

Antwoorden op uitvraag wachttijden GGZ. Stuurgroep Weg van de wachtlijst.
dd. 23-05-2019

Opmerkingen vooraf.

Op 12 februari hebben wij te horen gekregen dat de wij tot de slechtste 21 regio's van het land behoorde. Op basis van de cijfers van mei 2019 zien wij dat slechts 5 regio's het beter doen, ondanks het feit dat onze buurregio's Rotterdam en Haaglanden zeer lange wachttijden laten zien (zie tabel 1).

Tabel 1. Wachttijden per regio (mei 2019)

Som van aannemelijk- en behandelwachtlijst samen	Pervasief	Persoonlijkheid	Aandachttekort en-gedrag	Restgroep diagnoses, andere aandoeningen	Angst	Overige stoornissen kinderlijd	Eetstoornissen	Depressie	Bipolair en overig	Overige aan middel gebonden stoornissen	Somatoforme stoornissen	Alcohol gebonden	Delirium amentie en overig	Schizofrenie	Basis GGZ
ROTTERDAM	14,3	20,6	21,1	16,5	12,9	35,7	14,4	12,9	14,6	25,3	6,0	22,5	19,0	23,9	12,7
GRONINGEN	17,5	13,6	19,0	15,6	17,6	19,5	14,2	13,4	17,0	11,3	16,5	11,1	23,0	9,9	10,8
AMSTERDAM	22,0	29,7	20,1	21,7	14,6	19,5	19,0	13,9	10,0	7,1	10,6	7,8	8,9	11,9	8,9
UTRECHT	27,3	20,3	9,8	16,7	14,8	8,7	15,3	14,3	13,5	20,4	15,6	22,3	10,6	5,1	7,5
WEST-BRABANT	21,1	19,7	20,1	11,2	14,5	8,3	12,4	10,7	9,2	16,8	11,9	15,5	15,0	14,2	10,6
ZUID-LIMBURG	30,9	18,6	19,7	15,8	14,0	12,0	9,7	11,6	10,3	13,4	8,5	12,9	8,5	17,2	7,7
NOORDOOST BRABANT	21,3	16,1	14,9	12,3	14,1	5,0	16,4	14,2	7,8	25,0	8,3	24,9	12,5	8,3	9,1
MIDDEN-HOLLAND	31,6	18,1	17,3	11,6	11,4	6,0	8,1	10,2	20,5	8,0	11,6	7,3	15,0	17,9	11,6
NUMEGEN	22,3	27,7	15,5	20,8	15,0	16,1	13,7	12,7	15,6	5,9	7,4	6,7	10,5	6,5	8,2
MIDDEN-BRABANT	16,0	22,9	19,2	14,9	12,9	19,0	8,2	14,1	12,0	13,6	17,6	12,4	0,0	5,0	9,1
ARNHEM	17,5	22,1	17,5	17,7	16,3	12,9	8,7	12,7	16,5	8,4	9,4	8,3	9,8	8,1	9,9
ZUIDOOST-BRABANT	32,8	18,6	15,5	14,1	16,2	13,1	8,2	14,7	2,7	13,1	7,7	11,7	8,5	8,8	9,9
T.GOOI	22,9	16,0	14,8	14,4	13,6	14,7	21,1	13,4	11,4	6,1	10,3	5,7	8,0	11,0	10,5
UTRECHT (toekomst)	20,9	18,8	15,7	14,6	13,5	12,5	13,8	11,8	10,7	11,6	10,0	11,3	9,0	9,5	8,9
ZWOLLE	17,4	15,2	13,4	16,3	13,4	10,4	27,0	12,2	10,0	7,7	11,4	7,6	10,8	10,0	7,7
FLEVOLAND	13,8	11,8	17,8	16,6	15,8	26,0		14,5	12,9	7,7	10,4	7,6	12,0	12,0	11,5
ZUID-HOLLAND NOORD	22,3	15,6	15,7	12,4	12,9	16,8	8,4	9,0	10,7	11,2	10,9	9,6	10,3	8,4	7,5
APFELDOORN/ZUTPHEN E.O.	18,6	19,0	9,6	8,5	15,5	11,5	22,8	11,1	11,3	8,1	10,1	6,2	9,6	9,3	8,6
HAAGLANDEN	19,9	22,3	15,5	10,9	12,9	9,1	9,2	10,9	11,3	9,3	9,8	9,1	11,1	8,5	9,6
ZEELAND	11,9	17,0	18,0	15,3	13,5	16,0	9,3	9,4	7,0	12,6	7,9	15,5	4,0	12,7	7,0
KENNEMERLAND	21,8	11,3	16,0	8,5	12,7	8,1	18,6	11,7	7,4	10,0	10,2	8,5	13,3	5,0	8,3
ZAA NSTREEK/WATERLAND	19,3	14,6	13,5	11,3	14,4	14,0	14,0	14,8	7,6	8,7	10,1	6,6	7,3	2,1	12,3
TWENTE	23,7	16,8	22,1	13,4	11,9	9,2	8,6	10,3	7,6	7,8	7,8	7,7	7,6	6,8	8,4
MIDDEN-JSSEL	24,3	13,1	25,4	14,5	15,9	10,0		15,4	8,5	6,5	11,7	5,8	6,0	2,6	7,7
DRENTHE	26,3	12,9	13,3	12,8	10,4	12,2	7,1	9,3	7,1	10,4	8,8	10,4	6,3	8,9	11,4
ZUID-HOLLANDSE EILANDEN	14,1	19,8	15,5	13,5	12,4	10,0	4,0	13,4	12,5	4,0	12,0	4,7	6,0	7,9	9,6
WESTLAND SCHIELAND EN DELFLAND	21,2	14,7	9,5	9,5	10,2	8,0	20,3	8,5	7,4	12,6	8,8	10,7	5,0	3,6	8,2
WAARDENLAND	19,2	15,7	13,6	12,7	12,6	7,0		13,2	16,5	4,0	10,6		20,6	3,2	7,3
AMSTELLAND EN DE MEERLANDEN	3,9	19,4	11,9	9,9	10,5	10,8	11,4	9,9	10,5	4,0	7,2	10,0	11,0	9,0	6,6
NOORD HOLLAND NOORD	10,0	10,1	11,4	9,4	10,7	10,0	10,0	10,1	9,8	5,4	9,5	6,0	0,0	9,9	6,4
FRIESLAND	9,7	7,8	6,4	9,1	8,6	7,4	8,0	7,2	5,8	8,3	6,7	8,2	5,4	13,1	9,1
NOORD-LIMBURG	6,1	10,2	6,9	11,5	10,2	4,2	16,9	7,6	5,7	6,5	7,2	6,6	3,9	2,1	8,0

