

Kans op werk daalt door lange GGZ-wachttijsten

De gemiddelde wachttijd voor een behandeling in de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (ggz) is op dit moment vijftien weken. Wat zijn de gevolgen van deze wachttijden voor ggz-behandeling op de arbeidsmarktstatus van wachtenden?

IN HET KORT

- Voor elke extra maand op de wachtlijst daalt de kans op werk met twee procentpunt.
- De wachttijden hebben de grootste impact op individuen met een lager opleidingsniveau of migratieachtergrond.
- Als de wachttijd gereduceerd kan worden met één maand, levert dit meer dan driehonderd miljoen euro per jaar op.

ROGER PRUDON

Postdoctoraal onderzoeker bij het National Bureau of Economic Research

De wachttijden in de gespecialiseerde ggz zijn inmiddels een welbekend fenomeen. Ieder jaar wachten er meer dan 80.000 mensen op een behandeling in de ggz. Sinds 2017 zijn er onder het Actieplan Wachttijden GGZ meerdere initiatieven opgezet, door zowel de Nederlandse ggz als het kabinet, om deze wachtlijsten terug te dringen (NZA, 2018). De initiatieven hebben getracht om de daadwerkelijke wachttijden inzichtelijk te maken, meer opleidingsplaatsen te creëren en om de samenwerking tussen regio's te verbeteren. Ondanks deze initiatieven zijn de wachttijden de afgelopen jaren echter niet afgenomen (Vektis, 2022).

Er is weinig bekend over de impact van ggz-wachtlijsten op individuen die op een behandeling wachten. Internationaal onderzoek naar geestelijke gezondheid heeft aangetoond dat mentale problemen een grote invloed hebben op de kans om te werken (Frijters et al., 2014). Tegelijkertijd is behandeling van mentale problemen vaak effectief bij het verminderen van deze negatieve impact (Biasi et al., 2021; Shapiro, 2022). In dit artikel wordt onderzocht of uitstel van behandeling een negatief effect heeft op de kans op werk.

Wachtlijsten in de gespecialiseerde ggz

De daadwerkelijke tijd dat individuen op de wachtlijst staan, hangt af van vele factoren. Figuur 1 laat het proces zien vanaf het moment dat iemand mentale problemen heeft, tot het moment dat de behandeling begint. Bij mentale problemen moet er eerst een afspraak worden gemaakt met de huisarts. Deze fungeert als poortwachter van de ggz, en schat de ernst van de mentale problemen in. Als de huisarts van mening is

dat de mentale problemen mild van aard zijn, dan kan hij/zij patiënten doorsturen naar een praktijkondersteuner ggz binnen de huisartsenpraktijk of naar de basis-ggz. Als de mentale problemen ernstiger van aard zijn, verwijst de huisarts door naar de gespecialiseerde ggz. Hierbij kan een huisarts ook aangeven dat het een urgente of een crisissituatie betreft, en daarmee de wachttijd verkorten.

Op het moment dat de huisarts een patiënt doorverwijst naar de gespecialiseerde ggz, heeft de patiënt vaak enige keuze. Patiënten kunnen de gemiddelde wachttijd van aanbieders opzoeken op www.kiezenindeggz.nl en hun keuze voor een bepaalde ggz-aanbieder mede daarop baseren. Wanneer de keuze is gemaakt en de patiënt een doorverwijzing naar de aanbieder heeft gekregen, wordt de intake gepland. Bij de intake wordt de ernst bepaald, en aan de hand daarvan wordt er een begindatum voor de behandeling vastgesteld. De daadwerkelijke wachttijd van patiënten hangt dus af van de ernst van hun mentale problemen, maar ook van hun kennis van het systeem, hun vermogen om de ernst van hun problemen uit te leggen, en wellicht nog vele andere (niet-observeerbare) factoren.

