

Achter de wachtlijst:

Inzicht in de vraag naar jeugd-GGZ

Van Montfoort Collegio
Woerden, 6 mei 2010

Dr. F. Sondejker
Drs. P. Jansen
Dr. I. van Meurs
S. Hordijk MSc.

INHOUDSOPGAVE

1	Inleiding	5
2	Plan van aanpak.....	7
2.1	Data-analyse	7
2.2	Dossieronderzoek	9
3	Resultaten	11
3.1	Data-analyse	11
3.1.1	Geslacht	12
3.1.2	Leeftijd	13
3.1.2	Diagnoses	15
3.1.3	Leeftijd per diagnose	18
3.1.4	Wachttijd.....	19
3.1.5	Spoed en reguliere zaken	21
3.1.6	Verwijzers.....	22
3.1.7	Verstedelijking en wachttijd.....	23
3.2	Dossieronderzoek	23
3.2.1	Algemeen beeld	24
3.2.2	Reden aanmelding en diagnose	25
3.2.3	Verwijzer.....	27
3.2.4	Eerdere hulpverlening aan jeugdigen en ouders	28
3.2.5	Wachttijstbegeleiding.....	29
3.2.6	Doorverwijzing.....	29
4	Conclusies.....	31
4.1	Beantwoording onderzoeksvragen	31
4.2	Algemene conclusies	33
4.3	Tot besluit	34
	Bijlage 1: Gestratificeerde steekproef – deelnemende instellingen	35
	Bijlage 2: Ontwikkeling budget en benutting tweedelijns GGZ capaciteit	37
	Bijlage 3: Leden Begeleidingscommissie	39

1 Inleiding

Tussen 2001 en 2007 is het aantal cliënten binnen de GGZ (jeugdigen, volwassenen, ouderen) proportioneel gezien, harder gegroeid dan de toename van het budget. Het aantal cliënten groeit in deze periode jaarlijks met bijna 10%. Het budget groeit in dezelfde periode met 7%¹.

De vraag naar GGZ capaciteit voor jeugdigen is ook fors toegenomen. Het aantal cliënten in de jeugd GGZ bedroeg in 2005 88.000 en in 2009 ongeveer 147.000 (een jaarlijkse toename van ruim 13%).

Dit toenemende beroep op de GGZ capaciteit kan leiden tot wachtlijsten. De omvang van de hulpvraag neemt toe en of en waar die grens ligt is nog niet duidelijk. Het kan zijn dat er nog een groep jeugdigen (en ouders) is met een latente zorgvraag die misschien behandeld zouden kunnen worden binnen de tweedelijns jeugd-GGZ, maar die daar om onduidelijke redenen niet terecht komen. Aan de andere kant zijn er mogelijk cliënten, die wél aangemeld zijn, terwijl andere zorg beter zou aansluiten bij hun vraag.

De vraag is of de samenstelling van cliëntengroep die een beroep doet op de GGZ, aanleiding geeft tot beleidsmaatregelen om de druk op de capaciteit te verminderen.

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en het Programmaministerie voor Jeugd en Gezin hebben in overleg met GGZ Nederland aan Adviesbureau Van Montfoort opdracht gegeven onderzoek te doen naar de samenstelling van de wachtlijst van de sector jeugd (0 - 18 jaar²) van de GGZ. Het is voor GGZ Nederland, alsmede voor VWS en het programmaministerie voor Jeugd en Gezin van groot belang dat er meer inzicht komt in de samenstelling van de wachtlijst teneinde beleid te maken om deze terug te dringen.

Een doorlichting van de wachtlijst, kan een beeld geven van de samenstelling van de wachtlijsten. Deze verkenning dient allereerst te leiden tot meer inzicht in kenmerken van cliënten, die op de wachtlijst 'jeugd' van GGZ Nederland staan. Hierdoor krijgen de kwantitatieve cijfers over aantal en duur van het wachten enige kleuring, die eerder ontbrak.

Aan de hand van dit verkregen beeld kan bekeken worden of en hoe de groei van de wachtlijsten de wachttijden in de jeugd GGZ binnen de Treeknorm gebracht kunnen worden.

Daarvoor is evenwel ook nog andere informatie nodig. Andere elementen zijn inzicht in de (latente) vraag naar jeugd GGZ en een vergelijking van de vraag met het beschikbare aanbod. Voor die laatste twee onderdelen is dan aanvullend onderzoek gewenst dat mogelijk later wordt uitgevoerd.

¹ Zie Sectorrapport GGZ 2009 "Zorg op waarde geschat", pagina 7 en pagina 11

² Er is gekozen voor afbakening in leeftijd van 0 tot 18 jaar om vergelijking met ander onderzoek (waaronder die naar de wachttijden binnen de GGZ) die dezelfde afbakening hanteert mogelijk te maken.

2 Plan van aanpak

Voor een representatieve steekproef van jeugdigen die te lang wachten zou een analyse van 2.800 dossiers (zijnde 10% van de ruim 28.000 wachtenden³, verspreid over heel Nederland) moeten worden uitgevoerd. Dat zou meer tijd en geld vragen dan beschikbaar was.

Daarom is in overleg met GGZ Nederland besloten om een analyse te maken van de databestanden van GGZ Nederland. Er is daarnaast gekozen om een kleinschalig dossieronderzoek uit te voeren (100 dossiers, verspreid over 6 instellingen). Daarmee is het mogelijk een indicatief beeld te schetsen van de cliënten die op de wachtlijst staan. Het onderzoek richt zich op de ambulante jeugd-GGZ, aangezien dit de grootste groep is.

Het onderzoek richt zich op het vinden van antwoord op de volgende vragen:

- Hoe ziet de doelgroep eruit, en welke type stoornissen komen voor?
 - Wat is de leeftijd van de verschillende jeugdigen op de wachtlijst?
 - Welke diagnoses worden gesteld?
 - Hoe is de verdeling tussen het aantal jongens en meisjes?
 - In hoeverre is er sprake van comorbiditeit?
 - Is het mogelijk te prioriteren voor groepen wachtenden?
- Door wie is doorverwezen naar de GGZ?
- Naar wie verwijst de GGZ door?
- Is er in het voortraject al interventie geweest vanuit de eerstelijnszorg of andere sectoren?
- Is er overbruggingszorg geweest, terwijl de cliënt moest wachten?

2.1 Data-analyse

Voor de data-analyse is gebruik gemaakt van de DIS bestanden. Er is een afweging gemaakt tussen de Zorgis bestanden en de DIS bestanden. Er is gekozen voor gebruik van de DIS bestanden, met name omdat de gegeven diagnoses beter te achterhalen zijn in de DIS- dan in de Zorgis bestanden. De gestelde diagnoses vormen een belangrijk gegeven voor het in kaart brengen van de kinderen op de wachtlijst; ze geven een indruk van de problematiek waarmee kinderen worden aangemeld voor GGZ-hulp.

In de DIS registratie wordt gedurende het zorgtraject de verwijzing (indien beschikbaar), het DBC traject, alle gestelde diagnoses en alle uitgevoerde activiteiten bijgehouden. De begindatum, het zorgtraject, het zorgtype, de diagnoses en de activiteiten worden steeds genoteerd in een open DBC Traject.

³ Het gaat bij deze 28.000 wachtenden om jeugdigen die zijn aangemeld bij de jeugd-GGZ en die wachten op de start van een onderzoek, die wachten op beoordeling of die wachten op de start van de behandeling. Op deze lijst staan alle wachtende jeugdigen, gemeten vanaf dag 1 vanaf de aanmelding. Het aantal wachtenden zegt niets over de tijd die zij wachten.

De DIS registratie is opgedeeld in vier bestanden:

- *Zorgtraject*: bevat o.a. het zorgtrajectnummer, begin- en einddatum, primaire diagnosegegevens en primaire verwijzersgegevens.
- *DBC-traject*: bevat o.a. het DBC trajectnummer, begin- en einddatum, zorgtype en reden van afsluiting.
- *Diagnose*: bevat alle diagnoses (behalve de primaire) die tijdens het DBC traject gesteld zijn, conform de DSMIV classificaties.
- *Activiteiten*: bevat alle activiteiten behorende bij een DBC.

De gebruikte gegevens voor de data analyse zijn afkomstig uit deze vier bestanden.

Procedure

Om de gewenste gegevens te kunnen analyseren, moesten de bestanden op de juiste manier aan elkaar gekoppeld worden, en diende er een selectie te worden gemaakt van de voor de analyse relevante gegevens. Gezien de complexiteit van de bestanden en de foutgevoeligheid in het analyseren ervan, heeft GGZ Nederland ons wegwijs gemaakt en de bestanden met ons geprepareerd voor analyse.

De volgende DBC trajecten zijn meegenomen in de analyse:

- Alleen trajecten uitgevoerd binnen het Kinder & Jeugd circuit.
- Alleen trajecten die zijn geëindigd in 2008⁴.
- Alleen trajecten van kinderen tussen 0 en 17 jaar bij de start van het DBC traject.
- Alleen eerste trajecten/trajecten van kinderen die voor het eerst in zorg zijn gekomen in de GGZ.
- Alleen trajecten van kinderen die niet opgenomen zijn; dus alleen ambulante zorg.
- Alleen de trajecten van kinderen voor wie we de wachttijd hebben kunnen berekenen.

De tijd in dagen tussen het moment waarop het DBC traject is aangemaakt en het moment waarop het eerste behandelcontact plaatsvindt, is berekend als wachttijd.

De wachttijden voor Fase 1 (tussen aanmaak DBC en eerste face to face contact), voor fase 2 (beoordelingsfase; tussen eerste face-to-face contact en eerste beoordelingscontact) en voor fase 3 (tussen eerste beoordelingscontact en eerste behandelcontact) hebben wij in eerste instantie wel berekend, maar we hebben deze niet meegenomen in de analyse omdat een relatief groot aantal wachttijden negatief bleek na berekening. Dit kan betekenen dat niet altijd een datum wordt ingevoerd die overeenkomt met het daadwerkelijke moment waarop het eerste face-to-face contact plaatsvindt, of het eerste beoordelingscontact. Het kan ook betekenen dat de fasen in praktijk door elkaar lopen; dat bijvoorbeeld het eerste face-to-face contact in sommige gevallen samenvalt met het eerste beoordelingscontact, of dat behandeling al gestart is terwijl er ook beoordelende contacten plaatsvinden. Een verklaring voor de onvolkomenheid kan ook gevonden worden in de wijzigingen in de administratieve verwerking van gegevens. 2008 is het eerste jaar dat landelijk en

⁴ Het onderzoek is in 2009 uitgevoerd. Om de kans op volledige en betrouwbare gegevens te vergroten is ervoor gekozen om het onderzoek te richten op DBC's die in 2008 zijn geëindigd.

door alle instellingen via de DBC productstructuur gegevens worden vastgelegd door behandelaars.