Als wij inzoomen op onze regio (zie tabel 2), dan zien wij vooral bij G-kracht dat de wachttijden heel hoog zijn. Dit klopt ook, maar hierbij moeten wij wel vermelden dat GGZ Delfland ca. 5500 verzerkende van ons helpt op jaarbasis tegen ca. 100 van G-kracht. Ons inziens worden de aantallen nu volledig genegeerd, waardoor de gerapporteerde wachttijden vrij weinig zeggen. Natuurlijk is het ook erg als er 1 patient heel lang moet wachten, maar voor een juiste prioritering willen wij toch eerst de grote knelpunten aanpakken, maar daar hebben wij nu dus onvoldoende zicht op.

Verder kennen wij G-kracht als een snel schakelende, efficiënte instelling die hele hoge eisen stelt aan haar personeel. Dit is dan ook de reden dat zij moeite hebben om de capaciteit uit te breiden. Overigens willen ze dit ook niet per sé, omdat ze zich goed voelen bij de schaal die G-Kracht nu heeft. Dit vinden wij natuurlijk ook goed, de consequentie is echter dat patienten voor G-Kracht moeten willen wachten. Willen ze niet wachten, dan is er voldoende aanbod bij de overige aanbieders. G-Kracht rapporteert overigens een wachttijd bij bijvoorbeeld pervasief, terwijl zij nog nooit deze diagnose hebben gedeclareerd. Hier hebben wij ze ook op aangesproken, maar zij zijn helemaal klaar met de administratieve belasting die ook deze uitvragen weer met zich meebrengen.

Kijken wij naar GGZ Delfland locatie Schiedam, dan zien wij bij Pervasief een wachttijd van 24 weken. Dit is natuurlijk veel te lang, maar navraag bij GGZ Delfland leert dat het hier om enkele patienten gaat, waarbij het niet is uitgesloten dat er een patient tussen zit

die om eigen redenen heel lang heeft willen wachten. Persoonlijkheidsstoornissen in Naaldwijk is ook te lang bij GGZ Delfland. Dit zijn weliswaar iets meer patiënten, maar Naaldwijk is een kleine locatie, waarbij dit cijfer makkelijk beïnvloed kan zijn door een uitbijter. Wij spreken GGZ Delfland hier overigens wel op aan.