Data

Om de daadwerkelijke wachttijden te bepalen, verzamelt het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) administratieve gegevens over alle behandelingen in de gespecialiseerde ggz die door de basisverzekering vergoed worden, en in de periode 2012–2019 zijn uitgevoerd. Op het moment dat een patiënt contact zoekt met een ggz-aanbieder, wordt er een dbc-traject (diagnose-behandelcombinatie) gestart. De begindatum van dit traject is in de data terug te vinden. Door deze datum te combineren met de datum waarop de daadwerkelijke behandeling start, kan er een inschatting worden gemaakt van de individuele wachttijd. In de periode 2012–2019 is de wachttijd te bepalen voor ruim een half miljoen Nederlanders die toen op de wachtlijst voor de gespecialiseerde ggz terecht zijn gekomen. Als uitkomst wordt er zowel gekeken naar de kans op werk, als naar ontvangst van verschillende uitkeringen (WW, AO, bijstand) en het gezondheidszorgverbruik. Ook deze uitkomsten worden geleverd door het CBS.

Methode

Omdat de individuele wachttijd afhangt van vele observeerbare en niet-observeerbare factoren, kunnen standaardregressiemethodes niet worden gebruikt om causale effecten te schatten. Om de endogeniteit van de individuele wachttijd te omzeilen, wordt er daarom gebruikgemaakt van instrumentele variabelen (IV), waarbij de individuele wacht-

tijd wordt geïnstrumenteerd met de gemiddelde wachttijd op gemeentelijk niveau in de afgelopen drie maanden.

Mensen gaan immers het vaakst naar ggz-aanbieders in hun eigen gemeente, en hebben geen invloed op het aantal wachtenden in hun gemeente gedurende een bepaalde maand. Door de individuele wachttijd te instrumenteren met regionale wachttijden, vergelijken we dus mensen die met elkaar overeenkomen qua observeerbare en niet-observeerbare kenmerken, maar die een andere individuele wachttijd hebben omdat ze hulp hebben gezocht in een gemeente waar er op dat moment een langere gemiddelde wachttijd was.

De wachttijd in gemeentes is sterk wisselend, van maand tot maand en van gemeente tot gemeente. Om dit te illustreren, laat figuur 2 de wachttijd in januari 2012 en februari 2012 zien in alle gemeentes, waarbij de wachttijden zijn ingedeeld in kwintielen.

Deze grote verschillen in wachttijd zijn voornamelijk toe te schrijven aan het feit dat in sommige maanden relatief veel mensen in een gemeente stoppen met hun behandeling, waardoor de wachtlijst korter wordt – terwijl in andere maanden relatief veel mensen doorverwezen worden naar de ggz zodat de wachtlijst groeit. Wat daarbij opvalt is dat grote verschillen in alle gemeentes voorkomen. Zo is de variatie in de grootste gemeente (Amsterdam) vergelijkbaar met die in de kleinste gemeente (Schiermonnikoog).

Om de schattingen als causaal te kunnen interpreteren is het van belang dat de gemiddelde wachttijd in de gemeente niet samenhangt met andere factoren die de kans op werk mogelijk beïnvloeden. Uit analyses in Prudon (2023) blijkt dat lokale arbeidsmarktveranderingen geen invloed hebben op de gemiddelde wachttijd, en dat wachttijden mensen ook niet lijken af te schrikken om hulp te zoeken. Het is dus aannemelijk dat de schattingen de daadwerkelijke impact van wachttijden laten zien.

Resultaten

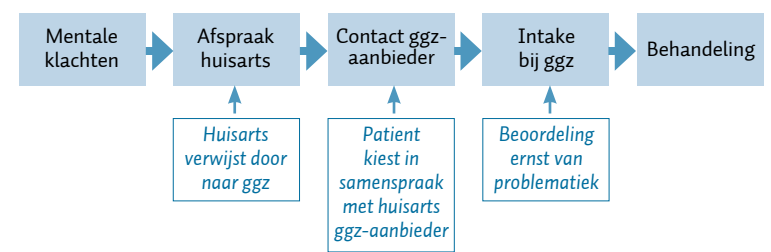
Om de invloed van wachttijden op de kans op werk goed te kunnen duiden, is het belangrijk om een idee te hebben van het effect dat de mentale problemen zelf op deze groep hebben. Geestelijke gezondheid is namelijk een erg breed begrip, en de individuen die op de wachtlijst van de gespecialiseerde ggz staan, kunnen lichte depressieve klachten hebben, zware persoonlijkheidsstoornissen of alles daartussenin.