Op de volgende variabelen is ingezoomd om een beeld te krijgen van de wachtlijst en de kinderen die op de wachtlijst staan:

- Geslacht.
- Leeftijd.
- Gestelde (primaire) diagnose.
- Wachtijd in dagen (tijd tussen start DBC traject en het eerste behandelcontact).
- Verwijzer.
- Verstedelijkingsgraad.
- Zorgtype: regulier of spoed/crisis.

Analyse van de databestanden op comorbiditeit is niet mogelijk gebleken. De bestanden zijn zo complex dat dit binnen het kader van de opdracht niet haalbaar bleek.

2.2 Dossieronderzoek

In overleg met GGZ Nederland is besloten om 6 instellingen te benaderen die elk 17 dossiers ter inzage beschikbaar stellen. Er is een verdeling gemaakt waarbij onderscheid is gemaakt naar urbanisatiegraad (instellingen die werken binnen stedelijke of meer landelijke gebieden). Ook zijn in het onderzoek algemene en specialistische instellingen betrokken.

Uit eerder onderzoek was bekend hoe de procentuele verdeling was tussen het aantal jongens en meisjes dat voor de verschillende fasen (aanmeldingswachtfase, beoordelingswachtfase, behandelingswachtfase) op de wachtlijst stond. Deze verhoudingen zijn vertaald naar de 100 dossiers (namelijk 36 in de aanmeldingsfase, 41 in de beoordelingsfase en 23 in de behandelingsfase; en vervolgens een uitsplitsing naar geslacht).

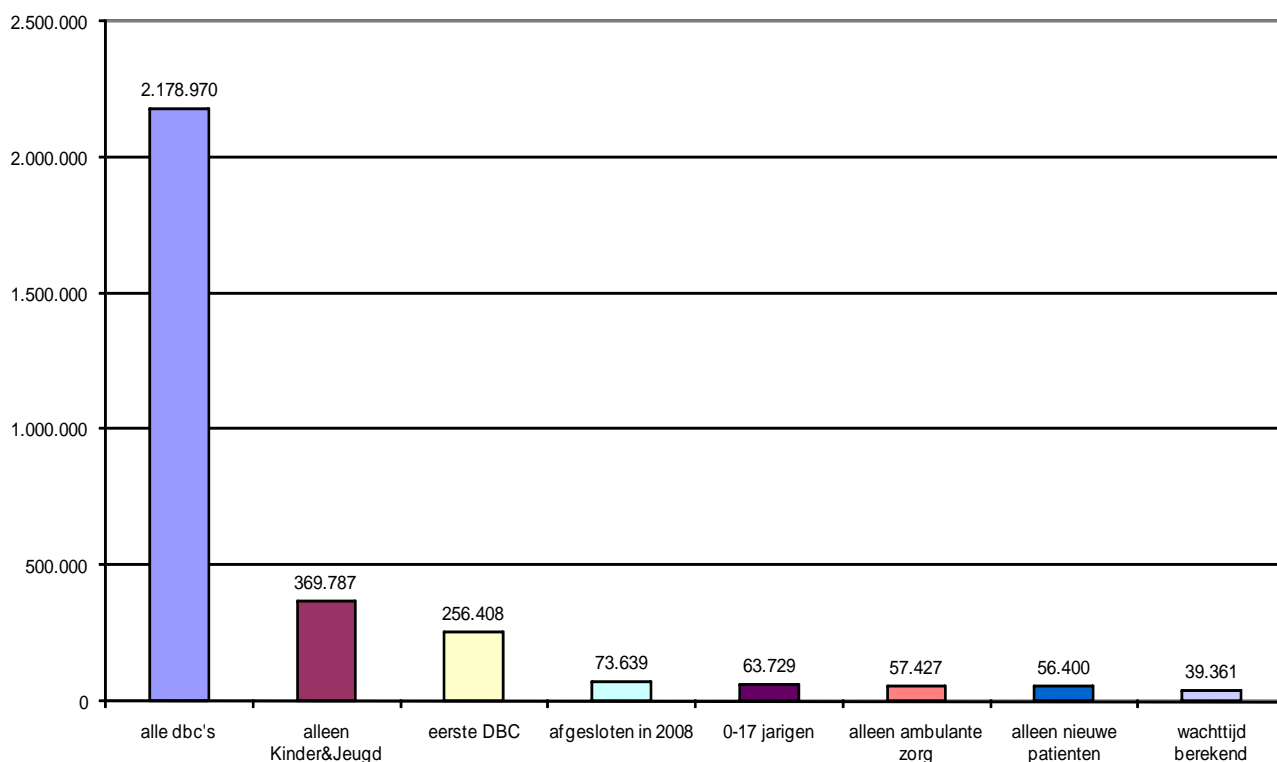
In totaal hebben wij 92 dossiers geanalyseerd (niet alle cliënten gaven toestemming). Er is aan de instellingen gevraagd om dossiers te leveren van jeugdigen in verschillende leeftijden, in verschillende wachtfasen. In bijlage 1 geven we de verdeling per instelling, en de instellingen die hun medewerking hebben verleend.

3 Resultaten

3.1 Data-analyse

Na de selectie op de bestanden bleven er 39.361 DBC trajecten over om de analyses op uit te voeren. Een beeld van hoeveel trajecten er gefilterd zijn gedurende de selectie wordt gegeven met grafiek 1. Analyses zijn uitgevoerd op een omvangrijke steekproef. Daarmee schetsen we een representatief beeld.

Grafiek 1: selectie op het totale aantal cases



De uiteindelijke analyse wordt gemaakt op een selectie van 39.361 DBC trajecten, afkomstig uit het oorspronkelijke bestand dat 2.178.970 trajecten bevat (dit zijn dus ook trajecten van de jaren voor 2008).

Na de eerste selecties blijven er 56.400 cliënten over (zie bladzijde 4 voor de criteria).

Na een eerste analyse zijn er 39.361 cliënten (laatste kolom in de grafiek) over voor wie wachttijd berekend kon worden.

Voor 16.971 van de 17.039 cliënten voor wie geen wachttijd kan worden berekend, is bekend waarom het traject is afgesloten. Voor 79% van deze cliënten (bijna 13.500) is het DBC afgesloten, zonder dat er behandeling plaats vindt.

- 47% (7.990) is afgesloten na intake of diagnostiek.
- 24% (4.070) is afgesloten in onderling overleg.
- 5% (802) is afgesloten op initiatief van patiënt.
- 3 % (559) is afgesloten op initiatief van de behandelaar.

Deze trajecten zijn zeker afgesloten en hebben zeer waarschijnlijk niet geleid tot een vervoltraject binnen de GGZ sector.

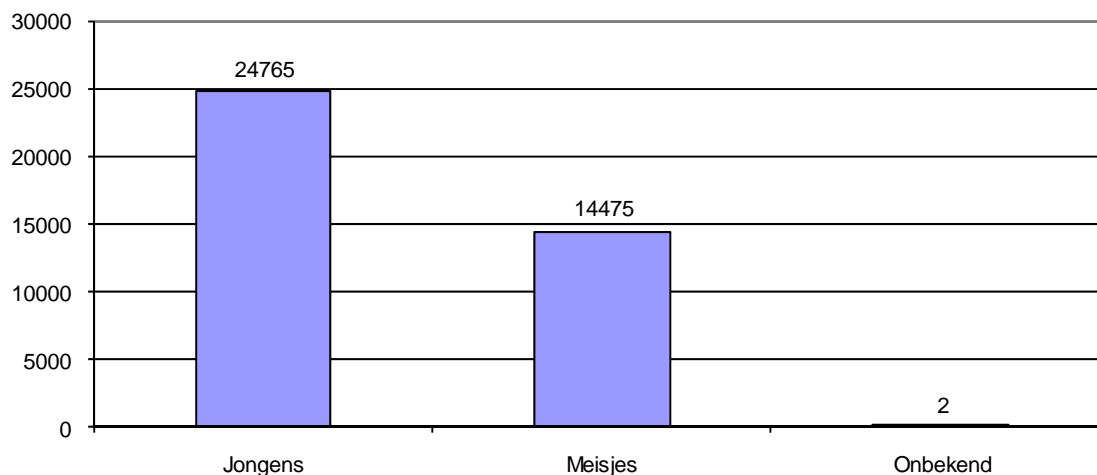
Van 21% (3.550) is de reden van afsluiting: DBC traject administratief afgesloten of openen vervoltraject. We weten dus niet of hiervoor een nieuwe 'behandel DBC' is geopend.

Samengevat: voor 79% van de 16.971 kinderen, zijn er wel inspanningen verricht, maar is geen behandeling gestart. Dit betekent dat minimaal 13.421 kinderen (79% van 16.971) wel zijn aangemeld bij de GGZ, maar geen behandeling hebben ontvangen, in elk geval niet bij de GGZ waar de aanmelding heeft plaatsgevonden.

3.1.1 Geslacht

Grafiek 2 toont het aantal jongens en meisjes dat in behandeling is genomen. Het gaat in totaal om 24.765 jongens en 14.475 meisjes. Dat betekent dat er een groter percentage jongens (62,9%) dan meisjes (37,1) in behandeling is genomen. Voor twee cliënten is het geslacht niet gegeven.

Grafiek 2: Aantal jongens en meisjes in behandeling



3.1.2 Leeftijd

In tabel 1 staan de gegevens met betrekking tot de leeftijd en het geslacht van de kinderen die in behandeling zijn genomen.

