

Rekenkamer Leeuwarden

Wachttijden in de jeugdhulp

*Quick Scan van de Rekenkamer Leeuwarden naar
aard, omvang en oorzaken van wachttijden in de jeugdhulp*

Oktober 2019

Rekenkamer

Colofon

Samenstelling Rekenkamer Leeuwarden

Voorzitter	Joop Roebroek
Externe leden	Miranda Domenie Bert Lokhorst
Secretaris	Jellie Rijpma

Telefoon: 058-233 4022

E-mail: rekenkamer@leeuwarden.nl

Inhoud

1	INLEIDING	1
1.1	AANLEIDING	1
1.2	ONDERZOEKSVRAGEN	1
1.3	ONDERZOEKSVERANTWOORDING	2
1.4	LEESWIJZER	4
2	WACHTTIJDEN NADER BESCHOUWD	5
2.1	BELANGRIJKSTE BEVINDINGEN VAN DE QUICKSCAN SAMENGEVAT	5
2.2	WACHTTIJDEN BELICHT	6
2.3	AFSTEMMING BINNEN DE KETEN LEIDT TOT VERTRAGING EN ADMINISTRATIEVE DRUK BIJ HULPVERLENERS, JEUGDIGEN EN HUN OUDERS	7
2.4	VRAAG NAAR SPECIALISTISCHE JEUGDHULP NEEMT TOE EN WORDT COMPLEXER	10
2.5	DE INKOOPSYSTEMATIEK KENT EEN AANTAL PERVERSE PRIKKELS EN ANDERE PROBLEMEN	10
3	DE KETEN VAN JEUGDHULPVERLENING IN LEEUWARDEN	13
3.1	WAT IS JEUGDHULP?	13
3.2	WAT ZIJN PROFIELEN EN INTENSITEITEN?	14
3.3	WIE ZIJN DE VERWIJZERS?	14
3.4	WIE ZIJN DE ZORGAANBIEDERS?	17
3.5	HET PROCES VAN AANMELDING, INTAKE, START HULP EN STOP HULP	17
3.6	DE DEFINITIE VAN WACHTTIJDEN EN DE NORMEN VOOR WACHTTIJDEN	19
3.7	VERGELIJKING VAN DE TREENORMEN EN HET LOKALE BELEID	20
4	BELEID RONDOM WACHTTIJDEN IN DE JEUGDHULPVERLENING	22
4.1	LANDELIJK BELEID	22
4.2	LOKAAL BELEID	23
4.3	BEVINDINGEN OVER BELEID	26
5	WACHTTIJDEN IN DE JEUGDHULPVERLENING	28
5.1	AARD EN OMVANG VAN DE WACHTTIJDEN	28
5.1.1	<i>Wachttijden bij verwijzers</i>	<i>28</i>
5.1.2	<i>Wachttijden bij Publieke Dienstverlening</i>	<i>29</i>
5.1.3	<i>Wachttijden bij zorgaanbieders</i>	<i>29</i>
5.2	OORZAKEN VAN DE WACHTTIJDEN	32
5.3	GEVOLGEN VAN DE WACHTTIJDEN	38
6	CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN	39
6.1	CONCLUSIES	39
6.2	AANBEVELINGEN	41
7	BESTUURLIJKE REACTIE	42
8	NAWOORD VAN DE REKENKAMER	43
9	BIJLAGEN	44

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

Na de invoering van de Jeugdwet in 2015 ligt de verantwoordelijkheid voor alle jeugdhulp bij de gemeenten. Sindsdien zijn er van diverse kanten signalen gekomen dat er kinderen moeten wachten op de hulp die zij nodig hebben en dat er hier en daar sprake is van wachtlijsten. In de voorbereiding van het onderzoeksprogramma van de Rekenkamer is het onderwerp ‘wachtlijsten Jeugdhulp’ door raadsleden ingebracht als onderzoeksonderwerp voor 2019. Begin 2019 zijn door de fractie van de VVD en door de fractie van Lijst058 met schriftelijke vragen zorgen geuit over mogelijke wachttijden voor jeugdhulp in Leeuwarden.

De rekenkamer heeft ter voorbereiding van de quickscan een vooronderzoek uitgevoerd, waaruit is gebleken dat er sprake is van wachtlijsten en wachttijden in de jeugdhulp in Friesland en ook in gemeente Leeuwarden.

Op 27 februari 2019 zijn de bevindingen van het vooronderzoek in een Open Podium gepresenteerd aan de gemeenteraad en heeft de rekenkamer voorgesteld een quickscan naar de wachttijden in de jeugdhulp uit te voeren. De raad heeft interesse in het onderzoek getoond en is vooral benieuwd naar de oorzaken van de wachttijden en eventuele andere problemen bij de uitvoering van de jeugdhulp. De rekenkamer heeft besloten dat in 2019 een quickscan wordt uitgevoerd naar de wachttijden en dat in 2020/2021 een verdiepend onderzoek zal worden uitgevoerd naar de jeugdhulp.

Deze rapportage bevat de uitkomsten van de quickscan.

1.2 Onderzoeksvragen

Voor de quickscan zijn de volgende onderzoeksvragen opgesteld:

1. Wat zijn de aard en omvang van de wachttijden in de jeugdhulp?
 1. Hoe lang zijn de wachttijden bij:
 1. de verwijzers
 2. de overbruggingszorg
 3. de intake

4. het hulpverleningstraject van de hoofdaannemer
 5. het hulpverleningstraject van de onderaannemer
 2. Bij welke vorm(en) van jeugdhulp zijn er wachttijden die langer zijn dan de in de conceptnotitie opgestelde normen?
 3. In welke regio zijn er wachttijden die langer zijn dan de in de conceptnotitie opgestelde normen?
 4. Voor welke doelgroep(en) zijn er wachttijden die langer zijn dan de in de conceptnotitie opgestelde normen?
- 2. Wat zijn oorzaken van de wachttijden?**
1. Is het aanbod een oorzaak voor te lange wachttijden?
 1. Zo ja, in welke regio('s) is er onvoldoende aanbod?
 2. Voor welke doelgroep(en) is er onvoldoende aanbod?
 2. Is het doorverwijzen naar preferente aanbieders een oorzaak voor te lange wachttijden?
 3. Is de doorverwijzing zonder ondersteuningsplan (door huisartsen) een oorzaak voor te lange wachttijden?
 4. Is de administratieve organisatie een oorzaak voor te lange wachttijden?
 5. Welke andere oorzaken zijn er voor te lange wachttijden?
- 3. Wat zijn landelijke ontwikkelingen op het gebied van wachtlijsten in de jeugdhulp en (in hoeverre) wijkt de situatie in Leeuwarden hier vanaf en wat zijn daar dan eventueel oorzaken van?**

1.3 Onderzoeksverantwoording

Het vooronderzoek bestond uit een documentenanalyse van landelijke, regionale en lokale documenten, interviews met twee gemeentelijke beleidsadviseurs en de projectleider jeugdzorg van het Sociaal Domein Fryslân (SDF) en een uitvraag uit 'Berichtenverkeer', het financiële administratie systeem van de gemeente Leeuwarden.

