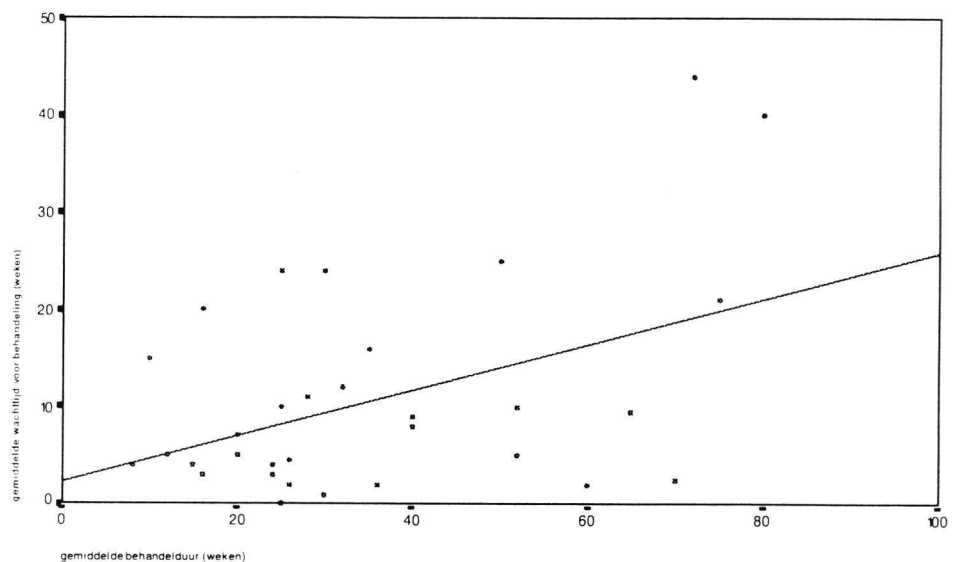
In de vragenlijst zijn ook vragen opgenomen over de omvang van de instelling/praktijk en het aantal cliënten dat in behandeling is. Opvallend is dat een aanzienlijk deel van de respondenten niet in staat is geweest aan te geven hoeveel cliënten er op het moment van invullen van de vragenlijst in behandeling waren. Zo is bijvoorbeeld door 32% van de respondenten niet ingevuld hoeveel volwassenen er op dat moment in behandeling waren. Bij nadere analyse bleken dit vooral de grotere instellingen te zijn: de gemiddelde praktijkgrootte van respondenten die deze vraag wel beantwoorden bedraagt 8 fte, terwijl de gemiddelde praktijkgrootte van respondenten die niet in staat waren dit in te vullen 18 fte bedraagt.

Eenzelfde verband bestaat er tussen het kunnen aangeven hoeveel cliënten er worden doorverwezen vanwege wachttijdproblematiek en de omvang van de praktijk/instelling: 6 fte. versus 12 fte.

Ook blijkt het voor meer dan de helft van de aanbieders (58%) problematisch om aan te geven wat (per doelgroep) de gemiddelde behandelduur is. Veel respondenten geven hierbij aan dat men daar geen zicht op heeft, anderen hebben deze vraag in het geheel niet beantwoord.

Uit de antwoorden van de overige respondenten blijkt dat de gemiddelde behandelduur per doelgroep als volgt is (in weken): bij jeugd gemiddeld 25 (sd 20), bij volwassenen gemiddeld 31 (sd 18), bij ouderen gemiddeld 35 (sd 20) en voor psychotherapie gemiddeld 48 (sd 21) weken. De hoge standaarddeviaties (sd) geven aan dat er sprake is van een grote spreiding rondom het gemiddelde en er dus veel variatie bestaat in de gemiddelde behandelduur per doelgroep. Het gemiddeld aantal gesprekken per doelgroep is 16 bij jeugd, 18 bij volwassenen, 20 bij ouderen en 36 voor psychotherapie.

Met deze informatie is het mogelijk om na te gaan of er een verband bestaat tussen de gemiddelde behandelduur bij volwassenen (in weken) en de tijd (in weken) die volwassenen na aanmelding gemiddeld moeten wachten op behandeling. Dit verband ($r=0.44$, $p=0.10$) is weergegeven in onderstaande grafiek.



Een vergelijkbaar verband bestaat er ook tussen het gemiddeld aantal gesprekken dat men voert per behandeling en de gemiddelde wachttijd in weken.

Hoewel dit op zich niets aangeeft omtrent de kwaliteit van de zorg, kan in het algemeen wel gesteld worden dat instellingen/praktijken met een relatief lange gemiddelde behandelduur ook relatief lange wachttijden kennen.

De omvang van de gemiddelde totale wachttijd vertoont geen significant verband met de omvang van de praktijk/instelling in termen van fte's dat er werkzaam is ($r=0.02$, $p=0.86$).

- regio's

Door het grote aantal (RIAGG-)regio's en het niet al te grote aantal respondenten, was het niet mogelijk om statistisch na te gaan in hoeverre er een verband bestaat tussen de regio en de wachttijden bij aanbieders uit deze omgeving. Wel bleek het nauwelijks voor te komen dat respondenten uit dezelfde (RIAGG-) regio hetzelfde antwoordden op de vraag of zij wachttijdproblemen ervaren. Dit geldt ook voor de regio die was geselecteerd vanwege de lange totale wachttijd bij de desbetreffende

RIAGG. Blijkbaar betekent het hebben van wachttijdproblemen bij één aanbieder in de regio niet dat dat dan ook voor de overige, omliggende aanbieders geldt.

- beleid

Wel bestaat er een duidelijk (positief) verband (Chi-kwadraat, $p < 0.05$) tussen het ervaren van wachttijdproblemen en het voeren van een beleid op dit gebied.

Dit beleid kan uit meerdere onderdelen tegelijkertijd bestaan. Bij de respondenten die aangeven beleid terzake te voeren bestaat dit, al dan niet in combinatie, uit: doorverwijzen, een ander type behandeling, een cliëntenstop of een verkorting van de behandelduur.