Tabel 1: leeftijd en geslacht van de kinderen in behandeling

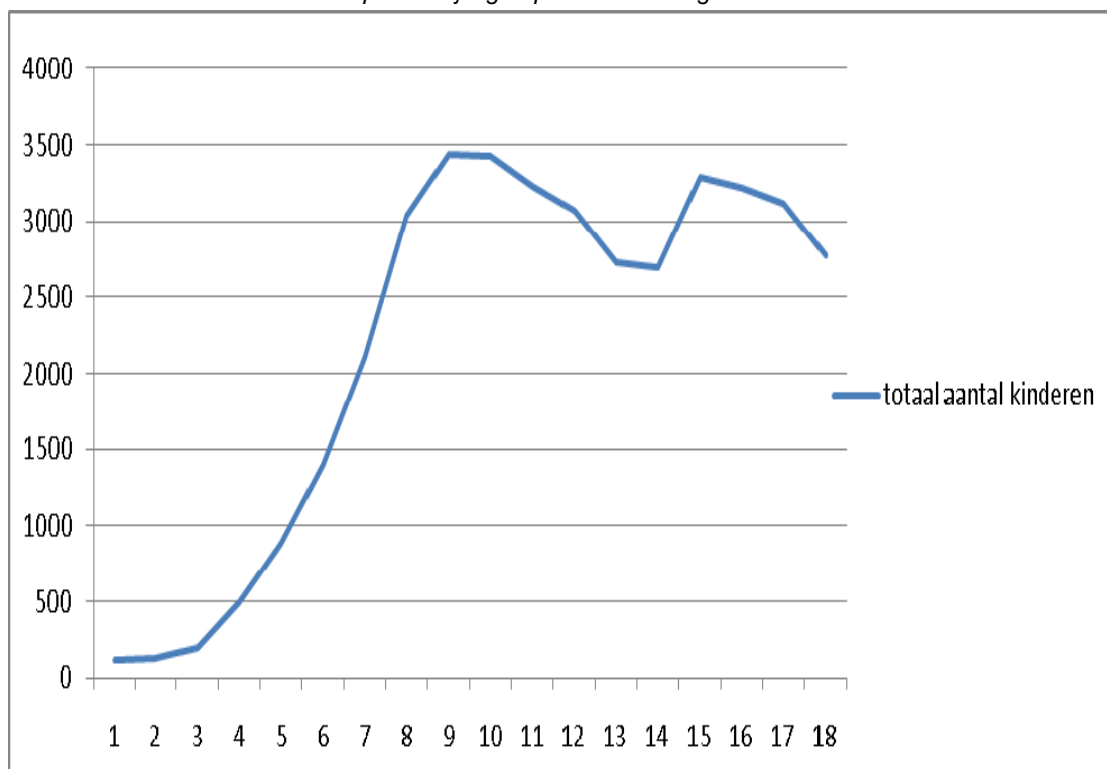
Leeftijd	Aantal jongens	Aantal meisjes	Onbepaald	Totaal aantal kinderen	% van het totaal aantal kinderen (n=39.361)
0	65	49	1	115	0,29
1	78	57		135	0,34
2	126	78		204	0,52
3	326	170		496	1,26
4	653	233		886	2,25
5	1038	363		1401	3,56
6	1558	549		2107	5,35
7	2214	821		3035	7,71
8	2474	964		3438	8,73
9	2440	985	1	3426	8,70
10	2263	964		3227	8,20
11	2123	950		3073	7,81
12	1811	911		2722	6,92
13	1640	1055		2695	6,85
14	1835	1454		3289	8,36
15	1532	1686		3218	8,18
16	1378	1738		3116	7,92
17	1211	1567		2778	7,06
totaal	24765	14594	2	39361	100,00

Gemiddeld waren de kinderen iets jonger dan 11 jaar (10,92).

We zien in tabel 1 en in grafiek 3 dat -over het geheel genomen- het aantal kinderen groter is naarmate de leeftijd van de kinderen stijgt. Kinderen tussen 0 en 3 jaar worden relatief weinig aangemeld, bij kinderen vanaf 4 jaar zien we een sterk stijgende lijn in het aantal kinderen in behandeling.

Het aantal kinderen bereikt haar plafond bij kinderen rond de 9 à 10 jaar. Er treedt een lichte daling op voor kinderen tussen de 11 en 14 jaar, maar het aantal kinderen van 15 tot 17 jaar ligt opnieuw wat hoger. Bij kinderen rond de 18 jaar neemt het aantal opnieuw af, maar een deel van deze cliënten zal wellicht in het volwassenencircuit terecht komen in plaats van in het circuit Kinder en Jeugd, en daarom zijn zij niet in deze analyse meegenomen.

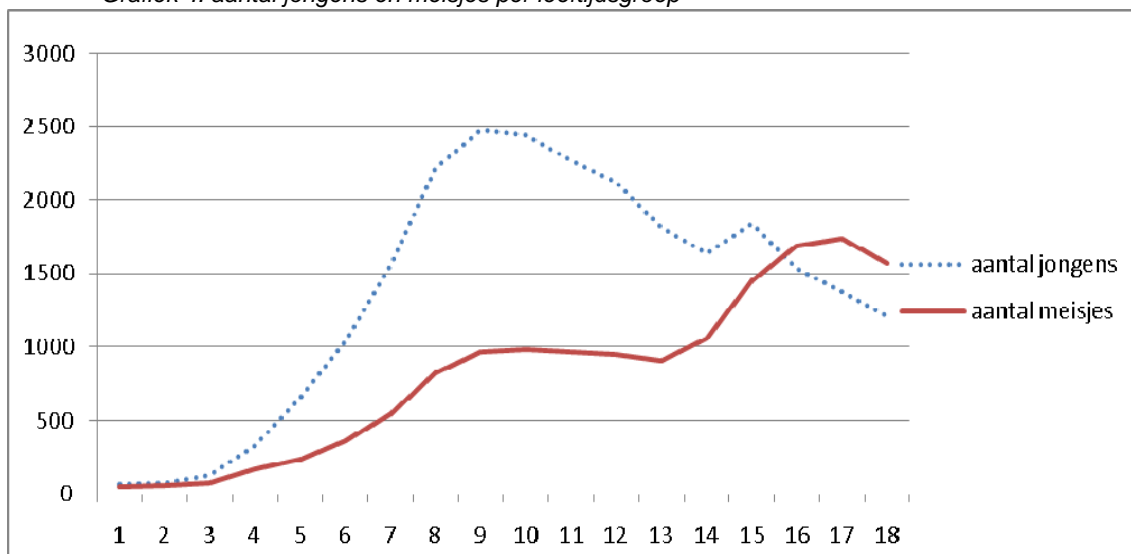
Grafiek 3: aantal kinderen per leeftijdsgroep in behandeling



Wanneer we de leeftijden van de jongens en de meisjes los van elkaar bekijken (grafiek 4), zien we dat de piek voor jongens op jongere leeftijd ligt dan voor meisjes. Er zijn met name veel jongens in leeftijd van 7 tot en met 11 jaar aangemeld, hun aantal neemt af naarmate ze ouder zijn.

Het aantal aangemelde meisjes wordt groter naarmate de leeftijd van de meisjes stijgt. Dit is wellicht te verklaren omdat met name veel jongens worden gediagnosticeerd met aandachtstekortstoornissen en pervasieve ontwikkelingsstoornissen, en deze problematiek komt meestal naar voren gedurende de basisschoolleeftijd. Meisjes hebben vaker klachten als depressie, angsten, eetstoornissen; problematiek die vaak later in de adolescentie naar voren komt.

Grafiek 4: aantal jongens en meisjes per leeftijdsgroep



3.1.3 Diagnoses

We hebben de gestelde diagnose vanuit twee verschillende variabelen in kaart gebracht. De variabele 'Primaire Diagnose' geeft de gestelde primaire diagnoses weer. De variabele 'Diagnose Groepering' geeft de primaire diagnoses weer onderverdeeld in 16 hoofdgroepen. Ook de aantallen voor 'overig', 'geen diagnose' en 'onbekend' zijn opgenomen.

In tabel 2 zien we eerst het aantal kinderen dat gediagnosticeerd is met een stoornis in één van de 16 hoofdgroepen. Ook de categorieën 'overig', 'geen diagnose' en 'onbekend' zijn toegevoegd.

In tabel 3 staan de aantallen kinderen met een diagnose opgesplitst in jongens en meisjes.

Tabel 2: gestelde primaire diagnose, onderverdeeld in 16 hoofdgroepen, en de categorieën 'overig', 'geen diagnose' en 'onbekend'

Diagnose hoofdgroepen	aantal	%
aan een middel gebonden stoornissen	66	0,17%
aanpassingsstoornissen	2539	6,45%
angststoornissen	3242	8,24%
delirium, dementie en amnestische en andere cognitieve stoornissen	23	0,06%
dissociatieve stoornissen	18	0,05%
eetstoornissen	432	1,10%
nagebootste stoornissen	2	0,01%
persoonlijkheidsstoornissen	67	0,17%
psychische stoornissen door somatische aandoening	61	0,15%
schizofrenie en andere psychotische stoornissen	121	0,31%
seksuele stoornissen	24	0,06%
slaapstoornissen	46	0,12%
somatoforme stoornissen	343	0,87%
stemmingsstoornissen	1753	4,45%
stoornissen in de impulsbeheersing	247	0,63%
stoornissen in de kindertijd	23410	59,48%
overig	6910	17,56%
geen diagnose	1	0,00%
onbekend	56	0,14%
totaal	39361	100,00%

Tabel 3: aantallen gestelde diagnoses in hoofdgroepen, voor jongens en meisjes

Diagnose hoofdgroepen	Aantal jongens	%	Aantal meisjes	%	Totaal
aan een middel gebonden stoornissen	44	67%	22	33%	66
aanpassingsstoornissen	1168	46%	1371	54%	2539
angststoornissen	1350	42%	1892	58%	3242
delirium, dementie en amnestische en andere cognitieve stoornissen	9	39%	14	61%	23
dissociatieve stoornissen	5	28%	13	72%	18
eetstoornissen	41	9%	391	91%	432
nagebootste stoornissen	0	0%	2	100%	2
persoonlijkheidsstoornissen	11	16%	56	84%	67
psychische stoornissen door somatische aandoening	36	59%	25	41%	61
schizofrenie en andere psychotische stoornissen	64	53%	57	47%	121
seksuele stoornissen	17	71%	7	29%	24
slaapstoornissen	25	54%	21	46%	46
somatoforme stoornissen	115	34%	228	66%	343
stemmingsstoornissen	648	37%	1105	63%	1753
stoornissen in de impulsbeheersing	160	65%	87	35%	247
stoornissen in de kindertijd	17832	76%	5578	24%	23410
overig	3210	46%	3698	54%	6908
geen diagnose	1	100%	0	0%	1
onbekend	29	52%	27	48%	56
totaal	24765	63%	14594	37%	39359

Stoornissen in de kindertijd worden het meest gediagnosticeerd (23.410, 59%), gevolgd door angststoornissen (3.242, 8%) aanpassingsstoornissen (2.539, 6%) en stemmingsstoornissen (1.753, 4%).

Angststoornissen komen vaker voor bij meisjes (58%) dan bij jongens, evenals stemmingsstoornissen (63% meisjes). Een eetstoornis werd 432 keer gediagnosticeerd, waarvan 9 op de 10 keer bij meisjes; een somatoforme stoornis werd 343 keer gediagnosticeerd en 2 keer zo vaak bij meisjes. Stoornissen in de impulsbeheersing werden 247 keer gediagnosticeerd en twee keer zo vaak bij jongens. Schizofrenie en psychotische stoornissen werden 161 keer gediagnosticeerd. Diagnoses voor stoornissen in de andere categorieën werden allen minder dan 100 keer gesteld. 1 kind heeft geen diagnose ontvangen en voor 56 kinderen is de diagnose onbekend. In de categorie 'overig' vallen 6910 diagnoses.

We zien dat het grootste percentage kinderen een diagnose in de (verzamel)categorie 'stoornissen in de kindertijd' ontvangt (59%). De productstructuur van het DBC systeem was in 2008 nog in ontwikkeling. Een directe uitsplitsing naar stoornissen conform DSM IV was toen nog niet mogelijk.

Vanuit de variabele 'Primaire diagnose' hebben wij de meest voorkomende stoornissen in de kindertijd van de aangemelde kinderen nader uitgesplitst. Tabel 4 geeft deze uitsplitsing weer, en het aantal jongens en meisjes dat een diagnose heeft ontvangen in iedere categorie. Het gaat hier om stoornissen die meestal voor het eerst naar voren komen in de kindertijd of adolescentie (DSM IV).