Om een beeld te schetsen van de impact van mentale problemen op de groep individuen die in dit onderzoek zijn meegenomen, laat figuur 3 het percentage wachtenden met werk zien, ten opzichte van het moment dat ze contact opnemen met een ggz-aanbieder. In de jaren voorafgaande aan dit moment werken ongeveer zes op de tien, terwijl in de jaren nadat ze contact hebben opgenomen er maar vijf op de tien werken. Eén op de tien verliest dus zijn of haar baan rond het moment waarop er contact gezocht wordt met een ggz-behandelaar. Dit is uiteraard geen causale schatting, maar kan wel worden gebruikt als referentiepunt om de wachttijd-effecten mee te vergelijken.

Figuur 4 laat vervolgens het causale effect van een extra maand wachttijd zien op de kans om te werken. Daarbij wordt er eerst, als placebo-analyse, gekeken naar de 72 maanden voorafgaand aan het eerste contact met de ggz.

Het proces van mentale problemen tot daadwerkelijke behandeling

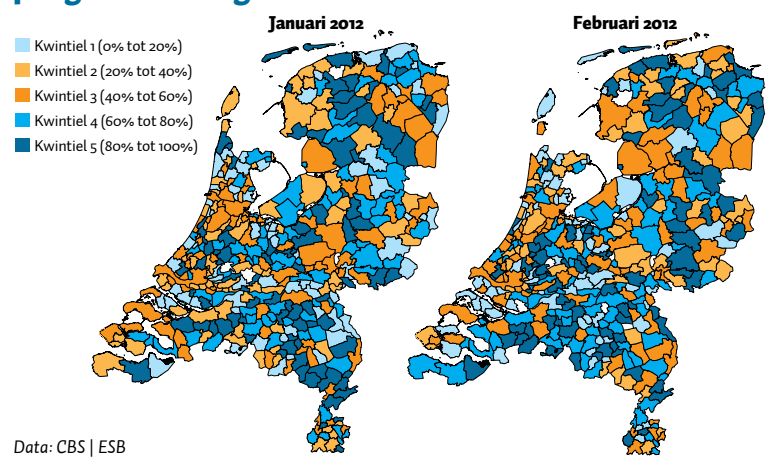
FIGUUR 1



ESB

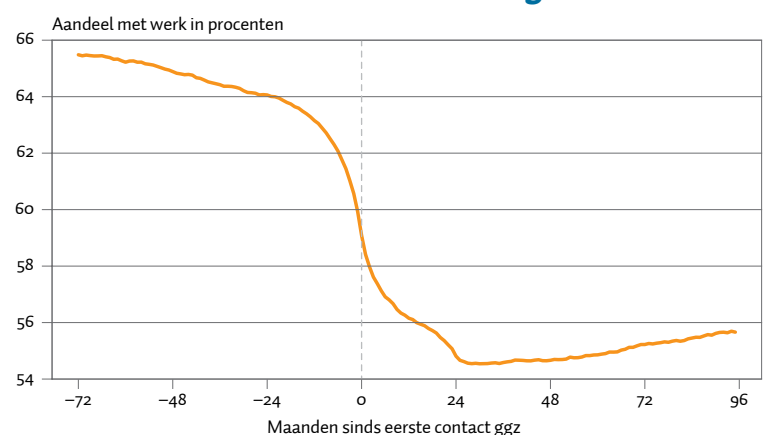
De gemiddelde wachttijd per gemeente ingedeeld in kwintielen

FIGUUR 2



Percentage individuen met werk t.o.v. het eerste contactmoment met de zorgaanbieder