Blijkbaar zet het ervaren van wachttijdproblemen wel aan tot het ondernemen van gerichte acties op dit gebied. Aangezien dit onderzoek een momentopname betreft en het niet bekend is vanaf welk moment men een bepaald beleid heeft ingezet, kan er geen uitspraak worden gedaan over de mate waarin dit beleid tot de gewenste effecten heeft geleid.

- (door)verwijzing

Door ongeveer een derde van alle respondenten wordt aangegeven dat er vanwege wachttijdproblematiek daadwerkelijk in 1997 is doorverwezen. De overige respondenten geven aan dat zij dit nooit doen, dat men niet over deze informatie beschikt of laat deze vraag geheel onbeantwoord. Indien men doorverwijst vanwege wachttijd betreft dit meestal kleine aantallen. Er zijn een paar uitschieters naar boven: 40% van alle doorverwijzingen vond plaats bij 5 respondenten: 1 PAAZ, 1 PUK-polikliniek, 1 APZ-polikliniek en 2 eerstelijnspsychologen.

Het meest wordt doorverwezen naar een RIAGG (23%), voorts naar eerstelijnspsychologen (15%), naar zelfstandig gevestigde psychotherapeuten (13%) en naar een APZ-polikliniek (11%).

Aanmeldingen komen in bijna driekwart van de gevallen (73%) via de huisarts. Ongeveer 19% komt via andere AGGZ-aanbieders. Hiervan is echter niet bekend in hoeverre dit vanwege wachttijden is, of dat dit meer inhoudelijke achtergronden heeft.

- behandelprotocollen

Van alle respondenten werkt 10% altijd met behandelprotocollen, 29% doet dit meestal, 48% soms en 13% gebruikt deze nooit. Het gebruik hiervan hangt sterk samen (Chi-kwadraat, $p = 0.0006$) met de mening over de wetenschappelijke onder-

bouwing hiervan. Respondenten die veel met protocollen werken achten de wetenschappelijke onderbouwing goed, niet-gebruikers hebben zo hun twijfels over de onderbouwing ervan.

Wat opvalt is dat het met name instellingen/praktijken zijn met een grotere omvang (gemiddeld 18 fte.) die altijd of vaak werken met behandelprotocollen, waarbij instellingen die soms of nooit hiermee werken aanzienlijk kleiner zijn (gemiddeld 7 fte.).

Het werken met behandelprotocollen betekent echter niet dat de gemiddelde behandelduur korter is, integendeel, deze lijkt bij instellingen die hiermee werken langer te zijn dan bij instellingen die dit niet doen (gemiddeld 35 weken vs. 28 weken). Dit verschil is echter niet statistisch significant (t-toets, $p=0.15$). Tussen wel- en niet protocol gebruikers bestaat nauwelijks verschil in het gemiddeld aantal gesprekken dat met cliënten wordt gevoerd.

- draagvlak uniform registratiesysteem

Van alle respondenten is 22% vóór een uniform systeem in eigen instelling en binnen in de regio, maar niet landelijk; 25% is voor een landelijk systeem. Van de respondenten is 28% tegen een uniform systeem en voor een systeem op maat voor eigen gebruiken 10% is geheel tegen. De overige 15% heeft deze vraag niet beantwoord.

Minder dan de helft (41%) is bereid om over te gaan op een uniform systeem, 21% zal dit alleen doen indien het een verplichting wordt en 17% is hier in het geheel niet toe bereid. Een vijfde (20%) heeft geen antwoord gegeven op deze vraag.

Er is geen verband tussen het feit of men wachttijden als problematisch ervaart en of men vóór of tegen een uniform wachtlijstregistratiesysteem is in de AGGZ (Chikwadraat, $p=0.43$).

Hoewel net niet statistisch significant (t-toets, $p=0.09$) lijkt er wel een verband te zijn tussen het bereid zijn hiertoe over te gaan en de omvang (in fte's) van de praktijk: respondenten die pertinent niet bereid zijn hiertoe over te gaan hebben een gemiddelde omvang van 5.9 fte., terwijl respondenten die hiertoe wel willen overgaan gemiddeld 12.1 fte. in dienst hebben. Respondenten die alleen op een uniform registratiesysteem willen overgaan indien dit een verplichting wordt, zijn qua omvang de grootste instellingen: gemiddeld 19.9 fte.

4.13 Conclusies fase 2

Uit deze fase van het onderzoek kan een aantal conclusies worden getrokken.

- algemeen

1. Het blijkt met name voor grotere organisaties een probleem te zijn om een inschatting te geven van het aantal cliënten dat op enig tijdstip in behandeling is en van het aantal dat wordt doorverwezen vanwege wachttijdproblematiek.
2. Het blijkt voor veel aanbieders problematisch te zijn om aan te geven wat de gemiddelde behandelduur (in weken en/of aantal gesprekken) is in de instelling/praktijk. In veel gevallen geeft men aan hier geen zicht op te hebben; daarnaast zijn er veel respondenten die, zonder opgave van reden deze vraag niet hebben beantwoord.

- begripsomschrijving

3. Begrippen als wachttijd, wachtlijst en wachtende worden op verschillende wijzen gehanteerd in de AGGZ. Dit wordt ondermeer veroorzaakt door de verschillende wijze waarop het zorgproces in deze sector is georganiseerd. Zo is er bijvoorbeeld bij sommige aanbieders nauwelijks verschil tussen eerste intake en start behandeling, bij anderen bevindt zich tussen deze twee momenten een zeer lange periode. Dit onderscheid wordt ook in de meeste registratiesystemen niet gemaakt.

- wachttijd

4. Het merendeel van de respondenten vindt dat wachttijden een probleem vormen.
5. De gemiddelde wachttijd voor zowel intake als behandeling bij respondenten die wachttijden als een probleem ervaren is significant langer dan die bij aanbieders die wachttijden niet als problematisch ervaren.
6. Wachttijden variëren, zowel per regio, als per type aanbieder, als tussen aanbieders van hetzelfde 'type'.
7. Aanbieders van AGGZ met een korte wachttijd voor intake hebben vaak een lange wachttijd voor de hierop volgende behandeling.