Tabel 4: stoornissen in de kindertijd

Stoornissen in de kindertijd	Aantal jongens	%	Aantal meisjes	%	Totaal	% van het totaal
leerstoornissen	511	70%	221	30%	732	3,2
gedragsstoornis/antisociaal gedrag	1391	70%	605	30%	1996	8,7
pervasieve ontwikkelingsstoornissen	6631	83%	1385	17%	8016	35,0
aandachtstekortstoornissen	6977	78%	1919	22%	8896	38,9
ticstoornissen	169	76%	52	24%	221	1,0
zindelijkheidsstoornissen	153	66%	79	34%	232	1,0
hechtingsproblemen	283	53%	254	47%	537	2,3
separatieangst	93	41%	134	59%	227	1,0
selectief mutisme	34	37%	57	63%	91	0,4
ontwikkelingsstoornissen NAO	1289	67%	646	33%	1935	8,5

In de tabel is te zien dat het vooral gaat om kinderen bij wie aandachtstekortstoornissen worden gediagnosticeerd (8.896), gevolgd door kinderen bij wie pervasieve ontwikkelingsstoornissen worden gediagnosticeerd (8.016). Deze stoornissen vormen bijna 75% van alle stoornissen in de kindertijd.

Ook kinderen met een gediagnosticeerde gedragsstoornis staan vaak op de wachtlijst (1.996), ongeveer net zo vaak als kinderen met een ontwikkelingsstoornis NAO (1.935). Daarnaast waren diagnoses voor leerstoornissen (732), reactieve hechtingsstoornissen (537), ticstoornissen (221), zindelijkheidsstoornissen (232) en separatieangst (227) de meest voorkomende stoornissen van kinderen op de wachtlijst.

Wat betreft sekseverschillen valt op dat aandachtstekortstoornissen veel vaker worden gediagnosticeerd bij jongens (6.977, 78%) dan bij meisjes. Ook pervasieve ontwikkelingsstoornissen worden vaker gediagnosticeerd bij jongens (6.631, 83%) dan bij meisjes. Gedragsstoornissen worden in 70% van de gevallen gediagnosticeerd bij jongens. Tot slot komen leerstoornissen, tic-stoornissen en zindelijkheidsstoornissen vaker voor bij jongens (respectievelijk 70%, 76% en 66%) dan bij meisjes.

Separatieangst komt meer voor bij meisjes (134, 59%), evenals selectief mutisme (57, 63%). Een hechtingsstoornis wordt ongeveer even vaak gediagnosticeerd bij jongens als bij meisjes.

3.1.4 Leeftijd per diagnose

Tabellen 5 en 6 geven de gemiddelde leeftijd weer waarop de diagnoses worden gesteld. De gemiddelde leeftijd waarop stoornissen in de verschillende groepen (stoornissen in de kindertijd niet meegeteld) worden vastgesteld varieert van 10 (slaapstoornissen) tot 16 (aan een middel gebonden stoornissen, nagebootste stoornissen, persoonlijkheidsstoornissen) jaar. De gemiddelde leeftijd waarop stoornissen in de kindertijd worden vastgesteld varieert van 7 (selectief mutisme) tot 12 (gedragsstoornis) jaar. De meeste stoornissen in de kindertijd worden dus, zoals reeds eerder aangegeven, gediagnosticeerd op basisschoolleeftijd. Het vaststellen van andere stoornissen zoals stemmingsstoornissen, eetstoornissen en psychotische stoornissen vindt gemiddeld later plaats, in de adolescentie.

Tabel 5: de gemiddelde leeftijd waarop een diagnose wordt gesteld

Diagnose hoofdgroepen	Gemiddelde leeftijd
aan een middel gebonden stoornissen	16
aanpassingsstoornissen	12
angststoornissen	12
delirium, dementie en amnestische en andere cognitieve stoornissen	11
dissociatieve stoornissen	14
eetstoornissen	14
nagebootste stoornissen	16
persoonlijkheidsstoornissen	16
psychische stoornissen door somatische aandoening	11
schizofrenie en andere psychotische stoornissen	15
seksuele stoornissen	12
slaapstoornissen	10
somatoforme stoornissen	13
stemmingsstoornissen	14
stoornissen in de impulsbeheersing	13
stoornissen in de kindertijd	10
overig	11
geen diagnose	5
onbekend	11
totaal	11

Tabel 6: gemiddelde leeftijd waarop een stoornis in de kindertijd wordt gediagnosticeerd

Stoornis in de kindertijd	Gemiddelde leeftijd
Leerstoornissen	10
gedragsstoornis/antisociaal gedrag	12
autismespectrum stoornissen	10
AD(H)D	10
ticstoornis	11
zindelijkheidsstoornis	8
hechtingsproblemen	10
separatieangst	10
selectief mutisme	7
ontwikkelingsstoornis NAO	9
totaal	11

3.1.5 Wachtijd

Tabellen 7 en 8 geven de gemiddelde wachttijd in dagen tot behandeling weer voor kinderen op de wachtlijst⁵. Tabel 7 geeft de 16 hoofdgroepen diagnoses weer, tabel 8 geeft een beeld van de wachttijden voor de meest voorkomende stoornissen in de kindertijd. In tabel 7 zien we dat gemiddelde wachttijd over alle 39.361 DBC's samen 96 dagen bedraagt, vanaf de start van het DBC-traject (zijnde de aanmelding) tot aan het eerste behandelcontact. De wachttijd zal statistisch gezien geen normale verdeling hebben, maar een scheve (uitschieters naar boven: dit trekt het gemiddelde omhoog). Daarom is ook de mediaan bekeken⁶. Wanneer alle waarnemingen worden gerangschikt van laag naar hoog is de middelste waarde de mediaan. Per definitie zijn 50% van de waarnemingen lager en 50% hoger dan de mediane waarde. We zien dat de wachttijd berekend met de mediaan 75 dagen bedraagt⁷.

De gemiddelde wachttijd tot behandeling verschilt tussen de stoornissen. Zo bedraagt de wachttijd tot behandeling voor schizofrenie 44 dagen (mediaan 21), terwijl de wachttijd tot behandeling voor stoornissen in de kindertijd 107 dagen (mediaan 89) bedraagt. De 363 dagen wachttijd voor de 5 personen in de categorie 'geen diagnose' is opvallend, maar waarschijnlijk te verklaren uit administratieve fouten. De reden waarom deze wachttijd zo lang is, kan alleen achterhaald worden door dit op cases-niveau te onderzoeken. Een mogelijke hypothese voor het verschil in wachttijden

⁵ De gevonden wachttijd kan afwijken van de informatie uit de wachttijdenrapportages. Dat heeft te maken met de bron die gebruikt wordt voor meting en de precieze definiëring. In deze rapportage baseren wij ons op bijna 40.000 DBC's.

⁶ Het was niet mogelijk om de mediaan van de stoornissen uit de kindertijd te berekenen, omdat de informatie voor categorieën verzameld is op grond van de verkregen data op papier.

⁷ Een onderverdeling naar wachttijd per fase (W1, W2, W3) is binnen het tijdsbestek van de opdracht niet mogelijk geweest. Een eerste analyse van dat onderscheid gaf te vaak een negatieve wachttijd. Daarom is gekozen om te werken met de wachttijd voor het totale traject. Een van de mogelijke oorzaken van die negatieve wachttijden is mogelijk dat gegevens onvoldoende correct worden ingevuld.

tussen verschillende stoornissen is dat sommige stoornissen bij spoedzaken vaker voorkomen en daarom een kortere doorlooptijd kennen. De informatie over de wachttijden per stoornis geven in deze vorm geen aanwijzingen voor beleid om de wachttijsten te bekorten. Daarvoor is een analyse nodig waardoor die verschillen veroorzaakt worden.

Tabel 7: gemiddelde wachttijd in dagen tot behandeling

Diagnose hoofdgroepen	Gemiddelde wachttijd in dagen	Mediaan wachttijd in dagen
aan een middel gebonden stoornissen	52	34
aanpassingsstoornissen	83	63
angststoornissen	83	64
delirium, dementie en amnestische en andere cognitieve stoornissen	47	22
dissociatieve stoornissen	47	28
eetstoornissen	52	34
nagebootste stoornissen	74	73,5
persoonlijkheidsstoornissen	71	63
psychische stoornissen door somatische aandoening	48	29
schizofrenie en andere psychotische stoornissen	44	21
seksuele stoornissen	79	63,5
slaapstoornissen	89	79
somatoforme stoornissen	73	56
stemmingsstoornissen	74	56
stoornissen in de impulsbeheersing	75	51
stoornissen in de kindertijd	107	89
overig	83	62
geen diagnose	363	363
onbekend	44	15
totaal	96	75

Zoals te zien is in tabel 8 zijn de langste wachttijden die voor behandeling van leerstoornissen (126 dagen). Ook zijn er relatief lange wachttijden voor aandachtstekortstoornissen (108 dagen) en pervasieve ontwikkelingsstoornissen (109 dagen).

Ook ontwikkelingsstoornissen NAO en selectief mutisme hebben een relatief lange wachttijd wanneer we ze vergelijken met de andere stoornissen in de kindertijd.

Tabel 8: wachttijd in dagen tot aan behandeling van een stoornis in de kindertijd

Stoornissen in de kindertijd	Gemiddelde wachttijd in dagen
leerstoornissen	126
gedragsstoornis/antisociaal gedrag	86
pervasieve ontwikkelingsstoornissen	109
aandachtstekortstoornissen	108
ticstoornissen	97
zindelijkheidsstoornissen	89
hechtingsproblemen	94
separatieangst	79
selectief mutisme	108
ontwikkelingsstoornis NAO	115
totaal	96

3.1.6 Spoed en reguliere zaken

In totaal vielen 39.297 van de geanalyseerde zaken onder het zorgtype 'reguliere zorg'. De andere 64 zaken (0,002%) waren eenmalig spoedeisende zaken/crisisinterventies.

De reguliere zorg DBC's hadden een gemiddelde wachttijd van 96 dagen. De spoedeisende zaken hadden een gemiddelde wachttijd van 5 dagen (hier wordt dus met voorrang actie op ondernomen).