FIGUUR 3

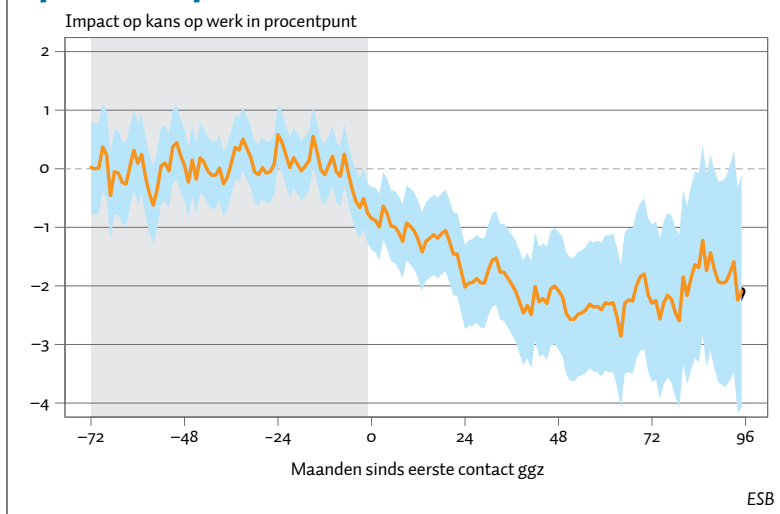


Aangezien mensen op dit moment nog niet wachten, zou hun wachttijd geen invloed moeten hebben op de kans op werk. Het feit dat deze schattingen niet significant verschillen van nul, maakt het aannemelijker dat de IV-methode inderdaad tot causale schattingen leidt.

Vanaf het eerste contactmoment met de ggz is er een negatief effect te zien van de wachttijd op de kans op werk. Op de lange termijn stabiliseert de invloed van de wachttijd op ongeveer twee procentpunt. Deze resultaten betekenen dat een extra maand wachttijd ervoor zorgt dat twee pro-

Het causale effect van een maand wachttijd op de kans op werk

FIGUUR 4



cent van de patiënten zijn of haar baan verliest, of niet meer opnieuw aan het werk komt. Vergeleken met de daling in kans op werk voor de gehele populatie (tien procentpunt) is dit een aanzienlijk effect. Tevens zijn de negatieve gevolgen van wachttijden erg persistent. Acht jaar na aanmelding heeft de wachttijd nog altijd een substantieel effect op de kans om te werken. De daling in de kans op werk gaat gepaard met een stijging in de kans om een arbeidsongeschiktheidsuitkering of bijstandsuitkering te ontvangen, terwijl er geen invloed is op ontvangst van WW.

Een belangrijke vervolgvraag is waarom mensen hun baan verliezen, of minder snel op zoek gaan naar een baan als ze langer moeten wachten op behandeling. De twee voornaamste mogelijke verklaringen zijn een verslechtering van de gezondheid, of een groeiende afstand tot de arbeidsmarkt. IV-schattingen tonen aan dat de wachttijd het gebruik van de ggz met ongeveer tien procent laat stijgen. Naast dit gezondheidseffect kan een groeiende afstand tot de arbeidsmarkt ook de negatieve wachttijdeffecten verklaren. Een extra maand wachten op behandeling kan betekenen dat iemand een maand langer ziek thuis zit, waardoor terugkeer naar werk moeilijker wordt.

Deze negatieve effecten van wachtlijsten in de ggz zijn echter niet voor alle bevolkingsgroepen hetzelfde. De impact van wachttijd is het grootst voor individuen met een lager opleidingsniveau of met een migratieachtergrond. Daarnaast moeten deze groepen gemiddeld langer wachten. Mensen die met dezelfde diagnose naar dezelfde behandelaar gaan moeten gemiddeld ongeveer een week langer wachten als ze een laag opleidingsniveau of migratieachtergrond hebben.