8. Aanbieders van AGGZ met een lange wachttijd voor intake hebben vaak een korte wachttijd voor de hierop volgende behandeling.
9. Aanbieders met een langere gemiddelde behandelduur hebben meestal ook een langere wachttijd voor behandeling.
10. Aanbieders met relatief lange wachttijden zijn KJP-poliklinieken, vrijgevestigde psychotherapeuten, APZ-poliklinieken en poliklinieken voor verslavingszorg.
11. Aanbieders met relatief korte wachttijden zijn PAAZ-poliklinieken en eerste lijns psychologen.
12. Wachttijden worden door aanbieders in de regel als problematisch ervaren als zij een periode van 3 weken voor een eerste gesprek overschrijden.
13. Wachttijden betreffen vooral cliënten wiens behandeling (al dan niet via de RIAGG-constructie) ingevolge de AWBZ wordt gefinancierd.
14. Voor cliënten die zelf betalen, zijn wachttijden over het algemeen niet problematisch.

- rol wachtlijstregistratie

15. Wachtlijstregistratie vindt met name plaats in instellingen, en in mindere mate in kleinere praktijken. Indien er wordt geregistreerd in instellingen, gebeurt dit bij ongeveer de helft geautomatiseerd. Bij kleinere praktijken komt handmatige registratie vaker voor. Wachtlijstregistratie heeft vooral een signaalfunctie. Het komt weinig voor dat deze informatie wordt gebruikt voor sturing van de bedrijfsprocessen.

- wachttijd: oorzaken

16. De door de respondenten meest genoemde oorzaken van wachttijdproblematiek zijn: capaciteitstekort, de toegenomen vraag, geringe budgetten, geen goede selectie bij instroom, geen soepele doorstroom, geen goed 'achterdeur'-beleid, geringe samenwerking in de regio.

- wachttijd: oplossingen

17. De door respondenten meest genoemde oplossingsrichtingen voor wachttijdproblematiek zijn: capaciteitsvergroting, kortere behandelingen, betere sa-

menwerking in de regio, betere selectie bij de instroom, meer aandacht voor de doorstroom.

- beleid

18. Het feit dat wachttijden als problematisch worden ervaren betekent in veel gevallen, maar lang niet altijd, dat instellingen/praktijken hierop specifiek beleid gaan voeren.
19. Dit beleid kan bestaan uit een aantal, verschillende maatregelen, die in alle mogelijke combinaties voorkomen. Niet duidelijk is welk van deze maatregelen het meest effectief is, aangezien effectevaluatie niet heeft plaatsgevonden.

- regionale afstemming

20. Regionale afstemming en overleg inzake wachttijden vindt slechts in zeer beperkte mate plaats. De afstemming die wel plaatsvindt betreft in veel gevallen afstemming met hetzelfde type aanbieder. Vanzelfsprekend is er binnen mfe's meer afstemming tussen diverse aanbieders, deze afstemming betreft echter voornamelijk de aanbieders die onderdeel van de mfe vormen, en niet de aanbieders erbuiten.

-(door)verwijzing

21. Doorverwijzing vanwege wachttijdproblematiek naar een ander type aanbieder geschiedt landelijk gezien weinig in de AGGZ. Indien er wordt doorverwezen geschiedt dit door vrijgevestigde praktijken veelal naar andere vrijgevestigde praktijken, door instellingen wordt veelal naar andere instellingen verwezen.
22. Op regionaal niveau is in de meeste gevallen nauwelijks bekend welke andere aanbieders gespecialiseerd zijn in welke behandeling en waar cliënten dus naar verwezen kunnen worden.
23. Onbekend maakt onbemind. Niet alleen is er bij veel aanbieders weinig bekend over de expertise van andere 'typen' aanbieders, er blijkt over en weer ook een groot wantrouwen te bestaan.
24. De meeste cliënten worden via de huisarts verwezen naar AGGZ-hulp. De wijze waarop dit gebeurt en de hierbij gehanteerde criteria zijn niet altijd doorzichtig, uitzonderingen daargelaten. Zo zijn er bijvoorbeeld in eenzelfde regio huisartsen die altijd, en huisartsen die nooit naar een RIAGG (of andere aanbieders van AGGZ) verwijzen. Het lijkt er op dat dit verwijzen volgens patronen gaat waar men in de loop van de tijd aan gewend is geraakt. Dit kan

er toe leiden dat cliënten niet altijd bij de juiste AGGZ-aanbieder terecht komen.

25. Bijna alle aanbieders vinden dat er tussen het aanbod van de verschillende typen aanbieders een overlap, maar ook een verschil zit. Het bleek gedurende dit onderzoek echter onmogelijk voor aanbieders om dit exact te duiden.

- behandelprotocollen

26. Het gebruik van behandelprotocollen is zeer wisselend in de AGGZ. Het zijn vooral de grotere aanbieders (de instellingen) die hiervan gebruik maken.
27. Er bestaat binnen de AGGZ duidelijk geen consensus over de wetenschappelijke onderbouwing van beschikbare behandelprotocollen.

- draagvlak uniform registratiesysteem

28. Er bestaat op dit moment geen groot draagvlak voor een uniform registratiesysteem in de AGGZ: minder dan de helft van de respondenten is hier vóór. Hiervan is meer dan de helft alleen voor een systeem op regionaal, en niet op landelijk niveau. Er lijkt geen verband te bestaan tussen de houding ten aanzien van een uniform registratiesysteem en de feitelijke wachttijd.
29. Bij diegenen die registreren bestaan zeer veel verschillende registratiesystemen. Er wordt zowel handmatig als met zeer verschillende software pakketten gewerkt. Het komen tot een uniform registratiesysteem zal dan ook zeer veel werk en veel overredingskracht vragen.
30. Alvorens het traject in te gaan om te komen tot een uniform landelijk registratiesysteem, dient eerst helder zijn wat de kosten en opbrengsten voor alle partijen hiervan zouden zijn en welke bevorderende en kritische factoren hierbij een rol spelen.

5. Resultaten fase 3: wachtlijstregistratie bij RIAGG's

5.1 Resultaten enquête

Ter beantwoording van de vraagstelling van fase 3 zijn alle 57 RIAGG's aangeschreven.