Spoedzaken/crisisinterventies waren als volgt verdeeld over de verschillende diagnoses:

Tabel 9: spoedzaken/crisisinterventies verdeeld over diagnoses

Diagnose hoofdgroepen	Aantal zaken
gedragsstoornis/antisociaal gedrag	6
autismespectrum stoornissen	2
AD(H)D	1
ontwikkelingsstoornis NAO	1
aan een middel gebonden stoornissen	2
aanpassingsstoornissen	11
angststoornissen	9
delirium, dementie en amnestische en andere cognitieve stoornissen	1
eetstoornissen	2
schizofrenie en andere psychotische stoornissen	8
somatoforme stoornissen	1
stemmingsstoornissen	9
overig	9
onbekend	2
totaal	64

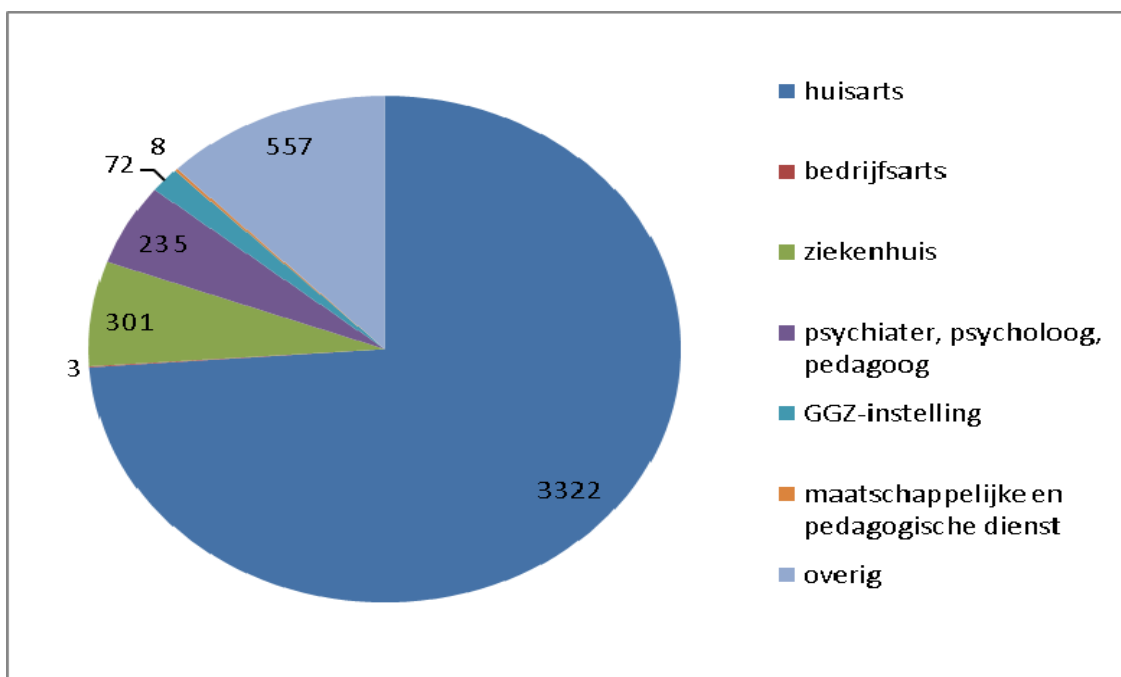
Spoed/crisisinterventies waren vooral nodig bij stemmingsstoornissen, psychosen, aanpassingsproblemen en angststoornissen.

3.1.7 Verwijzers

Bij het analyseren van de verwijzers bleek dat dit veld vaak niet ingevuld was. Van de 39.361 DBC trajecten was de verwijzer van 34.863 kinderen (88,5%) onbekend. Het in te vullen veld 'verwijzer' is in de DIS bestanden optioneel, wat in de praktijk kan betekenen dat het sneller wordt overgeslagen. Dit alles wil niet zeggen dat de verwijzer onbekend is, maar wil zeggen dat het veld niet is ingevuld.

Van de overige 4.498 trajecten hebben we de verdeling van verwijzers bekeken (zie grafiek 4). Het grootste deel van de kinderen (74%) is verwezen door de huisarts. Dit geeft hoogstwaarschijnlijk een vertekend beeld, want ook als kinderen zijn verwezen door school of een voorliggende voorziening, is een brief van de huisarts nodig. Ongeveer gelijke aantallen kinderen zijn verwezen door het ziekenhuis (7%) of psycholoog/psychiater/pedagoog (5%). De aantallen kinderen verwezen door maatschappelijke en pedagogische diensten (8 kinderen), en door bedrijfsartsen (3 kinderen) zijn te verwaarlozen. Door de categorie 'overigen' wordt 12% van de kinderen verwezen.

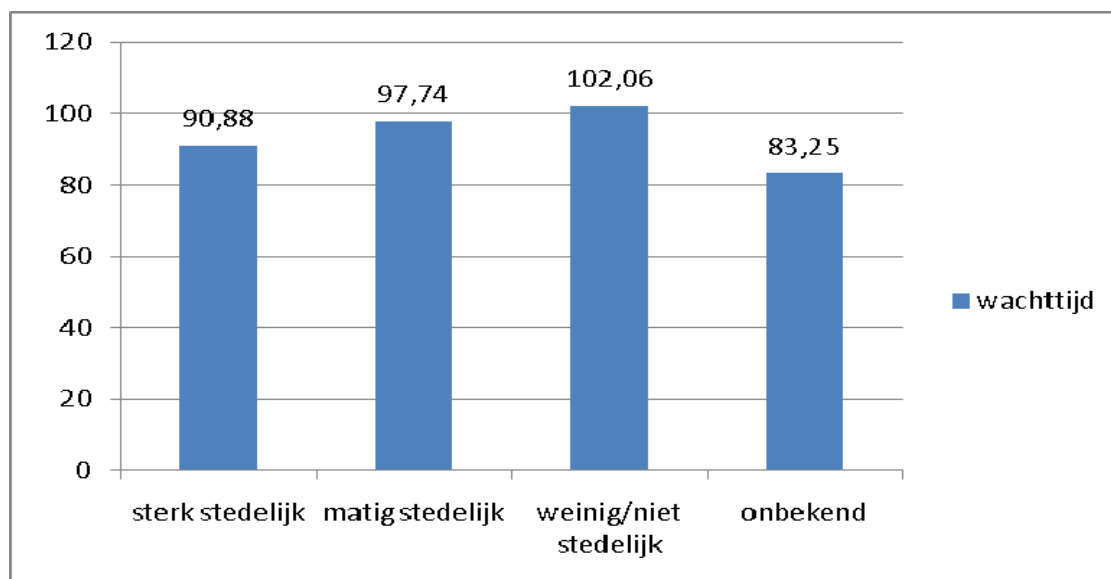
Grafiek 4: aantal verwijzingen per verwijzer



3.1.8 Verstedelijking en wachttijd

Verstedelijking lijkt weinig invloed te hebben op de lengte van de wachttijd (zie grafiek 5). De wachttijd verschilt nauwelijks in stedelijke en minder stedelijke gebieden.

Grafiek 5: gemiddelde wachttijd in dagen voor stedelijke en minder stedelijke gebieden



3.2 Dossieronderzoek

Het dossieronderzoek⁸ levert een beeld van de jeugdigen op de wachtlijst. De informatie over leeftijd en geslacht stemt overeen met het onder 3.1 geschetste beeld.

We zijn bij de selectie van de dossiers uitgegaan van de gegevens op peildatum 1 januari 2008 (zie hiervoor Sector rapport GGZ 2009: *Zorg op waarde geschat*). De verhouding van de drie groepen wachtenden en verdeling van leeftijd en geslacht binnen deze drie groepen wachtenden, zoals in bovengenoemd rapport beschreven, is vertaald naar 100 dossiers. De dossiers zijn vervolgens willekeurig verdeeld over 6 instellingen gekozen op basis van urbanisatiegraad en specialistische instelling of algemene instelling.

Wij hebben 92 dossiers onderzocht. Binnen deze dossiers ontbreekt soms informatie. Dat kan deels verklaard worden uit het aantal dossiers (36) dat we gevraagd hebben voor de aanmeldingswachtfase. Er is wel een aanmelding, maar er is nog geen eerste gesprek geweest. In het dossier zit dan voorlopig alleen een verwijsbrief van de huisarts.

De analyse van de dossiers per onderdeel (zoals 'woonsituatie', 'classificatie' enzovoorts) heeft steeds betrekking op de totale groep van 92 dossiers. We doen geen uitspraken over of een bepaalde classificatie vaker voorkomt bij een bepaalde groep (bijvoorbeeld jongens).

⁸ Het dossieronderzoek is uitgevoerd bij 6 instellingen voor GGZ (zie bijlage 1).

3.2.1 Algemeen beeld

We hebben gekeken wat er bekend is over de woonsituatie van de 92 jeugdigen, of ze broers/zussen hebben, welk onderwijs gevolgd wordt en wat de nationaliteit is.

Woonsituatie

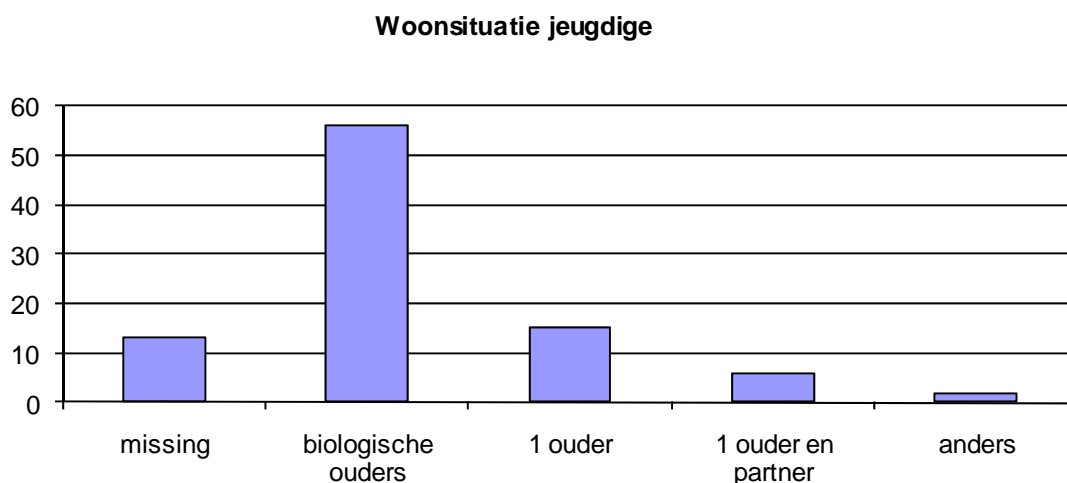
In 13 dossiers was geen informatie te vinden over de woonsituatie van de jeugdige.

Wat betreft de overige 79 dossiers is de indeling als volgt:

Het merendeel (56 jeugdigen) woont thuis bij beide ouders. 15 Jeugdigen wonen thuis bij één ouder, 6 wonen thuis bij één ouder met partner en 2 jeugdigen wonen elders: één woont in een pleeggezin en één in een schippersinternaat. In totaal wonen 23 jeugdigen niet bij beide ouders. Hiervan ondervinden 6 jeugdigen (circa een kwart) problemen binnen de primaire steungroep⁹. Van de 56 jeugdigen, die bij beide ouders wonen, zijn er 10 jeugdigen (circa een vijfde) die problemen hebben binnen de primaire steungroep.

Problemen in de omgang tussen ouder en kind komen voor bij alle jeugdigen, ongeacht de woonsituatie.