De quickscan bestond uit een literatuurstudie naar landelijke ontwikkelingen in de jeugdzorg (zie bijlage 1 voor de bestudeerde literatuur), een documentenanalyse (zie bijlage 2 voor bestudeerde bronnen), interviews (zie bijlage 3 voor geïnterviewde personen) en een uitvraag onder alle zorgaanbieders die gecontracteerd zijn voor jeugdhulp in Friesland (zie bijlage 4 voor de uitvraag).

Het vooronderzoek en de quickscan zijn uitgevoerd door de rekenkamer.

Literatuurstudie

Met de literatuurstudie is gezocht naar landelijke trends en ontwikkelingen op het gebied van wachttijden in de jeugdhulp. Uit de studie is gebleken dat wachttijden sinds de decentralisaties niet meer centraal geregistreerd worden en dat er daarom geen volledig inzicht is in de aard en omvang van de wachttijden en de trends daarin. Met de literatuurstudie is wel relevante kwalitatieve informatie over ontwikkelingen in de jeugdhulp en over wachttijden gevonden, die vooral gebruikt is in hoofdstuk 4: beleid.

Documentenanalyse

Via de portal van SDF zijn documenten gevonden over de administratieve organisatie rondom de jeugdhulpketen in Friesland die heeft geholpen bij het maken van figuur 1: een versimpelde weergave van de keten. Er zijn beleidsdocumenten bestudeerd, waarvan de ‘Notitie wachtlijsten en wachttijden, versie april 2019’ (verder genoemd: Notitie wachttijden) en het actieplan ‘foar Fryske Bern’ (verder genoemd: het Actieplan) de belangrijkste zijn. Geïnterviewden hebben verder rapporten en sturingsinformatie aangeleverd.

Interviews

Er zijn in augustus 2019 zes interviews gehouden met:

- senior medewerker team Publieke Dienstverlening en teamleider Publieke Dienstverlening/projectleider lokaal expertteam jeugd
- senior beleidsmedewerker sociaal domein, toegang / accountmanager Amaryllis/contactpersoon praktijkondersteuners huisarts (verder genoemd: poh)
- twee poh's
- drie sociaal werkers van Amaryllis, wijkteams Leeuwarden
- projectleider Actieplan ‘foar fryske bern’
- adviseur en financieel beleidsmedewerker sociaal domein, strategie en bedrijfsvoering

Van de interviews zijn verslagen gemaakt die ter accordering aan de geïnterviewden zijn voorgelegd.

De informatie uit de interviews is voor het gehele onderzoeksrapport gebruikt.

Uitvraag zorgaanbieders

Het SDF heeft een adressenbestand van alle gecontracteerde zorgaanbieders in Friesland aangeleverd. Het bestand bevatte 273 zorgaanbieders. Van 263 zorgaanbieders (96%) was een e-mailadres beschikbaar. Op donderdagmiddag 22 augustus zijn de zorgaanbieders per e-mail benaderd met de vraag hun actuele wachttijden in te vullen (zie bijlage 4a voor de uitvraag en bijlage 4b voor de e-mailtekst). Op woensdag 28 augustus is een reminder gestuurd naar de zorgaanbieders die de uitvraag niet of niet volledig hadden ingevuld (zie bijlage 4b voor de e-mailteksten). De uitvraag is gesloten op vrijdag 30 augustus om 18:30 uur.

De uitvraag heeft geleid tot bruikbare gegevens van 171 zorgaanbieders. Dat wil zeggen dat 65% van de zorgaanbieders in Friesland heeft meegewerkt aan de uitvraag (zie tabel 1 voor de respons). Van de zorgaanbieders zijn geen achtergrondgegevens bekend, waardoor niet berekend kan worden of de resultaten representatief zijn voor alle zorgaanbieders, maar gezien het hoge responspercentage, geeft de uitvraag op zijn minst een zeer goede indicatie van de omvang van de wachttijden in de jeugdhulp in Friesland.

Behalve naar de omvang van de wachttijden in weken, is ook gevraagd naar de oorzaken en gevolgen van eventuele wachttijden. Deze vragen zijn open gesteld, zodat de zorgaanbieders hier hun eigen verhaal konden schrijven. Hier is veel gebruik van gemaakt: 128 zorgaanbieders (75% van de respons) hebben iets geschreven over oorzaken van wachttijden en 133 (78%) (ook) over gevolgen. Als laatste was de mogelijkheid om over het algemeen iets op te schrijven over wachttijden in de jeugdhulp. Hiervan hebben 59 zorgaanbieders (35%) gebruik gemaakt.

Omdat geen onderscheid is gemaakt tussen wachttijden voor jeugdigen uit Leeuwarden en uit andere gemeenten in Friesland, kunnen met behulp van de uitvraag uitsluitend uitspraken gedaan worden over wachttijden in Friesland.

Tabel 1: respons uitvraag zorgaanbieders

	Aantal		
Adressen aangeleverd	273		
E-mails verstuurd	263		
		% van verstuurd	% van geopend
E-mails geopend	215	82%	100%
Uitvraag gestart	180	68%	84%
Uitvraag voltooid	171	65%	80%

De resultaten van de uitvraag zijn gebruikt in hoofdstuk 5.

Wederhoor

Het onderzoeksrapport is conform de verordening van de rekenkamer voorgelegd aan de ambtelijke organisatie van de gemeente Leeuwarden om na te gaan of de feiten zoals beschreven in die nota in het licht van de onderzoeksdoelstelling en -vraagstelling, juist en volledig zijn. Op- of aanmerkingen als gevolg van dit ambtelijk wederhoor zijn, na zorgvuldige afweging van de rekenkamer, verwerkt. De wijze waarop de rekenkamer dit gedaan heeft is middels een memorie van antwoord teruggekoppeld aan de gemeentelijke organisatie. Vervolgens zijn de conclusies en aanbevelingen geschreven.

Het onderzoeksrapport is voor bestuurlijk wederhoor voorgelegd aan het college van B&W (conform artikel 12, lid 4, Verordening op de Rekenkamer Gemeente Leeuwarden 2019). De bestuurlijke reactie van het college is opgenomen in het onderzoeksrapport, evenals het nawoord van de rekenkamercommissie.