Ter verkrijging van meer gedetailleerde en gevalideerde informatie zijn voor de beantwoording van de vraag, aanvullend op boven beschreven vragenlijst, ook interviews gehouden in de vier eerder geselecteerde regio's (zie fase 2). Deze 4 interviews zijn gehouden bij de RIAGG Zuidhage, RIAGG Midden Holland, RIAGG Den Bosch, RIAGG Noord Veluwe. De resultaten van deze interviews zijn in de betreffende paragraaf verwerkt.

De verstuurde vragenlijst week op een aantal punten af van de vragenlijst die verzonden werd naar alle overige aanbieders van AGGZ. De reden hiervoor was dat er enerzijds via ander onderzoek al informatie beschikbaar was over de wachttijden en de overschrijdingen van de normwachttijden bij de RIAGG's. Anderzijds is het beleid dat door RIAGG's wordt gevoerd ten aanzien van wachttijden onderwerp van onderzoek dat het Trimbos-instituut terzake uitvoert.

De naar de RIAGG's verzonden vragenlijst bevat ondermeer de volgende items:

- De wijze waarop het registreren is georganiseerd
- Wie op welk moment bepaalt wat er wordt geregistreerd
- Inhoud van de registratie
- Hetgeen men onder wachttijd en wachtende verstaat
- Gebruik van gegevens, zowel binnen als buiten de organisatie
- Ervaren knelpunten van de huidige registratie
- Draagvlak voor een uniform registratiesysteem.

- response

Alle 57 RIAGG's zijn aangeschreven. Bij 4 RIAGG's zijn interviews gehouden, van 5 andere RIAGG's is reeds een vragenlijst bij fase 2 (mfe's) ontvangen. Van de overige 48 RIAGG's zijn in totaal 21 ingevulde vragenlijsten retour ontvangen, waarmee de totale response in deze groep op 44% komt.

- wijze van registreren

Bij 50% van de respondenten vindt wachtlijstregistratie geheel geautomatiseerd plaats, bij 5% gebeurt dit handmatig. Bij 40% geschiedt dit gecombineerd: handmatig en geautomatiseerd. 1 RIAGG heeft deze vraag niet beantwoord.

- wie op welk moment bepaalt wat er wordt geregistreerd

Er zijn diverse momenten waarop zaken worden geregistreerd. Na aanmelding wordt een aantal gegevens vastgelegd. Bij 76% van de respondenten geschiedt dit door het secretariaat, een hulpverlener of een speciale aanmeldingsfunctionaris. Gegevens die na de intake worden vastgelegd betreffen bij ongeveer de helft van de respondenten ook gegevens van cliënten die niet in behandeling komen. Deze worden vastgelegd door de intaker of behandelaar. Vanaf het eerste behandelgesprek wordt er door de helft van de respondenten informatie geregistreerd, en wel door de behandelaar of secretariaat.

Het soort gegevens dat geregistreerd wordt betreft: personalia cliënt; verzekering, datum aanmelding; verwijzingsinstantie, aangewezen intaker; DSM-classificatie; voorkeuren cliënt; anamnese; datum aanmelding cliënt; datum indicatiestelling; indicatie zorgprogramma; naam behandelaar; cliënten behandelplan; contacten, afspraakgegevens; voortgangsgegevens; beëindig/uitschrijfgegevens.

- begripsomschrijving

Onder wachttijd worden verschillende dingen verstaan bij de respondenten. Een selectie: tijd tussen telefonische aanmelding en aanmeldingsgesprek, tijd tussen aanmeldingsgesprek en behandeling, de tijd die iemand wacht op RIAGG-zorg, de tijd die men moet wachten voordat de intake plaatsvindt. Een respondent geeft aan dat hieromtrent onduidelijkheid bestaat: enerzijds is dit de tijd tussen twee momenten terwijl er ondertussen activiteiten plaatsvinden (bijvoorbeeld de intake fase), anderzijds is dit het wachten op een bepaalde gebeurtenis, terwijl er ondertussen niets gebeurt.

- omvang wachttijden

Alle respondenten geven aan wachttijdproblemen te hebben. Dit betreft bij alle RIAGG's jeugd, bij 80% van de RIAGG's volwassenen, bij 55% adolescenten en bij 40% ouderen.

De gemiddelde wachttijd voor intake bij jeugd bedraagt 6.7 weken, bij adolescenten 5.2 weken, bij volwassenen 5 weken en bij ouderen 2.9 weken.

De gemiddelde wachttijd na intake voor kortdurende en langdurende behandeling bedraagt bij jeugd achtereenvolgens 8.5 en 12 weken, bij adolescenten 8.2 en 9.7 weken, bij volwassenen 7.2 en 10 weken en bij ouderen 2.9 en 3.7 weken.

Gemiddeld wachten er op intake bij jeugd 42, bij adolescenten 48, bij volwassenen 105 en bij ouderen 31 cliënten.

Er bestaat geen statistisch significant verband tussen het aantal weken dat moet worden gewacht op intake en de gemiddelde behandelduur.

- behandelduur

Door ongeveer de helft van de respondenten wordt onderscheid gemaakt tussen kort- en langdurende behandeling. De gemiddelde behandelduur voor beide vormen is bij jeugd 14, resp. 62 weken, bij adolescenten 15 resp. 64 weken, bij volwassenen 20 resp. 68 weken en bij ouderen 22 resp. 80 weken. De RIAGG's die geen onderscheid tussen kort- en langdurende behandeling maken kennen een gemiddelde behandelduur van 44 weken bij jeugd, 31 weken bij adolescenten, 52 weken bij volwassenen en 39 weken bij ouderen.

- behandelprotocollen

Van de respondenten werkt er 5% altijd met behandelprotocollen, 25% meestal en 70% soms. Bij de RIAGG's die hiermee werken betreft dit bij alle respondenten de doelgroep volwassenen, in 95% jeugd en in 70% adolescenten en ouderen. Over de wetenschappelijke onderbouwing bestaat verschil van mening: 35% vindt deze goed, 55% redelijk en 10% vindt dit matig.