De grote locatie van Mentaal Beter staat nog niet in onze regio vermeld. Wij zijn met ze in gesprek of zij dit niet alsnog kunnen aanleveren. Aangezien de wachttijden bij Mentaal Beter onder het regio-gemiddelde zitten, zal deze extra informatie leiden tot gemiddeld lagere gerapporteerde wachttijden in onze regio.

Tabel 2. Wachttijden per instelling regio DWS (mei 2019)

Wachttijdinformatie voor de regio: WESTLAND SCHIELAND EN DELFLAND
Periode: Mei - 2019

WACHTTIJD		Basis GGZ	Restgroep diagnoses, andere aandoeningen	Angst	Depressie	Pervasief	Aandachttekort en -gedrag	Somatiforme stoornissen	Persoonlijkheid	Overige stoornissen kindertijd	Overige aan middel gebonden stoornissen	Eetstoornissen	Bipolair en overig	Alcohol gebonden	Delirium dementie en overig	Schizofrenie	
Stichting Geestelijke Gezondheidszorg Delfland	GGZ DELFLAND, SCHIEDAM- DE STADHOUDER	9		7	9	7	24	9	9	13	22	5	-1	8	5	5	2
	GGZ DELFLAND DE KLAVER	8		8	9	7	-1	3	8	10	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1
	GGZ DELFLAND LOCATIE DE BARONES			7	8	6	13	10	11	7	2	7	-1	5	0	2	4
	GGZ DELFLAND, NAALDWIJK	8		11	15	11	16	16	-1	19	6	-1	-1	10	-1	8	5
	GGZ DELFLAND DE DRAECK	9															
	GGZ DELFLAND LOCATIE MAASSLUIS	7															
G-KRACHT PSYCHOMEDISCH CENTRUM	G-KRACHT PSYCHOMEDISCH CENTRUM	30		32	32	32	32	32	32	32	32			32			
FORTAGROEP BV	FORTAGROEP NAALDWIJK	8		11	11	11	11	11	11		11						
	FORTAGROEP SCHIEDAM	8						-1									
HSK Groep	HSK Schiedam	6		6	6	6			6								
	HSK Delft	7		7	7	7			7		7						
PARNASSIA GROEP B.V.	BRUIDER DELFT	12		18	-1	-1	-1		-1	-1	-1	14	-1	-1	13	-1	-1
	BRUIDER JEUGD DELFT			6	-1	-1	-1		-1	-1	-1	14	-1	-1	-1	-1	-1
	INDIGO SCHIEDAM	13															
	PSYCHOLOGIEPRAKTIJK HOOGENDOORN	18															
DANA BABUSKOVA	DANA BABUSKOVA					8		8									
KERN PSYCHOTHERAPIE	KERN PSYCHOTHERAPIE			4	4	4											
PSYCHOLOGENPRAKTIJK VAN DER PLOEG	PSYCHOLOGENPRAKTIJK VAN DER PLOEG	10															
Pay-Kho B.V.	Pay-Kho B.V.			2	2			2						2			2
Clessidra	Clessidra	3															
KOLIBRIE HEALTHCARE B.V.	KOLIBRIE HEALTHCARE B.V.	1															

De regio scoort dus donkerrood op Pervasief en eetstoornissen. De te lange wachttijd bij Pervasief wordt dus veroorzaakt door GGZ Delfland, Schiedam en G-Kracht en eetstoornissen alleen door G-kracht. G-kracht declareert echter geen Pervasief en eetstoornissen bij ons en dit lijkt dus een administratieve fout en GGZ Delfland, Schiedam heeft Pervasief in hele kleine aantallen gedeclareerd.

Vragen:

1. Wat is/zijn momenteel de belangrijkste diagnosegroep(en) in deze regio v.w.b. te lange wachttijden en de aantallen cliënten waar het om gaat?

De wachttijden voor persoonlijkheidsstoornissen zijn het belangrijkste. Deze zijn te lang en het betreft hier een substantieel aantal patiënten. Het aantal patiënten moeten wij overigens weer apart opvragen. Het zou eenduidiger zijn, als dit bij Vektis aangeleverd zou worden.

2. Op welke van deze diagnosegroep(en) richten DSW en de instellingen zich met name?

Wij richten ons niet op diagnoses. Het zou verkeerd zijn als wij (zonder medische inhoudelijke insteek) de ene diagnose belangrijker vinden dan een andere. Ook is het zo dat veel poli's niet een aparte instroom per diagnose hebben. Wij zijn natuurlijk wel met onze 6 instellingen in onze regio in gesprek (GGZ Delfland, Mentaal Beter, HSK, Fortagroep, Parnassia G-Kracht). Hierin staan wij natuurlijk wel stil bij welke locatie de wachttijden langer zijn en wat hieraan kan gebeuren.