Conclusie en implicaties

De wachtlijsten in de gespecialiseerde ggz zijn in het afgelopen decennium gegroeid. Deze langere wachttijden hebben een aanzienlijke negatieve impact op de kans op werk voor wachtenden. Een extra maand aan wachttijd verlaagt de kans op werk gemiddeld met twee procentpunt. Het effect op groepen met een zwakke arbeidsmarktpositie is daarbij nog groter. Dit benadrukt de urgentie voor interventies

specifiek gericht op deze groepen. Zo zou kunnen worden ingezet op betere en snellere toegang tot ggz-behandeling in wijken met een slechtere sociaal-economische status.

De meest voor de hand liggende algemene beleidsimplicatie is het verkorten van de wachtlijsten. Dat is zowel goed voor het individu als voor de samenleving als geheel. Kortere wachtlijsten kunnen ervoor zorgen dat patiënten behouden blijven voor de werkzame bevolking, mogelijk resulterend in aanzienlijke kostenbesparingen. De economische baten van een kortere wachttijd zijn aanzienlijk. Jaarlijks komen meer dan 80.000 mensen op de ggz-wachtlijsten terecht. Als we de wachttijd voor hen met één maand zouden kunnen verkorten, zou dit leiden tot een reductie in baanverlies van ongeveer 1.600 mensen. Deze reductie houdt op zijn minst acht jaar lang aan. Volgens de Rekenkamer zijn de kosten per werkloze ongeveer 24.000 euro per jaar voor de Nederlandse samenleving. Als de wachttijd gereduceerd kan worden met één maand, levert dit dus meer dan driehonderd miljoen euro per jaar op. Om tot zo'n reductie te komen, zouden er bijvoorbeeld honderd extra voltijds psychologen/psychiaters in dienst moeten worden genomen. Loonkosten voor deze honderd psychologen/psychiaters zijn ongeveer tien miljoen euro.

Een wachttijdverkorting zou behaald kunnen worden door meer in te zetten op preventie, of door een toename van het aantal behandelaars. Er worden op dit moment al verschillende initiatieven op het gebied van preventie uitgerold, maar een toename van het aantal behandelaars lijkt moeilijker te bewerkstelligen. Zo is het aantal openstaande vacatures in de ggz gestegen van 3.600 in 2018 naar 7.100 in 2022. Hoewel het aantal gesubsidieerde opleidingsplekken sinds 2017 gestaag is uitgebreid, is de vraag (1.600 plekken voor gz-psychologen) nog altijd veel groter dan het aantal beschikbare plekken (832 in 2022). Het beschikbaar maken van meer opleidingsplekken is kostbaar, maar kan op de lange termijn ook sterk kostenbesparend zijn.

Verder zijn er interventies die meermaals terugkomen in het Actieplan Wachttijden GGZ, maar waarbij ook bij elke evaluatie blijkt dat ze niet (voldoende) worden uitgevoerd. Denk hierbij aan meer samenwerking tussen regio's en een betere spreiding van patiënten tussen verschillende ggz-aanbieders. Extra middelen om deze interventies sneller en beter te implementeren kan mogelijk bijdragen aan het verkorten van de wachtlijsten. Hopelijk helpt het in kaart brengen van de grote negatieve effecten van de wachtlijsten bij het tot stand brengen van deze veranderingen.

Literatuur

- Biasi, B., M.S. Dahl en P. Moser (2021) *Career effects of mental health*. NBER Working Paper, 29031.
- Frijters, P., D.W. Johnston en M.A. Shields (2014) The effect of mental health on employment: Evidence from Australian panel data. *Health Economics*, 23(9), 1058–1071.
- NZA (2018) *Wachttijden in de ggz*. Eindrapportage Landelijke afspraken, 1 juli. Te vinden op zoek.officielebekendmakingen.nl.
- Prudon, R. (2023) *Is delayed mental health treatment detrimental to employment?* Working Paper. Te vinden op www.rogerprudon.com.
- Shapiro, B.T. (2022) Promoting wellness or waste? Evidence from antidepressant advertising. *American Economic Journal: Microeconomics*, 14(2), 439–477.
- Vektis (2022) *Factsheet Wachttijdinformatie ggz*, 14 oktober. Te vinden op www.vektis.nl.