- (door)verwijzen

Van de respondenten gaf 30% aan het afgelopen jaar door te hebben verwezen vanwege wachttijdproblematiek, in totaal betrof dit 137 cliënten. Bij 35% van de respondenten is deze informatie niet bekend.

- wachttijd: oorzaken en oplossingen

Van de respondenten noemt 57% de toenemende hulpvraag als belangrijkste oorzaak. Andere belangrijke oorzaken hebben betrekking op toenemende complexiteit van de hulpvraag bij gelijkblijvende middelen (door 48% van de respondenten genoemd) en te weinig capaciteit (door 38% genoemd). Als oplossing wordt door 67% van de respondenten uitbreiding van de capaciteit genoemd, 29% van de respondenten noemt een betere afstemming tussen zorgaanbieders en nog eens 29% ziet als mogelijke oplossing een korte behandel strategie. Tenslotte ziet 14 % van de respondenten een oplossing in strengere selectie en efficiënter werken.

- dubbeltellingen

Volgens 5% van de respondenten komt het per jaar nooit voor dat cliënten niet alleen bij de betreffende RIAGG, maar ook bij een andere AGGZ-aanbieder op de wachtlijst staan. Een andere 5% schat dat dit aantal tussen de 1 en 5 per jaar ligt, 15% denkt dat dit tussen de 6 en 10 ligt terwijl 5% denkt dat dit er meer dan 25 zijn. Van de respondenten zegt 65% dat deze informatie niet bekend is.

Het merendeel van de RIAGG respondenten (70%) zegt ook geen informatie te hebben over het jaarlijks aantal cliënten dat, terwijl het bij hen op de wachtlijst staat, intussen elders hulp vindt. Van de RIAGG's schat 5% dit op 1 tot 5 per jaar, 10% op 6 tot 10 per jaar, 5% op 11 tot 25 en 5% op meer dan 50 per jaar.

- gebruik van wachtlijstgegevens binnen de organisatie

Van de respondenten geeft 43% aan dat deze informatie wordt gebruikt voor capaciteits-toedeling en de voortgangsbewaking in de teams, dus voor planning en beheer. De overigen gebruiken wachtlijstgegevens voor informatie aan de verwijzer, voor het bewaken van grenzen en voor beleidsonderbouwing.

- gebruik van wachtlijstgegevens buiten de organisatie

Wachtlijstgegevens worden buiten de organisatie met name gebruikt voor overleg en afspraken met verwijzers (24% van de respondenten). 14% van de respondenten gebruikt deze informatie voor subsidie-aanvragen, 50% van de respondenten zegt deze gegevens niet buiten de organisatie te gebruiken. Verder is genoemd: gebruik ten behoeve van spiegelinformatie richting verzekeraar en VWS.

- ervaren knelpunten van de huidige registratie

De volgende, voor verbetering vatbare, aspecten zijn van het huidige registratiesysteem zijn genoemd: de gebruiksmogelijkheden (door 80% van de respondenten genoemd), de nauwkeurigheid en eenduidigheid van gegevens (beide door 70% genoemd), de gebruiksvriendelijkheid en flexibiliteit (beide door 65% genoemd), de eenduidigheid gegevens (door 60% genoemd), de actualiteit (door 40% genoemd), de uitdraaifrequentie (door 30% genoemd) en de veiligheid/privacy (door 5% genoemd).

- draagvlak voor een uniform registratiesysteem.

Van de RIAGG's is 70% voor een landelijk uniform systeem, 10% voor een uniform systeem op regionaal niveau en 15% is tegen een uniform systeem en voor een systeem op maat voor eigen gebruik. De overige 5% heeft deze vraag niet beantwoord.

De meeste respondenten (80%) zijn bereid om over te gaan op een uniform registratiesysteem. Daarnaast is er 10% die dit alleen zal doen indien het een verplichting wordt. De overige 10% heeft deze vraag niet beantwoord.

- aspecten met een nadelige invloed op de betrouwbaarheid van een landelijk wachtlijstregistratiesysteem

Hierbij is door respondenten genoemd: het gebrek aan eenduidigheid omtrent de gehanteerde begrippen, de overbelasting van de hulpverleners, concurrentie tussen verschillende AGGZ-aanbieders, de aansluiting bij (bestaande) informatiesystemen, rol van de lokale overheid en het feit dat gegevens niet gelijksoortig zullen zijn vanwege het verschil in werkwijze. Een respondent merkte op dat het huidige registratiesysteem niet kan voldoen, omdat dit onvoldoende is afgestemd op het verloop en de organisatie van het primaire proces.

5.2 Conclusies fase 3

1. De wachttijden uit dit onderzoek komen redelijk overeen met de eerder beschreven totale wachttijd tussen aanmelding en eerste behandelcontact. (InterView, 1997)
2. Door RIAGG's wordt op redelijk eenduidige wijze wachttijden geregistreerd. Geheel waterdicht is dit systeem echter niet.
3. Onder het begrip wachttijd worden door de verschillende respondenten uiteenlopende soorten wachttijden verstaan.

4. Als belangrijkste oorzaken voor de wachttijdproblematiek worden door de respondenten de toenemende hulpvraag, de toenemende complexiteit bij gelijkblijvende middelen en het capaciteitsgebrek genoemd.
5. Bij deze groep respondenten bestaat een breed draagvlak voor een uniform registratiesysteem. Wel ziet men een aantal aspecten die een nadelige invloed kunnen hebben op de betrouwbaarheid van een dergelijk systeem. Daarbij kan men denken aan gebrek aan eenduidigheid omtrent de gehanteerde begrippen onder andere veroorzaakt door het verschil in werkwijze, overbelasting van de hulpverleners en de mogelijke concurrentie tussen verschillende AGGZ-aanbieders die de betrouwbaarheid van een dergelijk registratiesysteem niet ten goede zullen komen.

6. Algemene conclusies, beschouwing en aanbevelingen

6.1 Algemene conclusies

Het project heeft geresulteerd in inzicht in omvang van de huidige wachttijden, de aard van de huidige wachtlijstregistratie, de betrouwbaarheid ervan, de onderlinge verhoudingen tussen AGGZ-aanbieders en het draagvlak voor een uniform registratiesysteem. Onderstaande conclusies geven de bevindingen hierover weer.