1.4 Leeswijzer

De opbouw van deze rapportage is als volgt:

In hoofdstuk 2 analyseert de rekenkamer het fenomeen ‘wachttijden’ in een brede context. In hoofdstuk 3 wordt het onderwerp van onderzoek: de keten van jeugdhulpverlening nader uitgelegd. In hoofdstuk 4 gaan we in op beleid en regelgeving die van toepassing zijn op wachttijden in de jeugdhulpverlening; landelijk en lokaal beleid komen hier aan de orde. In hoofdstuk 5 staan we stil bij aard, omvang en oorzaken van wachttijden. De conclusies en aanbevelingen die volgen uit de onderzoekbevindingen zijn in hoofdstuk 6 opgenomen.

2 Wachttijden nader beschouwd

Advies bij het lezen van deze beschouwing

Wanneer de keten van jeugdhulpverlening de lezer niet bekend is, wordt geadviseerd om eerst hoofdstuk 3 te lezen waarin deze keten wordt beschreven en in een figuur wordt samengevat. In hoofdstuk 5 zijn de actuele wachttijden van 65% van de jeugdzorgaanbieders in Friesland opgenomen, waarop de gegevens die in deze beschouwing genoemd worden, zijn gebaseerd.

2.1 Belangrijkste bevindingen van de quickscan samengevat

De belangrijkste bevindingen van de quickscan kunnen samengevat worden met:

- de wachttijden voor specialistische jeugdhulp (niet acute hulp) blijven grotendeels binnen de landelijke en lokale normen, maar zouden korter kunnen als minder gebruik zou worden gemaakt van preferente aanbieders;
- de wachttijden voor mensen met een lvb-problematiek (lvb = licht verstandelijk beperkt), kinderen in echtscheidingssituaties en zorg met verblijf zijn problematisch;
- de afstemming binnen de keten van jeugdhulpverlening verloopt niet optimaal en leidt tot langere doorlooptijden, vooral om tot de start van de hulp te komen;
- gebrek aan voldoende gekwalificeerd personeel heeft negatieve invloed op de wachttijden bij Gecertificeerde Instellingen (GI's) en bij zorgaanbieders;
- afspraken over overbruggingszorg zijn niet duidelijk en het bieden van overbruggingszorg is risicovol voor zorgaanbieders. Hierdoor is het risico op escalatie voor een aantal jeugdigen onbekend;
- door de bezuinigingen van afgelopen jaren en een korte contracttijd met zorgaanbieders is nog onvoldoende geïnvesteerd in de transformatie en blijft de manier van werken door zorgaanbieders te aanbodgericht;
- door maatschappelijke ontwikkelingen neemt de vraag naar jeugdhulpverlening toe;
- de inkoopsystematiek, onduidelijkheid van het protocol en gebrek aan (financiële) controle leiden tot een verhoogd risico op onnodig hoge kosten.

Het probleem van preferente aanbieders, de afstemming in de keten, de toegenomen vraag en de inkoopsystematiek lichten we hieronder verder toe. De andere bevindingen komen bij meerdere van deze toelichtingen terug.

2.2 Wachttijden belicht

Aan de uitvraag hebben vooral kleine zorgaanbieders meegewerkt. Ondanks dat hun eigen wachttijden binnen de normen vallen, ervaren zij wel problematische wachttijden bij de grotere aanbieders. Signalen hierover hebben we ook tijdens de interviews gekregen. De respons van 65% op de uitvraag is een indicatie dat het onderwerp bij veel (kleine) zorgaanbieders leeft. Wanneer gevraagd wordt naar de oorzaken van de wachttijden, wordt ook duidelijk waarom. De helft tot tweederde van de kleine aanbieders (afhankelijk van het soort jeugdhulp dat geboden wordt) heeft wachttijden van maximaal 4 weken tussen aanmelding en de start van de hulp, een kwart tot 40% heeft zelfs helemaal geen wachttijd. Deze aanbieders zien kinderen op de wachtlijst van grote zorgaanbieders staan, terwijl zij zelf plek hebben om deze kinderen meteen te helpen. Zij constateren dat verwijzers niet optimaal gebruik maken van het zorgaanbod. Vooral huisartsen verwijzen door naar een klein aantal, vaak grotere zorgaanbieders. Dit fenomeen wordt herkend door de sociaal werkers, de praktijkondersteuners en de beleidsmedewerkers die de rekenkamer gesproken heeft. Huisartsen verwijzen veel door naar tweedelijns hulp bij relatief lichte problematiek en ongeveer 45% van alle doorverwijzingen komt via de huisartsen. Huisartsen zijn niet op de hoogte van de volledige sociale kaart en hebben per jeugdige te weinig tijd om het zorgaanbod en de daarbij horende wachttijden te onderzoeken tijdens een consult en verwijzen door naar bekende zorgaanbieders.

Om dit probleem te verhelpen, experimenteert gemeente Leeuwarden met praktijkondersteuners huisarts (poh's). Poh's voeren zelf lichte ondersteuning uit en hebben een bredere kennis van het zorglandschap. Bijkomend voordeel van een poh is dat de kennis van de poh's bij huisartsen terecht komt en andersom. Ook kunnen poh's een toegangspoort zijn tot huisartsen voor zorgaanbieders en beleidsmakers. De eerste resultaten van evaluaties laten zien dat het toevoegen van poh's aan huisartsenpraktijken het aantal doorverwijzingen naar tweedelijns jeugdhulp door huisartsen terugbrengt van 90% tot 27% van het aantal jeugdigen dat zich meldt met psychische problemen.

In de specialistische jeugdhulp blijven de wachttijden dus grotendeels binnen de (ruime) normen. De wachttijden zouden echter verkort kunnen worden als de sociale kaart beter bekend zou zijn en de gecontracteerde, ook kleinere, aanbieders beter benut zouden worden. De directe verwijzroute via de huisarts zorgt voor veel doorverwijzingen naar preferente aanbieders en de gemeente Leeuwarden beschikt vooralsnog over weinig formele mogelijkheden om invloed uit te oefenen op deze directe verwijzroute. Huisartsen maken geen gebruik van de profielen (zie paragraaf 3.2) die door SDF zijn opgesteld en verwijzen ook bij lichte problematiek meestal door naar de tweedelijns. Niet alleen leidt dat tot een grote vraag bij zorgaanbieders en medicalisering van normaal gedrag (wat weer leidt tot grotere vraag), het leidt ook tot onnodige kosten voor de jeugdhulp.

Wachttijden in de specialistische jeugdhulp hebben lage prioriteit in beleid

Het beleid rondom wachttijden (Notitie wachttijden) is nog niet vastgesteld en wachttijden zijn nog geen structureel onderwerp van contractbesprekingen. Aan (lange) wachttijden zijn voor zorgaanbieders geen consequenties verbonden. Wachttijden worden niet gemonitord en zijn geen indicator bij het monitoren van beleid. Verbetertrajecten in de hele keten van jeugdhulp hebben als focus een kwaliteitsverbetering en/of kostenbesparing. Het terugdringen van wachttijden is geen doel op zich.