Grafiek 6:



Broertjes en zusjes

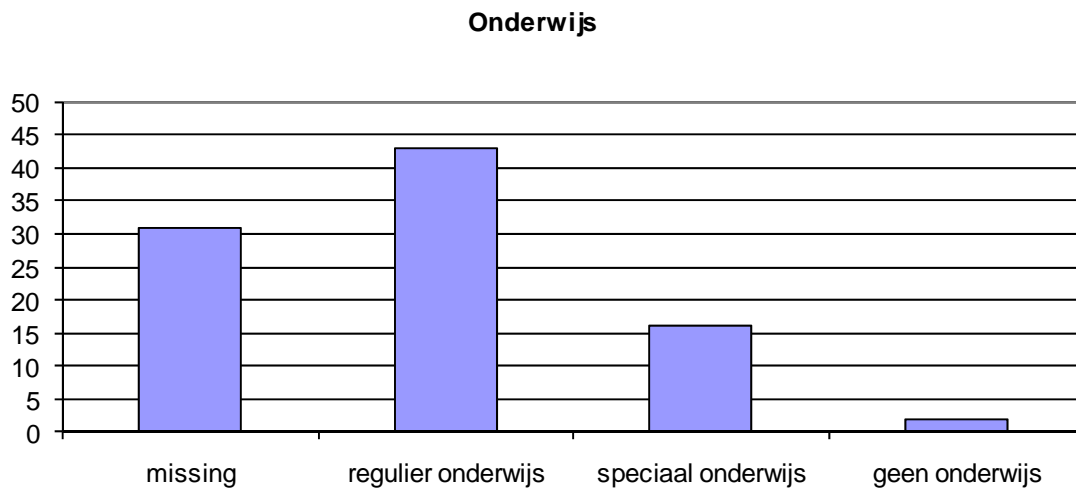
Er zijn 60 jeugdigen, die één of meerdere jongere en/of oudere broertjes en/of zusjes hebben. Van 3 jeugdigen stond expliciet in het dossier aangegeven dat ze enig kind zijn. Van 29 jeugdigen kon hierover geen informatie uit het dossier gehaald worden.

⁹ As IV van de DSM-IV dient voor het vastleggen van psychosociale en omgevingsproblemen, die de diagnose, behandeling en prognose van psychische stoornissen kunnen beïnvloeden. Hieronder vallen problemen binnen de primaire steungroep. Dit zijn stressveroorzakende factoren in het gezin. Voorbeelden hiervan zijn het overlijden van een gezinslid, scheiding, misbruik/mishandeling van een kind.

Onderwijs

Van 31 jeugdigen was geen informatie te vinden over het onderwijs dat ze volgen. Wat betreft de overige 61 jeugdigen, kunnen we de volgende indeling maken: het merendeel (43 jeugdigen) volgt regulier onderwijs. 16 Jeugdigen volgen speciaal onderwijs en 2 Jeugdigen gaan niet naar school.

Grafiek 7:



Nationaliteit

In de 92 dossiers, die we bekeken hebben, stond slechts een enkele keer aangegeven wat de nationaliteit van de jeugdige is. We kunnen geen uitspraken doen over de afkomst van de 92 jeugdigen.

3.2.2 Reden aanmelding en diagnose

Reden aanmelding

Van alle 92 jeugdigen is bekend met welke problematiek ze zijn aangemeld.

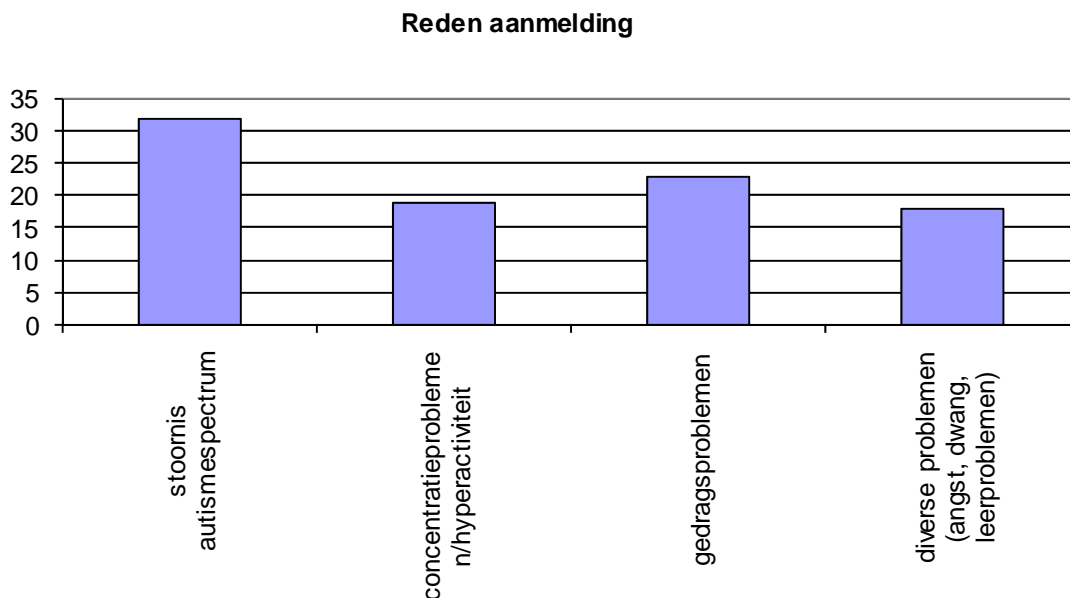
Ongeveer een kwart van deze jeugdigen is al gediagnosticeerd, voordat ze worden aangemeld bij een GGZ instelling. In dit geval vraagt de verwijzer de GGZ instelling aanvullend onderzoek te doen, een herdiagnose vast te stellen en/of een behandelplan te maken.

In de overige drie kwart van de gevallen vraagt de verwijzer om het stellen van een diagnose (26 keer) of om diagnose en behandeling (43 keer). In een kwart van de gevallen wordt specifiek gevraagd om ouderbegeleiding (15 keer), waaronder intensief psychologische gezinsbegeleiding, of medicatie voor de jeugdige (8 keer).

Ongeveer 35% van de 92 jeugdigen is aangemeld met een vermoeden van stoornis binnen het autisme spectrum. Circa 25% van de 92 jeugdigen vertoont gedragsproblemen. Ongeveer één derde van de jeugdigen met gedragsproblemen vertoont daarnaast kenmerken van een autisme spectrum stoornis. Circa 20% van de jeugdigen heeft last van concentratieproblemen en/of

hyperactief gedrag. De overige 20% wordt voornamelijk gekenmerkt door angst- en dwangklachten, gevolgd door leerproblemen (voornamelijk dyslexie) en ontwikkelingsachterstanden. Tot slot wordt ook lichamelijke klachten (met name eetproblemen, slaapproblemen en chronische hoofdpijn) een aantal keren genoemd.

Grafiek 8:



Van de 92 aanmeldingen zijn er 10 cliënten met spoed aangemeld. Onder de 10 spoedaanmeldingen vallen cliënten met schoolproblemen, dwanghandelingen of cliënten die problemen hebben als gevolg van traumatische ervaringen.

In 21 van de 92 gevallen betreft het een heraanmelding. Bij vier van deze heraanmeldingen gaat het om spoed. In de meeste gevallen wordt er bij een heraanmelding gevraagd om behandeling van het kind, gevolgd door hulp aan de ouders. Een enkele keer gaat het om het voorschrijven van medicatie aan de jeugdige.

Diagnoses - classificatie

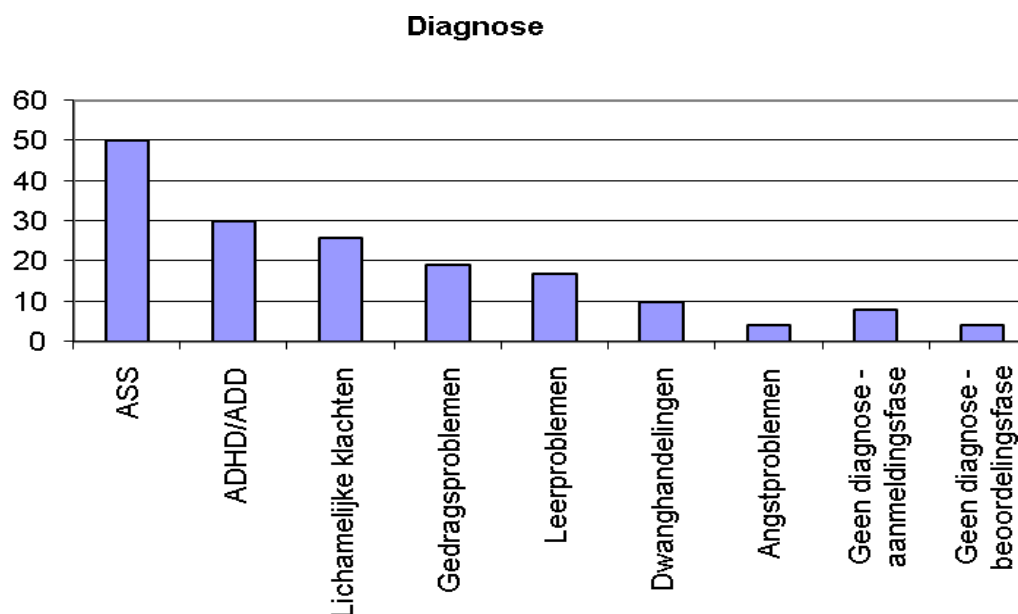
Van 80 cliënten (op een totaal van 92) zijn de gestelde diagnoses bekend of is een klacht geclassificeerd. Voor de 12 dossiers waarvoor het niet bekend is, gaat het om 8 cliënten in de aanmeldingswachtfase en 4 in de beoordelingswachtfase.

Voor ruim 30% van de jeugdigen (op een totaal van 80) geldt dat ze al gediagnosticeerd zijn, voordat ze bij een GGZ-instelling (her)aangemeld zijn. De andere cliënten zijn bij de GGZ aangemeld, omdat er vermoedens van een stoornis zijn.

Op grond van onderzoek wordt door de GGZ een diagnose gesteld. Ruim de helft van de jeugdigen (50 van de 80) is geclassificeerd binnen het Autisme Spectrum Stoornis (ASS). 30 Cliënten hebben Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) of Attention Deficit Disorder (ADD). Overigens is dit niet altijd de hoofdgroep (zie ook paragraaf 3.1.3), er zijn ook andere problemen. Circa 35% van de jeugdigen heeft lichamelijke klachten, bijna 25% vertoont

gedragsproblemen en ruim 20% kampt met leerproblemen. Dwanghandelingen en angstproblematiek worden bij respectievelijk 13% en 5% van de jeugdigen gediagnosticeerd.

Grafiek 9:



Comorbiditeit

Bij 13 van de 80 jeugdigen, die gediagnosticeerd zijn, is één diagnose gesteld. 6 Van de 13 jeugdigen hebben een autisme spectrum stoornis, daarna volgen ADHD, psychosociale - en gedragsproblematiek, evenredig verdeeld over 6 jeugdigen. Er is één jeugdige, die leidt aan de stoornis 'selectief mutisme'.