- *wachttijden*
 1. Wachttijden voor AGGZ-hulp komen in alle regio's en bij alle typen aanbieders voor. Niet alle aanbieders kampen echter met wachttijdproblemen. Alle RIAGG-respondenten hebben wachttijdproblemen, bij de overige AGGZ-aanbieders is dit minder: ongeveer een tiende van de aangeschrevenen heeft de enquête niet ingevuld vanwege het feit dat men geen wachttijdproblemen heeft. Van degenen die de vragenlijst wel hebben ingevuld heeft tweederde wel, en een derde geen wachttijdproblemen. De lengte van de wachttijden varieert aanzienlijk, zowel per 'type' aanbieder als tussen aanbieders van hetzelfde 'type'.
 2. Kernbegrippen als wachtende en wachttijd worden niet eenduidig gehanteerd.
 3. Informatie over wachttijden bij RIAGG's was reeds bekend door ander onderzoek. Informatie over wachttijden bij alle overige aanbieders worden in dit onderzoek voor het eerst beschreven. De gemiddelde wachttijd van de overige AGGZ-aanbieders is aanzienlijk korter dan de gemiddelde wachttijden bij de RIAGG's. Dit geldt bij alle doelgroepen, zowel voor de wachttijd tot aan het intake gesprek als voor de totale wachttijd van aanmelding tot het eerste handelcontact.
 4. Het feit dat de wachttijden bij de overige aanbieders gemiddeld genomen korter is dan die bij de RIAGG's betekent niet dat er geen wachttijdproblemen zijn.
 5. Normwachttijden worden niet eenduidig gehanteerd. De indertijd door de NVAGG/WVC/IGZ geformuleerde normen worden over het algemeen als achterhaald beschouwd.

- *aard van de huidige wachtlijstregistratie*
- 6. Ongeveer de helft van alle AGGZ-aanbieders heeft een wachtlijstregistratie. Dit zijn vooral grotere instellingen. Kleinere praktijken doen minder aan wachtlijstregistratie.
- 7. De aard van deze registratie is alleen bij RIAGG's redelijk uniform, bij alle overige aanbieders is weinig sprake van enige overeenkomst op dit gebied.
- *betrouwbaarheid*
- 8. De betrouwbaarheid van de bestaande registraties is laag. Ten eerste omdat velen in het geheel niet registreren en er dus maar een beperkt beeld kan ontstaan. In de tweede plaats vanwege het verschillend hanteren van de hiervoor benodigde kernbegrippen als 'wachtijd'. Ten derde vanwege het feit dat er vele verschillende registratiesystemen zijn die, vanwege dit verschil, niet compatible zijn. Hoewel er ook kritiekpunten op de wachtlijstregistratie van de RIAGG's naar voren zijn gebracht, scoort deze qua betrouwbaarheid in de AGGZ het hoogst.
- *afstemming tussen aanbieders AGGZ*
- 9. In de regio's is men slecht op de hoogte van welke andere AGGZ-aanbieders er zoal zijn, wat hun specifieke expertise is, of er wachttijden zijn, etc.
- 10. Van afstemming in het AGGZ-aanbod is in dit onderzoek weinig gebleken. Uitzonderingen zijn mfe-vorming en initiatieven van beroepsgroepen. Deze afstemming beperkt zich echter in de meeste gevallen tot de deelnemers van de mfe of tot de bedoelde beroepsgroep.
- *draagvlak uniform registratiesysteem*
- 11. Het draagvlak voor een uniform registratiesysteem is niet groot bij de respondenten: in totaal is 25% hiervan vóór een landelijk uniform systeem, 22% vóór een regionaal uniform systeem, 28% tegen een uniform systeem, maar wel voor een systeem op maat voor eigen gebruik en 10% is sowieso tegen. De overige 15% heeft deze vraag niet beantwoord. Van de respondenten is 41% bereid om over te gaan op een uniform registratiesysteem, 21% is alleen bereid indien het een verplichting wordt en 17% is hier niet toe bereid. De overige 21% heeft deze vraag niet beantwoord.

6.2 Beschouwing

De aard en de betrouwbaarheid van de huidige wachtlijstregistratie laat te wensen over. Dat er sprake is van aanzienlijke wachttijden in de AGGZ bij een groot aantal aanbieders is duidelijk. Dat dit niet bij alle AGGZ-aanbieders zo is, valt ook niet te ontkennen. Als oorzaak van wachttijden wordt meestal genoemd de toegenomen vraag naar AGGZ. De daarbij behorende oplossing is in veel gevallen capaciteits- en (daarmee) budget-uitbreiding.

Hierbij willen wij enige kanttekeningen plaatsen. Budgetuitbreiding heeft pas zin als eerst aan een aantal andere voorwaarden is voldaan. Eerst zal zeker moeten zijn dat cliënten zo snel mogelijk bij de juiste aanbieder terecht komen. Indien deze aanbieder de cliënt niet op korte termijn kan helpen, moet bekend zijn welke andere aanbieders er zijn die deze cliënt ook goed kunnen helpen. Vervolgens zal een aanbieder er op moeten toezien dat een behandeling wordt ingezet met heldere, haalbare en toetsbare doelen en dit op gezette tijden evalueren, waarna bijstelling van doelen en behandeling dient plaats te vinden. Tijdens ons onderzoek hebben wij niet de indruk gekregen dat men in de AGGZ ver op weg is met deze randvoorwaarden. Verwijspatronen zijn niet helder, kennis van andere typen aanbieders in de regio is er nauwelijks, laat staan dat er sprake is van inhoudelijke afstemming hiermee (uitzonderingen daargelaten).

Van het 'rondsturen' van cliënten als gevolg van wachtlijsten dat volgens sommigen op grote schaal voorkomt, en dat daardoor ook een van de oorzaken van wachttijdproblemen zou zijn, is in ons onderzoek weinig gebleken. Indien er al wordt doorverwezen, dan is dat niet naar een aanbieder met een korte wachttijd, maar meestal naar een 'gelijke' aanbieder, d.w.z. vrijgevestigden verwijzen naar vrijgevestigden, instellingen naar instellingen, etc. Ook tijdens de interviews werd het fenomeen 'rondsturen' niet als problematisch naar voren gebracht.