Wachttijden bij crisis en hoogspecialistische hulp (HSJ)

Bij crisis en hoogspecialistische jeugdzorg zijn geen wachttijden toegestaan en er zijn bij beleidsmakers geen signalen bekend van wachttijden binnen deze zorg. Voor crisishulp is de maximale wachttijd 24 uur. Er zijn uit de quickscan geen signalen naar voren gekomen dat de wachttijd bij crisis langer zou zijn dan 24 uur. In interviews wordt gesteld dat bij HSJ geen wachttijden zijn toegestaan en dat deze er ook niet zijn. Uit de uitvraag blijkt echter dat aanbieders van HSJ wel wachttijden kennen, oplopend tot 4 weken. Het gaat hier om jeugdigen met complexe problematiek en vaak is er sprake van een rechterlijke maatregel. Het gaat om weinig jeugdigen, maar wel om risicovolle situaties. Tijdens de interviews zijn casussen beschreven waarbij kinderen niet op tijd de juiste HSJ hebben gekregen en ook in de uitvraag wordt het gevaar voor escalatie genoemd.

Er is recentelijk een convenant getekend met de 7 belangrijkste aanbieders van HSJ dat de afstemming en hulpverlening in die sector moet verbeteren.

Wachttijden bij zorg met verblijf

Hulp met verblijf is niet binnen een maand voorhanden. Als een kind uit huis geplaatst moet worden, is de wachttijd in Leeuwarden ca 6 maanden. Als oorzaken hiervan worden genoemd: het gebrek aan doorstroming (omdat er geen geschikte plekken zijn om naar toe te stromen) en het wegvallen van plekken in gezinshuizen door de bezuiniging hierop van de afgelopen jaren. Hiervan zijn de aanbieders nog steeds niet hersteld. Op het moment dat iemand 18 wordt en uit kan stromen, blijkt vaak dat er onvoldoende woningaanbod is in de gemeente en dat de 18-jarige een plek bezet houdt, omdat er geen plek is om naar toe door te stromen. Er is in dit perceel te weinig zorgaanbod.

2.3 Afstemming binnen de keten leidt tot vertraging en administratieve druk bij hulpverleners, jeugdigen en hun ouders

Uit de quickscan blijkt dat wachttijd vaak niet te voorkomen is. Vooral bij meer complexe problematiek, waarbij meerdere partijen in de keten betrokken zijn, wordt veel tijd geïnvesteerd in de afstemming tussen de verschillende partijen. Behalve heel praktische oorzaken, zoals het afstemmen van de agenda's van meerdere professionals én de jeugdigen/ouders zelf, worden ook organisatorische problemen voor de soms lange afstemmingstijd genoemd. We maken hierbij onderscheid tussen de indirecte verwijlsroute via het wijkteam, de directe verwijlsroute via de huisarts en de directe verwijlsroute via GI's.

Afstemmingsproblemen bij de route via het wijkteam

Als een jeugdige zich aanmeldt bij het wijkteam, voert het wijkteam een onderzoek uit en schrijft een ondersteuningsplan. De totale tijd tussen aanmelding en afronding van het onderzoek mag 6 weken zijn. Door afstemmingsproblematiek tijdens het onderzoek, maar ook door de complexe gezinsproblematiek waar de sociaal werker mee te maken krijgt, is de totale doorlooptijd soms toch langer dan 6 weken. De sociaal werker bepaalt het profiel van de in te zetten hulp en zoekt contact met een zorgaanbieder. De zorgaanbieder bepaalt de intensiteit van de in te zetten hulp. De sociaal werker vraagt vervolgens een toewijzing bij Publieke Dienstverlening. Deze toewijzing mag niet langer dan 2 weken op zich laten wachten, maar incidenteel is hier sprake van langere wachttijd. De afstemming tussen wijkteam en zorgaanbieder loopt niet altijd goed. Sommige zorgaanbieders vertrouwen niet op het ondersteuningsplan van het wijkteam en doen het onderzoek nog eens over. Ook is er geregeld onenigheid over het profiel dat door het wijkteam is bepaald; zorgaan-

bieders zijn dan van mening dat een ander profiel nodig is. Deze afstemming kan tot vertraging leiden en het komt voor dat een zorgaanbieder de jeugdige hierom weigert, waardoor opnieuw afstemming gezocht moet worden met een andere zorgaanbieder.

Afstemmingsproblemen bij de route via de huisarts

De huisarts mag een jeugdige direct doorverwijzen naar een zorgaanbieder. Deze route is voor de jeugdige veel sneller dan de route via het wijkteam. Aanmelding bij de zorgaanbieder kan binnen één of twee weken uitgevoerd zijn. De zorgaanbieder bepaalt vervolgens het profiel en de intensiteit en vraagt een toewijzing aan Publieke Dienstverlening. Deze toewijzing kan twee weken duren. Het blijkt echter dat het voorkomt dat een jeugdige via de huisarts bij een zorgaanbieder terecht komt, maar dat er voor de jeugdige via een andere verwijsroute al een traject loopt. De gemeente geeft in dat geval geen toewijzing af.¹ De zorgaanbieder kan in dat geval samenwerking zoeken met de zorgaanbieder die al bij de jeugdige betrokken is, maar het budget voor de jeugdige is dan al vastgesteld door de andere zorgaanbieder. In die situatie moet een hoofd- en onderaannemerschap gestart worden en moeten afspraken gemaakt worden over de verdeling van het budget. Deze afstemming kan veel tijd kosten en verloopt niet altijd succesvol. Er zijn signalen dat sommige zorgaanbieders zelfs weigeren om een hoofd- en onderaannemerschap aan te gaan (hier komen we later op terug). Ook komt het voor dat een jeugdige wordt terugverwezen naar de eerstelijns zorg, omdat de tweedelijns zorg volgens de zorgaanbieder te zwaar is. Vooral als de aanbieder de intake pas doet nadat een kind op de wachtlijst heeft gestaan, is dat heel vervelend. Huisartsen en poh's zoeken slechts sporadisch contact met een wijkteam of Publieke Dienstverlening om vóór de doorverwijzing te checken of er al een traject loopt. De afstemming tussen huisartsen/poh's en wijkteams is nog onvoldoende.

Afstemmingsproblemen bij de route via GI's.