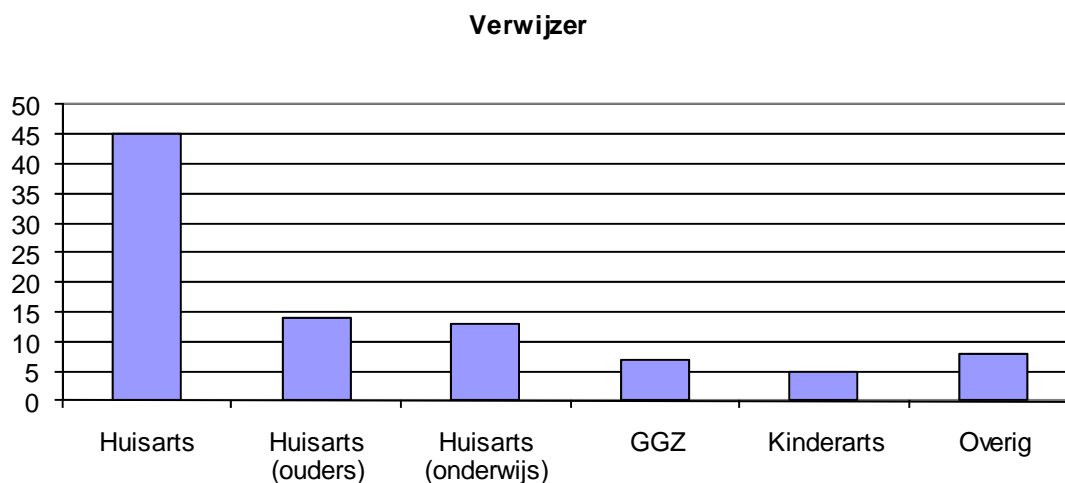
Bij de overige 67 jeugdigen zijn er twee of meer diagnoses gesteld. Een enkele keer gaat een autisme spectrum stoornis samen met kenmerken van ADHD. Stoornissen in het autistisch spectrum blijken zich veelal te uiten in gedragsproblemen. Aandachtstekort en/of hyperactiviteit houden met name verband met leerproblemen en een zwakke motoriek.

Dwanghandelingen en lichamelijke klachten worden zowel tegelijkertijd met een autisme stoornis als met ADHD gediagnosticeerd.

3.2.3 Verwijzer

Circa de helft van de 92 jeugdigen (45 jeugdigen) is door de huisarts naar de GGZ verwezen. Het aantal aanmeldingen vanuit ouders en school via de huisarts is nagenoeg gelijk (respectievelijk 14 en 13 keer). De GGZ en de kinderarts volgen met respectievelijk 7 en 5 verwijzingen. Ook het (school) maatschappelijk werk, Bureau Jeugdzorg, orthopedagogen en MEE verwijzen naar de GGZ (8 verwijzingen).

Grafiek 10:



Zoals eerder genoemd in de data-analyse geeft een verwijzing door de huisarts niet altijd inzicht of er ook nog een andere belanghebbende of instantie is die betrokken is bij de verwijzing.

3.2.4 Eerdere hulpverlening aan jeugdigen en ouders

We hebben gekeken welke hulpverlening is ingezet bij jeugdigen en/of hun ouders, voordat ze zijn aangemeld bij een GGZ-instelling. In de dossiers wordt gesproken over 'eerdere hulpverlening'. Bijna een kwart van de cliënten (21 van de 92 jeugdigen) is voor de tweede keer bij een GGZ-instelling aangemeld. Dit verklaart dat de eerdere hulpverlening aan jeugdigen en hun ouders met name afkomstig is van een GGZ-instelling. Een enkele keer is de kinderpsychiater of een instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg genoemd. Soms gaat het om een voorverwijzing van een algemene naar een specialistische GGZ-instelling.

Hulpverlening aan jeugdigen

Voor 33 cliënten is uit het dossier niet op te maken of er hulpverlening is ingezet, voordat ze zijn aangemeld bij een GGZ-instelling.

In 59 dossiers staat aangegeven dat er hulp is ingezet. Geestelijke gezondheidszorg, uitgevoerd door een instelling, is het meest genoemd. Geestelijke gezondheidszorg wordt daarnaast vaak genoemd in combinatie met Bureau Jeugdzorg en jeugdzorgaanbieders. Verder worden logopedie en vormen van bewegingstherapie genoemd.

30 Jeugdigen hebben zorg ontvangen van één instantie:

- Ruim 40% ontving zorg vanuit een GGZ-instelling.
- Een derde deel ontving logopedie en/of bewegingstherapie.
- Ruim een kwart ontving zorg van Bureau Jeugdzorg of een jeugdzorgaanbieder.

29 Jeugdigen ontvingen zorg van twee of meer instanties:

- Bijna de helft van deze jeugdigen heeft te maken gehad met GGZ-instelling in combinatie met Bureau Jeugdzorg en/of een andere vorm van zorg, zoals psychologische zorg (al dan niet uitgevoerd door vrijgevestigde psychologen/psychiaters) of jeugd- en opvoedhulp.
- Bijna 30% van deze jeugdigen heeft te maken gehad met een GGZ-instelling en met een jeugdzorgaanbieder.
- Circa 17% ontving een andere combinatie van zorg. Jeugdzorgaanbieders, logopedie/bewegingstherapie en hulp vanuit school zijn in dit verband genoemd.

Hulpverlening aan ouders

In 69 dossiers was geen informatie te vinden over eventuele hulpverlening aan ouders. 23 Ouders hebben hulpverlening ontvangen.

15 Ouders ontvingen zorg van één instantie:

- Bijna de helft ontving geestelijke gezondheidszorg.
- Een derde had te maken met een jeugdzorgaanbieder.
- Een vijfde is alleen in contact geweest met Bureau Jeugdzorg.

8 Ouders ontvingen zorg van twee of meerdere instanties. Hierbij gaat het met name om een combinatie van geestelijke gezondheidszorg met een jeugdzorgaanbieder en/of Bureau Jeugdzorg.

3.2.5 Wachtlijstbegeleiding

We hebben gekeken of de GGZ tijdelijk zorg biedt, terwijl de cliënt op de wachtlijst staat. In de 92 dossiers is hier geen informatie over te vinden. Dat wil niet zeggen dat er geen begeleiding of ondersteuning is geboden. Het is binnen de dossiers niet als zodanig geregistreerd.

3.2.6 Doorverwijzing

De vraag is of de GGZ een cliënt, die nog op de wachtlijst staat, doorverwijst naar een andere instelling voor hulp. Circa één derde van de 92 cliënten, die op de wachtlijst staan, wachten nog op een intakegesprek. Pas in een later stadium is eventuele doorverwijzing naar een andere instelling aan de orde.

Een enkele keer is dit het geval:

- Er zijn 5 cliënten in de beoordelingsfase doorverwezen.
- Voor 3 cliënten geldt dat ze in de behandelingsfase zijn doorverwezen.

Op een totaal van 8 keer is er 4 keer doorverwezen naar een andere GGZ-instelling dichterbij de woonomgeving van de cliënt.

Verder wordt verwezen naar psychiatrische thuiszorg, een algemeen ziekenhuis (voor het stellen van een lichamelijke diagnose of het uitvoeren van een onderzoek), een jeugdzorgaanbieder en naar MEE.

4 Conclusies

Voor dit onderzoek is een analyse gemaakt van DIS bestanden (bijna 40.000 trajecten/cliënten). Daarnaast is een kwalitatieve analyse gemaakt van 92 dossiers (verdeeld over 6 verschillende GGZ instellingen). De analyse van de DIS bestanden heeft betrekking gehad op trajecten die in 2008 zijn beëindigd. De DIS bestanden leverden niet op alle vragen antwoord. Een deel van de antwoorden hebben we gevonden op basis van de dossieranalyse. Echter, gezien de beperkte omvang van deze steekproef moeten deze gegevens met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Ze zijn, zoals ook bedoeld, indicatief maar niet per definitie maatgevend.

4.1 Beantwoording onderzoeksvragen

Hoe ziet de doelgroep eruit, en welke type stoornissen komen voor?

Geslacht en leeftijd

Op basis van de DIS bestanden concluderen we het volgende. Er worden meer jongens dan meisjes aangemeld en behandeld, 63% is jongen, 37% is meisje. Er worden relatief weinig jonge kinderen (0-4 jaar) aangemeld. De groep kinderen van 9 en 10 jaar wordt het meest aangemeld. Ook de groep 15, 16 en 17 jarigen is omvangrijk. De gemiddelde leeftijd van alle aangemelde kinderen is bijna 11 jaar.

Voor alle jongens ligt de piek bij aanmelding in de leeftijd van 7 tot 12 jaar. Bij meisjes ligt die piek op een latere leeftijd. Als jongens ouder worden, neemt het aantal dat wordt aangemeld af, bij meisjes zien we juist dat hun aantal en aandeel toeneemt naarmate zij ouder zijn. Voor beide groepen geldt dat het aantal aanmeldingen bij 17 jaar weer afneemt.

Type diagnose

De DIS bestanden geven het volgende beeld. Stoornissen in de kindertijd worden het meest gediagnosticeerd (59%), gevolgd door angststoornissen (8%), aanpassingsstoornissen (6%) en stemmingsstoornissen (4%).

De belangrijkste stoornissen in de kindertijd zijn pervasieve ontwikkelingsstoornissen, aandachtstekortstoornissen en gedragsstoornissen/antisociaal gedrag.

De volgende stoornissen komen vaker voor bij meisjes: angst (58%), stemming (63%), eetstoornis (90%) en somatoforme stoornis (66%).

Stoornissen in de kindertijd wordt vaker gemeld voor jongens (76%). Zij zijn bij de drie belangrijkste stoornissen oververtegenwoordigd. Alleen bij separatieangst en selectief mutisme (als onderdelen van stoornissen in de kindertijd) is het aandeel meisjes groter dan het aandeel jongens.

Comorbiditeit

Hierover kan op grond van de DIS bestanden geen uitspraak worden gedaan. Het dossieronderzoek geeft wel enige richting.

In 67 van de 80 gevallen is er sprake van een diagnose van meer dan één stoornis. Bij het merendeel van de onderzochte jeugdigen is sprake van ADHD/ADD of ASS in combinatie met andere problemen.

Prioriteiten stellen voor groepen wachtenden

Op grond van het onderzoek is het niet mogelijk hier iets over te zeggen.

Wel valt op dat de wachttijd voor de start van behandeling voor onderscheiden stoornissen verschilt. Zo is de wachttijd voor kinderen met leerstoornissen, aandachtstekortstoornissen en pervasieve ontwikkelingsstoornissen met een gemiddelde van meer dan 100 dagen het grootst (en hoger dan de totale gemiddelde wachttijd). Tegelijkertijd gaat het om een grote groep jeugdigen (in totaal bijna 11.000), waarvan het merendeel jongen is.

Als er sprake is van crisis of spoed, blijkt dat de wachttijd relatief zeer kort is (5 dagen). Aangetekend moet worden dat het om een relatief zeer weinig zaken gaat waarover gerapporteerd wordt.

Verstedelijkingsgraad heeft nagenoeg geen invloed op de wachttijd.