Overigens is doorverwijzen vanwege wachttijden niet per definitie een slechte strategie. Integendeel, op die wijze kan de in een regio aanwezige capaciteit optimaal worden gebruikt. Voorwaarde is wel dat men op de hoogte is van de elders in de regio aanwezige expertise en capaciteit, en daar ontbreekt het in de AGGZ aan.

Om optimaal gebruik te kunnen maken van de mogelijkheden om cliënten (door) te verwijzen naar de juiste aanbieder, is het van belang dat dit niet wordt tegengehouden door bestaande financieringsstructuren. Wij hebben de indruk gekregen dat de totaal in een regio aanwezige behandelcapaciteit, gezien de verschillen in wachttijden tussen de AGGZ-aanbieders, niet optimaal wordt benut. Problematische wachttijden betreffen met name AWBZ-gefinancierde behandelingen. Gezien de verschillen in wachttijden tussen de diverse typen aanbieders, zou een verdere herverdeling van beschikbare AWBZ-gelden wellicht kunnen leiden tot een beter

gebruik van de aanwezige capaciteit, en daarmee mogelijk tot een vermindering van de wachttijden.

Als er al duidelijke verschillen zijn tussen het aanbod en de expertise van de verschillende in een regio aanwezige AGGZ-aanbieders, dan is dat in elk geval niet bekend bij degenen die wij hebben ontmoet gedurende ons onderzoek. Wij veronderstellen dat er sprake is van een grote mate van overlap in het aanbod binnen de regio's. Dit betekent ook dat het aangetoonde verschil in gemiddelde behandelduur en wachttijd een van de eerste aangrijpingspunten voor gericht beleid zou kunnen zijn.

Ten aanzien van wachtlijstregistratie en het draagvlak voor een uniform AGGZ-breed het volgende. Wachtlijstregistratie kan helpen om zicht te krijgen op de aard en omvang van cliënten die zich aan de voordeur en eventueel eerste tussendeur van een aanbieder bevinden. Het gevaar bestaat dat de aandacht hierdoor te zwaar op deze fase komt te liggen, terwijl die wellicht meer op de door- en uitstroom van cliënten zou moeten liggen. Het belonen van wachttijden door het toekennen van budgetverruiming zonder daarbij de wijze waarop het vervolg van de behandeling is georganiseerd te betrekken, heeft weinig zin.

Bovendien bestaat er voor een uniform registratiesysteem geen groot draagvlak in het veld. En een draagvlak is absolute voorwaarde voor het welslagen van een project van een dergelijke omvang. Ook moet vooraf helder zijn wat het doel is van een dergelijk systeem. Indien dit er alleen voor dient om cliënten aan de voordeur te tellen, dan zal dat er op zich niet toe leiden dat wachttijden worden teruggedrongen, zoals hiervoor al is aangegeven.

Wil een dergelijk systeem kans van slagen hebben, dan zal het een meerwaarde voor de instelling/praktijk zelf moeten hebben en bij voorkeur deel uit moeten maken van een geïntegreerd cliëntregistratiesysteem, dat is gebaseerd op de feitelijke werkwijze in het primaire proces.

Gezien de niet al te grote bereidheid van het veld, zou hiermee begonnen kunnen worden bij de qua omvang grotere instellingen. Deze staan over het algemeen positiever tegenover een uniform systeem en hebben ook meer ervaring op dit gebied. Dit zou echter wel betekenen dat alle huidige, verschillende registratiesystemen moeten worden aangepast, hetgeen een niet geringe klus zal zijn.

Indien dat zou lukken, dan is er op dat moment nog maar een gedeeltelijk overzicht van wachttijden in de AGGZ, aangezien alle vrijgevestigden er in dat geval (nog) geen deel van uitmaken.

Met andere woorden, men dient vooraf goed na te gaan wat het werkelijke doel zou zijn van een dergelijk project. Indien dat alleen het aangeven is van aantallen mensen die ergens op wachten, dan zal dat leiden tot meer aanvragen om capaciteitsuitbreiding, en niet tot een verkorting van wachttijden.

Aan de andere kant kan van iedere zich zelf respecterende beroepsuitoefenaar worden verwacht dat hij/zij de in-, door- en uitstroom van zijn/haar instelling of praktijk goed organiseert en dat het geen enkel probleem mag vormen om op gezette tijden een minimale gegevensset hieromtrent aan te leveren. Hierbij moet wel worden opgemerkt dat de resultaten van dit onderzoek deze vanzelfsprekendheid niet ondersteunen.

Een dergelijk, minimaal registratiesysteem zou in de vorm kunnen van een aparte, niet geïntegreerde registratie met slechts enkele relevante items, die via een modem op vaste tijden verzonden zou kunnen worden naar een regionale server. Een dergelijk systeem vraagt echter ook, zeker in de opstartfase, een forse tijd- en middelen investering. Daarbij komt nog, dat aangezien deze registratie los staat van de werkelijke bedrijfsprocessen, de betrouwbaarheid van de gegevens mogelijk gevaar loopt.

6.3 Aanbevelingen

1. Op regionaal niveau de bestaande expertise en capaciteit van alle typen aanbieders in kaart (laten) brengen, zodat voor verwijzers en doorverwijzers duidelijk is wat voor een bepaalde cliënt de aangewezen plaats van behandeling is.
2. Nagaan welke mogelijkheden er zijn om AWBZ-gefinancierde aanbieders met lange wachttijden te ontlasten door gebruik te maken van expertise en capaciteit elders in de regio. Nagaan in hoeverre een verdere herverdeling van AWBZ-gelden hierbij nodig is.
3. Helder formuleren welke doelen bereikt moeten worden met een uniform registratiesysteem.
4. Op basis van de uitkomst daarvan kiezen voor één van beide hierboven genoemde systemen: een geïntegreerd cliëntregistratiesysteem of een minimale gegevensset, of wellicht voor geen van beide en hiervan afzien. De binnenkort verwachte resultaten van het NZi-onderzoek zullen naar verwachting bijdragen aan een goed onderbouwde keuze.