Tijdens het onderzoek zijn signalen gehoord over problemen bij de doorverwijzing via GI's.² Er zouden te weinig voogden beschikbaar zijn bij de GI's. Het gaat hier om kinderen met complexe (gezins)problematiek die een voogd toegewezen hebben gekregen door een rechter. Het gaat om weinig jeugdigen, maar bij deze groep bestaat wel een relatief hoog risico op escalatie. Een deel van deze jeugdigen is al in beeld bij het wijkteam, omdat het gezin al langer hulp krijgt, of omdat het wijkteam de jeugdige zelf heeft aangemeld voor een jeugdbeschermingsmaatregel. Als een GI betrokken is bij het gezin, voert deze de regie. Op welke wijze het wijkteam bij de jeugdige betrokken blijft, verschilt sterk per GI. De samenwerking met het Regiecentrum verloopt doorgaans goed: er was al overleg met het Regiecentrum / Veilig Thuis, omdat zij voorheen ook fysiek aanwezig waren in de wijkteams. De lijntjes zijn daardoor korter. De samenwerking met de William Schrikker Stichting (m.n. lvb-problematiek) en het NIDOS verloopt minder goed. Het wijkteam heeft in deze zaken geen doorzettingsmacht en is afhankelijk van de GI. Ondanks dat wachtlijsten niet zijn toegestaan bij de GI's, lijken deze er dus wel te zijn. Er zijn geen harde afspraken over overbruggingszorg voor deze risicovolle jeugdigen. Als het wijkteam betrokken is, voeren de sociaal werkers vaak de overbruggingszorg uit. Deze taak drukt zwaar op de wijkteams. Sociaal werkers maken zich zorgen over de overbruggingszorg voor jeugdige met een RM die niet bij het wijkteam in beeld zijn.

¹ Er mag niet gestapeld worden, er is slechts een traject per jeugdige mogelijk. Hierop zijn uitzonderingen (bijvoorbeeld pleegzorg, dyslexie en verblijf).

² GI's zijn niet bij het onderzoek betrokken.

Afstemmingsproblemen na de aanmelding bij de zorgaanbieder

Als de zorgaanbieder een toewijzing heeft ontvangen, kan gestart worden met het daadwerkelijke hulptraject. Om het traject te kunnen starten, wordt een intake uitgevoerd om het juiste traject en de juiste hulpverlener(s) aan de jeugdige te kunnen koppelen. Er zijn geen afspraken gemaakt over het moment waarop de intake plaatsvindt. Sommige zorgaanbieders kiezen ervoor om de intake zo vroeg mogelijk uit te voeren, om zeker te weten dat de jeugdige door de zorgaanbieder geholpen kan worden. Ook kan na het intakegesprek de factuur voor de eerste 70% van het budget gestuurd worden. Als de zorgaanbieder het intakegesprek heeft gevoerd, wordt deze ook verantwoordelijk voor de overbruggingszorg, als deze noodzakelijk is. Uit de interviews is gebleken dat zorgaanbieders zelden overbruggingszorg bieden en dat deze vaak door het wijkteam, de poort of helemaal niet wordt uitgevoerd, ook niet als het wel nodig is. De zorgaanbieder kan er voor kiezen om de intake pas uit te voeren als er plaats is voor de jeugdige om ook het traject te starten. Het voordeel is dan dat de jeugdige na de intake geen wachttijd meer heeft, maar hier kleven ook nadelen aan: het kan blijken dat de jeugdige na de intake toch niet bij de juiste zorgaanbieder is, de jeugdige kan gedemotiveerd raken en het vertrouwen in de hulpverlening verliezen en het soms al helpende effect van intake en overbruggingszorg wordt op deze manier gemist. De verschillende partijen in de keten hebben geen zicht op waar in het proces de jeugdige zich bevindt en deze kan hierdoor ‘tussen wal en schip’ geraken.

Eén van de uitgangspunten van de inkoopsystematiek is dat er slechts één traject per jeugdige kan lopen en dat zorgaanbieders onderling een hoofd- en onderaannemerschap moeten inrichten als meerdere zorgaanbieders nodig zijn. De gedachte hierachter is dat zorgaanbieders gestimuleerd worden om samen te werken om een samenhangend zorgaanbod te creëren, trajecten op maat in te richten en dat er vernieuwing in het zorgaanbod ontstaat. Zorgaanbieders kunnen leren van elkaar. Daarnaast is er voor de jeugdige op deze manier slechts één aanspreekpunt en kunnen zorgverleners niet langs elkaar heen werken. De zorgaanbieders herkennen deze doelen en zijn het eens met de uitgangspunten van de constructie. In de praktijk blijkt echter dat de constructie van het hoofd- en onderaannemerschap zo veel mogelijk vermeden wordt. Pas wanneer er al een traject loopt en zorgaanbieders onvermijdelijk met hoofd- en onderaannemerschap geconfronteerd worden, worden oplossingen gezocht. Zorgaanbieders gaan zelden proactief op zoek naar een onderaannemer om delen van het zorgtraject uit te besteden aan een andere zorgaanbieder. Redenen om hoofd- en onderaannemerschap te vermijden zijn:

- het vergt veel administratie;
- het budget moet worden gedeeld, en daar zijn geen duidelijke richtlijnen voor, waardoor het veel afstemmingstijd vergt;
- aanbieders hebben slechte ervaringen met bepaalde zorgaanbieders, maar worden bij een hoofd- en onderaannemerschap wel afhankelijk van de kwaliteit van andere zorgaanbieders;
- zorgaanbieders hebben nog weinig ervaring met deze constructie en te weinig tijd om hiermee te experimenteren;
- er wordt nog veel vanuit het eigen aanbod gedacht;
- er zijn heel veel zorgaanbieders en zij kennen elkaar(s producten) onvoldoende.

Na de intake kan soms niet direct met het traject gestart worden omdat de juiste zorgprofessional niet beschikbaar is. Er is een tekort aan regiebehandelaren en dan vooral GZ-psychologen en psychiaters. Deze professionals zijn lastig te vinden en het verloop onder zorgprofessionals is hoog.

2.4 Vraag naar specialistische jeugdhulp neemt toe en wordt complexer

Jeugdhulp is zichtbaarder en dichter bij de doelgroep georganiseerd dan voorheen. Wijkteams zijn zichtbaar in de wijk, op scholen zijn zorgprofessionals aanwezig en meer jeugdigen maken gebruik van jeugdhulp. Jeugdhulp is daarmee toegankelijker en normaler geworden. Zorgprofessionals constateren een toegenomen vraag en zijn hier ook kritisch op: wordt normaal gedrag niet te veel gemedicaliseerd? De draagkracht van ouders, en ook van leraren wordt kleiner. Tegelijkertijd wordt geconstateerd dat jeugdigen in de tweede-lijns zorg vaker complexe problematiek kennen omdat veel lichtere problematiek in de eerstelijns wordt opgevangen en het soms lang duurt voordat jeugdigen aan een traject kunnen beginnen. In dat geval is de problematiek verergerd tijdens het voortraject bij GI's en wijkteams. Tijdens de interviews klinkt meermaals de roep tot demedicalisering van "normaal gedrag".