Door wie is doorverwezen naar de GGZ?

Voor zover er informatie is over de verwijzer is dat in de meeste gevallen de huisarts of een andere geneeskundige. Of er achter de huisarts een aanmelder zit, is op grond van het materiaal niet te zeggen. Het dossieronderzoek laat een vergelijkbaar beeld zien.

Naar wie verwijst de GGZ door?

De DIS bestanden geven hier geen uitsluitsel over. De dossiers geven hier ook maar beperkt inzicht in. Doorverwijzing naar een andere GGZ instelling komt voor. Daarvoor vonden we twee overheersende redenen. Ten eerste wordt doorverwezen naar een instelling dichterbij de woonomgeving. Als tweede reden geldt dat doorverwezen wordt naar van een algemene naar een meer gespecialiseerde GGZ instelling. Een enkele keer wordt doorverwezen naar een jeugdzorgaanbieder.

Is er in het voortraject al interventie geweest vanuit de eerstelijnszorg of andere sectoren?

Uit het dossieronderzoek blijkt het volgende. Bijna 2/3 van de jeugdigen heeft eerder te maken gehad met hulpverlening. De helft van deze groep heeft met 1 instantie te maken gehad, de andere helft met 2 of meer.

Over ouders wordt gerapporteerd dat ongeveer ¼ al eerder te maken heeft gehad met hulpverlening. Voor zowel ouders als jeugdigen gaat het om GGZ-contacten, Bureau Jeugdzorg of een zorgaanbieder (jeugdhulpverlening).

Is er overbruggingszorg (wachtlijstbegeleiding) geweest, terwijl de cliënt moest wachten?

Deze vraag kan op grond van het materiaal niet beantwoord worden.

4.2 Algemene conclusies

De wachttijd van cliënten die in behandeling zijn genomen bedraagt gemiddeld 96 dagen (wachttijd berekend over de drie onderscheiden fasen: wachten voor intake, beoordeling en behandeling, W1, W2, W3).

Deze meting heeft betrekking op 40.000 DBC's. Het gaat om cliënten die drie fase doorlopen hebben: zij zijn aangemeld, hebben een beoordeling gekregen en zijn in behandeling genomen. De bestanden lieten niet toe om de wachttijden van de drie onderscheiden fasen te achterhalen. Een gemiddelde wachttijd wil zeggen dat er cliënten zijn die korter of langer dan deze tijd wachten. Een zeer korte of juist een erg lange wachttijd beïnvloedt het gemiddelde bovenproportioneel. Daarom hebben we ook de mediaan berekend. Hieruit blijkt dat bij 50% van de cliënten de behandeling binnen 75 dagen start. Bij 50% wordt die termijn van 75 overschreden. De gevonden informatie wijkt niet af van de wachttijden zoals die gerapporteerd worden in de Wachtlijstrapportage van GGZ Nederland.

Wij vonden dat minimaal 13.421 trajecten niet hebben geleid tot een behandeling binnen de GGZ-instelling waar ook de aanmelding plaatsvond. Er is in deze trajecten wel een inspanning verricht (bijvoorbeeld: 47% van deze cases is afgesloten na intake en/of diagnostiek) maar er is geen behandeling gestart.

De conclusie is dat niet alle aanmeldingen leiden tot behandeling. Wat hiervan de reden is, of de GGZ terecht is ingeschakeld en of de cliënt terecht niet wordt behandeld, kan op grond van ons onderzoek niet beoordeeld worden. Wel geven de cijfers aanleiding tot de veronderstelling dat er in de verschillende fasen selectie plaats vindt: niet iedere aanmelding leidt automatisch tot behandeling.

Volgens inzichten uit de praktijk zal deze groep (wel aanmelding en beoordeling, geen behandeling) uit de volgende subcategorieën bestaan:

- De vraag van de verwijzer is om vast te stellen of er sprake is van een psychiatrische diagnose en deze te classificeren met het oog op indicatiestelling. Deze is nodig om zorg en begeleiding te krijgen in aangrenzende domeinen en sectoren zoals onderwijs (cluster IV), jeugdzorg en (PGB) AWBZ.
- Er volgt wel een behandeling, maar bij een andere (GGZ)aanbieder of de behandeling wordt op een later tijdstip gestart. Bijvoorbeeld als specialistische behandeling of behandeling in een groep (welk aanbod bijvoorbeeld driemaandelijks start) gewenst is.

- Het vermoeden van de verwijzer dat er sprake is van een stoornis kan niet worden bevestigd. En er is geen behandeling nodig. De inspanning vanuit de GGZ is in dit geval terecht, evenals de conclusie om af te zien van behandeling.
- De cliënt wordt met een behandeladvies terug verwezen naar de eerste lijn en in de eerste lijn behandeld.

In het verlengde hiervan concluderen we dat de inrichting van het zorgstelsel en de wet- en regelgeving in aangrenzende sectoren gevolgen heeft voor het beroep op de capaciteit van de GGZ. Zo is voor de toekenning van een PGB een diagnose door een psychiater (vanuit bijvoorbeeld de GGZ) nodig. Ook voor toelating tot Cluster IV onderwijs kan zo'n diagnose nodig zijn. Een toeloop in andere sectoren of domeinen heeft dan gevolgen voor een toeloop binnen de GGZ. Terugdringen van de wachtlijst vraagt dus ook inzicht in toegangsregelingen voor andere sectoren of domeinen.

4.3 Tot besluit

Het voorliggende onderzoek is bedoeld als eerste stap om wachtlijsten en ongewenst lange wachttijden te beheersen. Het onderzoek biedt geen antwoord op de vraagstelling of er een latente vraag is en zo ja, wat dan de omvang van die vraag is. Antwoord daarvoor kan onder meer gevonden worden door de resultaten van epidemiologisch onderzoek te vergelijken met de voorliggende resultaten. Een tweede stap is dan te beoordelen of de vraag en het aanbod voldoende met elkaar in evenwicht zijn.

De aanbodzijde is nog niet voldoende in kaart gebracht. Daarbij moet de aandacht zich niet alleen richten op instellingen die verbonden zijn aan GGZ Nederland, maar ook op domeinen, instellingen en aanbieders die een rol kunnen spelen in het aanbod voor jeugdigen die zijn aangewezen op zorg vanuit het domein van de kinder- en jeugdpsychiatrie.

Bijlage 1: Gestratificeerde steekproef – deelnemende instellingen

Op basis van literatuur hebben we een verdeling gemaakt binnen de 100 dossiers naar wachtfase, leeftijd en geslacht.

	Leeftijd 0-5 jaar		Leeftijd 6-11 jaar		Leeftijd 12-17 jaar	
	man	vrouw	man	vrouw	man	vrouw
Fase						
Aanmelding (36)	1	1	11	5	10	8
Beoordeling (41)	1	1	13	5	12	9
Behandeling (23)	1	1	7	3	6	5

Per instelling ziet de verdeling er dan als volgt uit:

	Leeftijd 0-5 jaar		Leeftijd 6-11 jaar		Leeftijd 12-17 jaar	
	man	vrouw	man	vrouw	man	vrouw
Fase						
Aanmelding (6)	1		1	1	2	1
Beoordeling (7)			2	1	2	2
Behandeling (4)			1	1	1	1

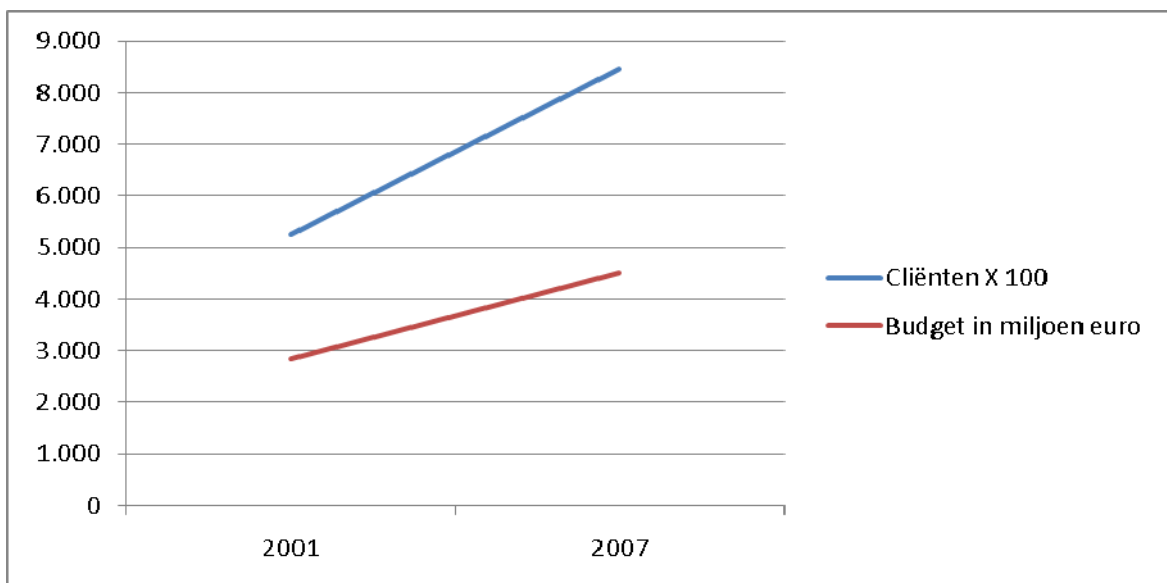
Voorts is er een onderverdeling gemaakt over de instellingen, waarbij we gerangschikt hebben op algemeen/specialistisch en stedelijk/niet-stedelijk. Die verdeling is in het onderzoek als volgt:

	Specialistisch	Algemeen
Stedelijk	De Bascule, Amsterdam	GGzE, Eindhoven Lucertis, Kinder en Jeugdpsychiatrie, Rotterdam
Niet-stedelijk	Triversum Centrum voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Alkmaar Kinder en Jeugdpsychiatrie Karakter, Ede	Mondriaan Zorggroep, voor geestelijke gezondheid, Heerlen

Bijlage 2: Ontwikkeling budget en benutting tweedelijns GGZ capaciteit (jeugdigen, volwassenen, ouderen)

Tussen 2001 en 2007 is het budget dat beschikbaar is voor de GGZ toegenomen. Datzelfde geldt voor het aantal cliënten in dezelfde periode.

De grafiek laat zien dat de groei van het aantal cliënten proportioneel groter is dan de groei van het budget.



Bijlage 3: Leden Begeleidingscommissie

De begeleidingscommissie is drie keer bij elkaar geweest. De commissie bestond uit de volgende leden (waarvan niet iedereen alle bijeenkomsten aanwezig kon zijn):

M. Looijsteijn	Ministerie VWS
N. Schaar	Programmaministerie voor Jeugd en Gezin
J. Rietveld	Accare
R. Boswerger	Curium
K. Lukkien	Karakter
E. Faber	GGZ Nederland
C. Brekelmans	GGZ Nederland
F. Sondejker	Adviesbureau Van Montfoort
P. Jansen	Adviesbureau Van Montfoort