3. Richten DSW en de instellingen zich op het verbeteren van de regionale samenwerking of op individuele initiatieven van en afspraken met zorgverleners en verwijzers? Of beiden?

Beide. De aanbieders hebben bij ons goede voorbeelden gedeeld in een regionaal wachttijdenoverleg, zodat ook de andere aanbieders hiervan kunnen leren. Ik hoop dat aanbieders het ook op een gegeven moment aandurven om patiënten mede te delen, dat de wachttijd bij een concurrent lager is.

Verder is er voldoende initiatief vanuit de aanbieders zelf. Zo heeft Fortagroep een telefonische pre-intake geprobeerd, maar dit werkte niet goed. Mentaal Beter heeft een aanbod op persoonlijkheidsstoornissen ontwikkeld. HSK is heel kritisch op welke patiënten zij goed kan behandelen en spreekt huisartsen hierop aan als zij patiënten doorverwijzen die niet goed door HSK zijn te behandelen. GGZ Delfland zet in op de fit op weg poli (reeds gedeeld met wegvandewachtlijst), maar werkt ook aan een aanbod met Virtual Reality. Parnassia heeft een digitale poli opgezet. Alles helpt mee om zo efficiënt mogelijk de zorg te verlenen. Als de zorg zo efficiënt mogelijk is, zijn de wachttijden zo laag als mogelijk. De genoemde initiatieven zijn slechts enkele voorbeelden.

4. Welke knelpunten zijn onderkend, en welke oplossing(en) zijn/worden hiervoor bedacht om de wachttijden terug te brengen?

Het knelpunt is de administratieve lasten. Hier zijn zorgverleners te veel tijd aan kwijt. Wij nemen in onze contracten dan ook geen extra eisen op voor de zorgaanbieders. Maar we toetsen natuurlijk wel aan wat er in de kring der beroepsgenoten gebruikelijk is. Verder zijn wij in gesprek met de aanbieders over welke administratie achterwege kan worden gelaten.

Het vervullen van vacatures gaat ook niet vanzelf. Wel zien we grote variatie in hoe goed aanbieders hun vacatures vervult krijgen. Kennelijk is er door goed werkgeverschap nog een wereld te winnen.

Ook opvallend is dat andere verzekeraars als knelpunt worden genoemd. Aanbieders kunnen dan met ons wel aanvullende afspraken maken, maar andere verzekeraars zijn niet in beweging te krijgen, ondanks dat het voor ons overduidelijk is dat aanbieders meer ruimte zouden moeten krijgen. Dit is door een aanbieder opgelost door geen contract meer aan te gaan met een verzekeraar. Dit vinden wij begrijpelijk, maar ook zorgelijk omdat deze verzekeraar dan 'wegkomt' met vergoedingen voor niet gecontracteerde zorg en er een prikkel voor verzekerden ontstaat tot overstappen, dit is een vorm van risicoselectie.

De belangrijkste oplossing is vertrouwen. Wij moeten erop vertrouwen dat zorgaanbieders iedere dag weer hun best doen om zo goed als mogelijk de zorg te verlenen en zorgaanbieders moeten erop kunnen vertrouwen dat wij hier goed voor betalen.

5. Wanneer heb je c.q. verwacht je dat deze oplossingen zijn/worden ingevoerd?

Dit is een continu proces.

6. Vanaf welke periode verwacht je (verdere) verbetering in het terugdringen van de betreffende wachttijden?

Dit is niet te zeggen, omdat de wachttijden in onze omliggende regio's nog veel langer zijn en er dus overloop ontstaat.

7. Zijn er knelpunten die volgens jou niet lokaal c.q. regionaal dan wel met betrokken zorgverleners, verwijzers en eventueel gemeenten kunnen worden opgelost?

Wat moeilijk op te lossen is, is de fragmentatie van de financiering van de GGZ. O.i. zou er voor een groep GGZ-patiënten veel meer begeleiding moeten zijn vanuit de WMO. Ook zouden patiënten makkelijker vanuit de kliniek naar beschermd wonen moeten kunnen uitstromen, zodat er in de kliniek meer ruimte voor nieuwe patiënten ontstaat. Meer ruimte in de kliniek zorgt voor meer ruimte op de poli's en de fact-teams.

Landelijk moet de overheid nieuwe toetreders beter controleren en moeten de aanspraken duidelijker worden vastgelegd. Als dat beter is vastgelegd kan het geld beter besteed worden aan de patiënten die het echt nodig hebben.