In de literatuur vinden we ook aanwijzingen over deze toegenomen vraag. Inmiddels krijgen 428 duizend jeugdigen in Nederland een of andere vorm van professionele hulp. Dat is 12 procent van alle jeugdigen. Het aantal jeugdigen is, over de hele linie met 10 procent, blijven stijgen sinds de gemeenten de verantwoordelijkheid op zich hebben genomen.³ In de literatuur wordt ook naar tal van maatschappelijke ontwikkelingen verwezen, die deels zijn teruggekomen in de interviews: vechtscheidingen, toenemende armoede binnen gezinnen, een veranderende straatcultuur en toenemende gedragsproblemen van jeugdigen, minder structuur en begrenzing binnen gezinnen en afwijkend gedrag, dat vroeger als gewoon werd gezien of als pubergedrag en vandaag de dag sneller wordt geproblematiseerd.⁴ Ook lijkt het leven van jeugdigen (eerdere en sterkere toetsing van schoolprestaties, de omgeving van sociale media, toenemende sociale vergelijking en andere verleidingen van het internet) complexer geworden te zijn dan vroeger. Zeven op tien kinderen die bij een huisarts terecht komen, klagen over hoofdpijn, somberheid, slecht slapen en concentratieproblemen.

Deze bevinding vormt een soort voorpost voor het bredere onderzoek naar de jeugdzorg dat de Rekenkamer voor 2020 op haar agenda heeft staan.

2.5 De inkoopsystematiek kent een aantal perverse prikkels en andere problemen

De Friese gemeenten hebben gekozen voor een resultaat bekostigingssystematiek voor de specialistische jeugdhulp. Dat wil zeggen dat vooraf ingeschat wordt welke ondersteuning (profiel en intensiteit) een jeugdige nodig heeft om het doel te bereiken en aan elke profiel-intensiteitcombinatie is een vaste prijs gekoppeld. Publieke Dienstverlening controleert de aanvraag uitsluitend technisch: loopt er niet al een traject voor deze jeugdige en is de jeugdige woonachtig in Leeuwarden? Een inhoudelijke controle vindt niet plaats, vanwege de AVG is over de casussen die via de directe verwijzroute gestart zijn, geen inhoudelijke informatie beschikbaar. Bij aanvang van de hulp wordt 70% in rekening gebracht bij de gemeente Leeuwarden. Na afloop van het traject wordt, als de resultaten zijn behaald, de resterende 30% gefactureerd. Als resultaten niet behaald worden, wordt de resterende 30% niet betaald. Bij de directe verwijzroute bepaalt de zorgaanbieder samen met

³ Zie bijvoorbeeld: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2019/18/428-duizend-jongeren-in-jeugdzorg>

⁴ Zie bijvoorbeeld: <https://www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/worden-kinderen-gepamperd-of-krijgen-ze-eindelijk-de-goede-zorg~b7b3d807/>

de jeugdige en de ouders of de resultaten zijn behaald. Als het wijkteam betrokken is, is meestal ook de sociaal werker bij de evaluatie betrokken.

Deze systematiek kent een aantal perverse prikkels. Tijdens de interviews worden veel scenario's geschetst van hoe het systeem kan leiden tot hoge, onterechte kosten en deze scenario's zijn veelvuldig aangekleed met gedetailleerde casusbeschrijvingen.

- Omdat er geen harde afspraken zijn over het moment van intake en over de overbruggingszorg, heeft de gemeente Leeuwarden ook geen zicht op hoe lang een jeugdige wacht, wanneer begonnen is met de daadwerkelijke hulp en hoe lang de daadwerkelijke hulp heeft geduurd. Het is dus mogelijk dat de zorgaanbieder na de intake een startbericht stuurt, dat vervolgens 70% betaald wordt, dat de jeugdige na 3 maanden voor het eerste gesprek komt en daarna afhaakt. De zorgaanbieder stuurt dan na 3 maanden een stopbericht en de 30% wordt niet betaald. De 70% wordt echter ook niet terugbetaald. Hierop vindt geen controle plaats. Sinds het tweede kwartaal 2019 zou dit door wijzigingen in het administratieprotocol niet meer mogelijk moeten zijn. Tijdens de in het derde kwartaal gevoerde gesprekken is ons echter niet gebleken dat geïnterviewden hiervan al op de hoogte waren.
- Bij de directe verwijzroute mag de zorgaanbieder zelf het profiel en de intensiteit bepalen. Hierop vindt geen controle plaats. Uit de interviews blijkt dat bij de directe verwijzroute duurdere profiel-intensiteitcombinaties worden ingezet⁵ dan wanneer een verwijzing door het wijkteam wordt gedaan.
- Bij de directe verwijzroutes bepalen de zorgaanbieders samen met de jeugdige en de ouders of het resultaat behaald is. Als de zorgaanbieder van mening is dat de resultaten behaald zijn, dan hebben ouders doorgaans weinig doorzettingsmacht als zij het er niet mee eens zijn. De gemeente Leeuwarden heeft geen zicht op de resultaten en kan vaak niet anders beslissen dan meegaan met de evaluatie van de zorgaanbieder. Als de verwijzing via het wijkteam is gebeurd, is de sociaal werker meestal bij de evaluatie betrokken, maar sommige zorgaanbieders willen dat per se niet. Ouders, sociaal werkers en zorgaanbieders zijn het niet altijd eens over in hoeverre de resultaten zijn bereikt. En ook in dat geval trekt de zorgaanbieder meestal aan het langste eind en wordt de 30% betaald.
- De verschillen tussen budgetten die aan de profielen gekoppeld zijn, zijn groot. Zorgaanbieders denken nog veel vanuit de benodigde inzet en schatten hoeveel uur zij kwijt zullen zijn aan de behandeling. Als het ene profiel een budget heeft van 3.000 euro en het volgende profiel van 8.000 euro en de zorgaanbieder schat in 5.000 euro nodig te hebben, dan wordt het profiel van 8.000 euro gekozen. Als een professional meer tijd kwijt is aan een jeugdige waardoor de kosten tegenvallen, dan kan niet zomaar opgeplust worden, maar incidenteel gebeurt dat wel. Het gebeurt echter nooit dat een traject meeviel en het overgebleven budget teruggestort wordt.⁶
- Bij de back-office is geen productgroep voor overbruggingszorg aanwezig, waardoor overbruggingszorg niet gemakkelijk kan worden bekostigd. Zorgaanbieders bieden amper overbruggingszorg. Dat komt dan ook vaak op de poh of het wijkteam neer. Zodra een zorgaanbieder een intake doet, wordt deze verantwoordelijk bij eventuele escalaties. Veel (grote) zorgaanbieders wachten daarom met de intake totdat er plek is, maar dan zijn kinderen dus buiten beeld.

⁵ Waarbij een verwijzing door een huisarts duurdere profielen kent dan verwijzing door een poh.

⁶ Tijdens het ambtelijk wederhoor is geschreven dat er een nieuw profiel tussen deze profielen is geplaatst. Wanneer dat is gebeurd, is de onderzoekers niet bekend.