5. Aanvragen om capaciteitsuitbreiding altijd te beoordelen in samenhang met de wijze waarop het behandeltraject door de betreffende aanvrager is georganiseerd, zowel intern als extern.
6. Intern kan worden gedacht aan de wijze waarop de in-, door- en uitstroom is georganiseerd. Indien aanbieders streven naar een efficiënte werkwijze dan zal dat moeten blijken uit de keuze die wordt gemaakt voor de behandelingen, de wijze waarop behandelingen worden geëvalueerd en worden afgesloten.
7. Extern kan gedacht worden aan de wijze waarop men omgaat met andere aanbieders in de regio en waarop men gebruik maakt van expertise en capaciteit elders.
8. Onderzoek stimuleren naar de kosten-effectiviteit van verschillende behandelmodaliteiten in de AGGZ.
9. Nagaan welke mogelijkheden er zijn om aanbieders die actief aan onder 8 genoemde onderzoek meewerken te belonen.
10. Onderzoek stimuleren naar het verwijsgedrag van huisartsen. In kaart laten brengen waar de keuzes voor een bepaalde aanbieder op zijn gebaseerd.

Bijlage A: Resultaten in tabelvorm

Tabel 1 : Vormen wachttijden een probleem?

	ja	nee	niet beantwoord
PAAZ	61%	36%	3%
PUK poliklinieken	40%	60%	-
APZ-en	58%	42%	-
KJP poliklinieken	82%	18%	-
Poliklinieken voor verslavingszorg	89%	11%	-
Vrijgevestigde psychotherapeuten	66%	33%	-
Eerstelijns psychologen	57%	43%	-
Vrijgevestigde psychiaters	50%	50%	-
Samenwerkingsverbanden / MFE's	78%	22%	-
RIAGG's	100%	-	-

Tabel 2 : **Gemiddelde wachttijd voor intake (in weken)**

	Jeugd	Volwassenen	Ouderen
PAAZ	3	5	4
PUK poliklinieken	-	5	4
APZ-en	8	5	2
KJP poliklinieken	7	-	-
Poliklinieken voor verslavingszorg	4		
Vrijgevestigde psychotherapeuten	3	6	3
Eerstelijns psychologen	2	3	3
RIAGG's	7	5	3
Vrijgevestigde psychiaters	10	13	14
Samenwerkingsverbanden / MFE's	3	2	1

**Tabel 3 : Gemiddelde wachttijd voor behandeling na eventuele intake
(in weken)**

	Jeugd	Volwassenen	Ouderen
PAAZ	1	4	1
PUK poliklinieken	-	4	4
APZ-en	0	5	1
KJP poliklinieken	9	-	-
Poliklinieken voor verslavingszorg		11	
Vrijgevestigde psychotherapeuten	3	7	5
Eerstelijns psychologen	3	2	3
RIAGG's	10	9	3
Vrijgevestigde psychiaters	3	2	2
Samenwerkingsverbanden / MFE's	6	13	2

Tabel 4 : **Gemiddeld aantal wachtenden voor intake**

	Jeugd	Volwassenen	Ouderen
PAAZ	3	20	3
PUK poliklinieken	-	48	
APZ-en	21	50	5
KJP poliklinieken	36	-	-
Poliklinieken voor verslavingszorg	28		
Vrijgevestigde psychotherapeuten	5	7	2
Eerstelijns psychologen	2	7	12
RIAGG'S	4	48	31
Vrijgevestigde psychiaters	5	8	3
Samenwerkingsverbanden / MFE's	11	24	0

Tabel 5 : Regionaal 'wachtlijst-overleg' met anderen?

	structureel	ad hoc	nee	niet beantwoord
PAAZ	29%	21%	43%	7%
PUK poliklinieken	20%	40%	40%	-
APZ-en	26%	37%	37%	-
KJP poliklinieken	36%	46%	18%	-
Poliklinieken voor verslavingszorg	0%	33%	67%	-
Vrijgevestigde psychotherapeuten	4%	78%	13%	5%
Eerstelijns psychologen	25%	64%	11%	-
Vrijgevestigde psychiaters	20%	30%	50%	-
Samenwerkingsverbanden / MFE's	44%	33%	22%	-

Tabel 6 : Voor/tegen uniform registratiesysteem?

	vóór uniform systeem op landelijk niveau	vóór uniform systeem op regionaal niveau	tegen uni- form sys- teem, vóór systeem op maat voor eigen ge- bruik	tegen	niet beant- woord
PAAZ	25%	21%	29	4%	21%
PUK poliklinieken	-	40%	60%	-	-
APZ-en	32%	26%	32%	5%	5%
KJP poliklinieken	64%	-%	9%	9%	18%
Poliklinieken voor verslavingszorg	38%	13%	38%	13%	-
Vrijgevestigde psychotherapeuten	9%	22%	52%	4%	13%
Eerstelijns psycho- logen	21%	32%	21%	11%	14%
RIAGG's	70%	10%	15%	-	5%
Vrijgevestigde psychiaters	10%	20%	30%	20%	20%
Samenwerkingsver- banden / MFE's	56%	-	11%	11%	22%

Bijlage B: Afkortingen

AGGZ	Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
APZ	Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis
KJP	Kinder en Jeugd Psychiatrie
MFE	MultiFunctionele Eenheid
PAAZ	Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis
PUK	Psychiatrische Universiteits Kliniek
RIAGG	Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg

Bijlage C: Leden projectgroep wachtlijsten AGGZ

- drs. S.P. Bangma, RIAGG Almelo
- ir. S. Bersee, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- mevrouw drs. J.M.C.E. van Duren, Zorgverzekeraars Nederland
- mevrouw drs. J.Y. Gill-Van Kampen, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- dr. J. Heesters, GGZ Nederland
- mevrouw drs. C. de Jager, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- mevrouw drs. B. Langenzaal, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- drs. S. Oostenbrink, COTG
- drs. A.H. van der Spek, NVVP
- M.M. Tóth, psychiater, Instituut Katalyse