Een traject door de back-office om onterecht betaalde vergoedingen te crediteren heeft in een paar maanden tijd 4 ton⁷ opgeleverd. Het gaat hier uitsluitend om bedragen die betaald waren, terwijl er bijvoorbeeld nooit een startbericht is gestuurd, of bedragen die onterecht twee keer betaald waren. Foutieve declaraties en betalingen dus. Er is geen zicht op onterecht betaalde facturen, omdat bijvoorbeeld de zorg nooit is gestart of omdat de evaluatie niet goed zou zijn uitgevoerd of de resultaten toch onvoldoende zijn bereikt.⁸ Het komt zelden voor dat een aanbieder uit zichzelf bedragen terugbetaalt omdat de zorg niet geleverd is.

De Taskforce Jeugd (Tasforce Jeugd, werkgroep 2, 2019) heeft een aantal adviezen opgesteld die te maken hebben met de contracten, de toegang, het leveranciersmanagement en het bekostigingsmodel.⁹

Deze quickscan richtte zich op wachttijden in de specialistische jeugdhulp (niet acute jeugdhulp) en heeft laat zien dat wachttijden in dit segment soms lang zijn, maar desondanks wel binnen de normen vallen. Bij kinderen in echtscheidingssituaties en voor kinderen met een lvb-problematiek doen zich wél problematische wachttijden voor, evenals bij zorg met verblijf. Gebrekkige afstemming in de keten is één van de oorzaken van het ontstaan van wachttijden. Het systeem is gebaseerd op vertrouwen, toch is juist dit vertrouwen niet optimaal. Ook lijkt de gekozen bekostigingssystematiek de gewenste transformatie niet te bevorderen, maar eerder te belemmeren.

De quickscan legde voorts een aantal zorgwekkende signalen bloot over lange doorlooptijden door de gehele keten voor kinderen met een Rechterlijke Maatregel. Het gebrek aan goede doorstroombmogelijkheden voor hulp met verblijf is een groot probleem waardoor de hulpverlening voor een aantal doelgroepen stagneert en wachtlijsten voor hulp met verblijf oplopen tot een jaar. Dit fenomeen verdient nader onderzoek en wordt zo mogelijk meegenomen in een verdiepend onderzoek naar de jeugdzorg door de Rekenkamer in 2020-2021.

⁷ De genoemde 4 ton geldt voor heel provincie Friesland. Uit het ambtelijk wederhoor blijkt dat het opgehaalde bedrag voor gemeente Leeuwarden 1,2 ton bedraagt.

⁸ Tijdens het ambtelijk wederhoor is opgemerkt dat in maart 2019 is gestart met een traject waarmee doelrealisatie per dossier inzichtelijk wordt gemaakt. Eind 2019 moeten alle zorgaanbieders deze doelrealisatie en informatie over klanttevredenheid opleveren.

⁹ Tijdens het ambtelijk wederhoor is opgemerkt dat een aantal adviezen van de Taskforce Jeugd is overgenomen. In deze quickscan is niet onderzocht wat de doorwerking van het rapport van de Taskforce is.

3 De keten van jeugdhulpverlening in Leeuwarden

3.1 Wat is jeugdhulp?

Jeugdzorg is het overkoepelende begrip voor jeugdhulp, jeugdreclassering en jeugdbescherming.

In Friesland zijn 273 zorgaanbieders¹⁰ gecontracteerd voor de uitvoering van de jeugdhulp. Niet elke gecontracteerde zorgaanbieder levert ook daadwerkelijk jaarlijks zorg. En niet elke zorgaanbieder levert zorg in de gemeente Leeuwarden. De jeugdhulp is ingedeeld in 5 ‘percelen’:

1. Ernstige enkelvoudige dyslexie (EED): hier is geen sprake van spoed. Er zijn vijftien aanbieders waaruit ouders kunnen kiezen.
2. Pleegzorg: hiervoor is één aanbieder, Jeugdhulp Friesland (die ook crisispleegzorg uitvoert).
3. Hoogspecialistische jeugdhulp (HSJ): zware, meervoudige, complexe problematiek. Jeugdzorg+ (gesloten zorg) valt hier ook onder. Hiervoor zijn zeven aanbieders gecontracteerd. Er geldt een acceptatieplicht en er is geen wachttijd toegestaan.
4. Crisis: Acute hulp bij bijvoorbeeld een suïcidepoging of onveiligheid in het gezin. Spoed voor jeugd is een samenwerking van Reik, Jeugdhulp Friesland en Kinnik en voert de crisishulp uit. De toegang is georganiseerd via het Regiecentrum voor Bescherming en Veiligheid (24 uur per dag). Hier is geen wachttijd toegestaan.
5. Specialistische jeugdhulp (zorg, opvoedondersteuning, jeugd-ggz, verblijf et cetera). Bekostiging verloopt via Zorg in Natura (Zin) of een persoonsgebonden budget (PGB). Het betreft niet-acute zorg.

Het gros van de jeugdhulp bestaat uit specialistische jeugdhulp, waarbij onderstaande vijf vormen het meeste voorkomen:

1. jeugd-ggz;
2. opvoedhulp (vaak gerelateerd aan complexe scheidingen);
3. hulp aan jongeren met een LVB-problematiek (Licht Verstandelijke Beperking);
4. verslavingsproblematiek;

¹⁰ Op basis van het aantal door SDF aangeleverde zorgaanbieders voor de uitvraag in augustus 2019. Het aantal zorgaanbieders fluctueert licht, omdat nieuwe contracten worden afgesloten en contracten worden beëindigd, zowel door SDF als door de zorgaanbieders zelf.

5. geweld en trauma.

SDF werkt met 4 verschillende trajecten:¹¹

1. Trajecten gericht op herstel met een vaste prijs die in 2 delen worden gedeclareerd (70% bij aanvang en 30% achteraf). Deze worden zonder einddatum toegewezen;
2. Duurzame trajecten met een vaste maandprijs die maandelijks achteraf worden gedeclareerd.
3. Trajecten (duurzaam of herstel) met daarbij een verblijfscomponent, waarbij in elk geval de verblijfscomponent maandelijks achteraf op basis van werkelijk verbruik wordt gedeclareerd. Verblijf wordt eventueel met einddatum toegewezen.
4. Declaratie van Medicatiecontrole vindt maandelijks achteraf op basis van werkelijk verbruik plaats. Medicatiecontrole wordt eventueel met einddatum toegewezen.

Jeugdreclassering en jeugdbescherming worden uitgevoerd door Gecertificeerde Instellingen (GI's) op basis van Rechterlijke Maatregelen (RM's). Onderzoeken op basis waarvan de RM's worden uitgesproken, worden uitgevoerd door de Raad voor de Kinderbescherming (RvdK). De RvdK valt onder het Ministerie van V&J en valt niet te beïnvloeden met gemeentelijk beleid.

3.2 Wat zijn profielen en intensiteiten?

Voor de percelen EED, Pleegzorg en specialistische jeugdhulp is een administratieprotocol opgesteld voor de regio Fryslân.¹² Het protocol beschrijft de wijze waarop het toewijzings- en declaratieproces over jeugdhulp in de regio Fryslân verloopt en welke stappen de jeugdhulpaanbieder daarin moet nemen. Verder staan in dit protocol de afspraken over de verantwoordelijkheden en bevoegdheden rondom zorgtoewijzingen en declaratiegegevens, de wijze van aanlevering en de uiteindelijke betaling van declaraties. In het perceel specialistische jeugdhulp heeft de regio Fryslân 10 profielen benoemd en 9 (in zwaarte oplopende) intensiteiten.

Trajectprijzen worden in de regio Fryslân gehanteerd voor hersteltrajecten in de jeugdhulp.¹³ De profielen en intensiteiten kennen een vaste prijs per traject. Deze prijs staat geheel los van de duur van het traject en betaling vindt in 2 delen plaats. 70% van de totale prijs wordt betaald bij start van het behandeltraject en 30% bij afsluiting na het behalen van de resultaten van het behandeltraject.

3.3 Wie zijn de verwijzers?

Jeugdigen of hun ouders kunnen zichzelf niet aanmelden bij een zorgaanbieder, maar moeten daar naartoe verwezen worden.¹⁴ Instanties die jeugdigen kunnen verwijzen naar de tweedelijnszorg zijn opgenomen in tabel 2. Veruit de meeste verwijzingen worden door

¹¹ Administratieprotocol jeugdhulp 2018 en verder, geraadpleegd via SDF-portal op 3 september 2019.

¹² <https://www.sdfportaal.nl/sites/default/files/2019-07/Administratieprotocol%20jeugdhulp%202018%20en%20verder%20v1.7.pdf>

¹³ exclusief de verblijfscomponent en thuispluscomponent

¹⁴ Tenzij de ouders de kosten voor de zorg zelf willen betalen.

artsen (huisartsen, jeugdartsen, medisch specialisten), en dan vooral huisartsen gedaan. De andere verwijzers met het grootste aantal doorverwijzingen zijn de GI's en de wijkteams. Deze drie verwijzers zijn in deze quickscan nader onderzocht en worden onder de tabel verder toegelicht.

Tabel 2: aantal doorverwijzingen per verwijzer¹⁵

	dec 2018		maa 2019	
	Aantal cliënten	Percentage	Aantal cliënten	Percentage
Huisarts	1.123	44,4%	1.038	44,8%
Amaryllis	383	15,1%	378	16,3%
Gecertificeerde Instelling	356	14,1%	339	14,6%
Jeugdarts	117	4,6%	120	5,2%
Medisch specialist	56	2,2%	48	2,1%
Publieke Dienstverlening	38	1,5%	28	1,2%
Rechter	27	1,1%	20	0,9%
Rechter, OM / Kinderbescherming	3	0,1%	8	0,3%
Publieke Dienstverlening	1	0,0%	1	0,0%
Geen Verwijzer	49	1,9%	101	4,4%
Anders	350	13,8%	218	9,4%
Onbekend	26	1,0%	17	0,7%
	2.104	100,0%	1.980	100,0%

Bron: gemeente Leeuwarden

GI's

De drie grootste GI's in Friesland zijn: De William Schrikker Stichting¹⁶, het Leger des Heils¹⁷ en het Regiecentrum voor Bescherming en Veiligheid¹⁸. Er is een vierde, kleinere verwijzer, het NIDOS. GI's verwijzen vaker dan de andere verwijzers door naar hoogspeciale jeugdhulp. Het gaat om kinderen met complexe problematiek en hoge zorgkosten. GI's kunnen direct doorverwijzen naar tweedelijnszorg.

Huisartsen

Gemeente Leeuwarden heeft ongeveer 65 huisartsen, verspreid over ongeveer 25 huisartsenpraktijken¹⁹. Huisartsen kunnen jeugdigen en hun ouders direct doorverwijzen naar jeugdzorgaanbieders als de huisarts problematiek vermoedt die door de tweedelijns moet worden opgepakt. De huisarts kan ook doorverwijzen naar eerstelijns hulp, bijvoorbeeld een wijkteam.

In totaal 48 huisartsen hebben een praktijkondersteuner huisarts (poh) aan hun praktijk verbonden.²⁰ Een poh is een zorgprofessional met een opleiding op HBO+-niveau, bijvoor-

¹⁵ Tijdens het ambtelijk wederhoor is de tabel toegelicht met de opmerkingen dat de tabel door data-ervulling minder betrouwbaar is, dat Publieke Dienstverlening als verwijzer in de tabel voorkomt door mutaties of conversies en dat 'Anders' vaak dyslexie betreft.

¹⁶ De William Schrikker Stichting begeleidt ongeveer 20% van de casussen en heeft mensen met een licht verstandelijke beperking als primaire doelgroep.

¹⁷ Het Leger des Heils begeleidt ongeveer 10% van de casussen en heeft een christelijke grondslag.

¹⁸ Het Regiecentrum voor Bescherming en Veiligheid begeleidt ongeveer 70% van de casussen.

¹⁹ Project aanpak POH-jeugd, sturing op jeugd en resultaat, april 2019.

²⁰ Sommige poh'ers zijn aan meerdere praktijken verbonden. Er zijn in totaal 12 poh'ers, 3.76 fte.

beeld een verpleegkundige, maatschappelijk werker, orthopedagoog, een orthopedagoog - generalist of een gedragswetenschapper. De poh is gedetacheerd vanuit een zorgaanbieder en wordt betaald door de gemeente Leeuwarden. De poh kan zelf een lichtere problematiek behandelen en/of breder kijken welke instelling passend is voor een doorverwijzing. De ondersteuning bestaat uit een aantal gesprekken waarmee doorverwijzing naar de tweedelijnszorg voorkomen kan worden. Wat de taken van een poh precies zijn en hoe de communicatie en onderlinge doorverwijzing tussen huisarts en poh verloopt verschilt per huisartsenpraktijk. De meeste huisartsen met een poh verwijzen geen, of slechts een enkel kind, zonder consultatie van de poh door naar de tweedelijns zorg. Kennis die de poh opdoet in het andere werk, worden meegenomen naar de huisartsenpraktijk.

De poh'ers zijn niet organisatorisch aan elkaar verbonden, maar er vindt wel elke 6 weken een intervisiebijeenkomst plaats, georganiseerd door de gemeente Leeuwarden.

De huisartsen in de regio Leeuwarden e.o. hebben zich sinds 1 november 2018 georganiseerd in een coöperatie, genaamd Coleo.²¹ Alle deelnemende huisartsen maken budget vrij voor drie huisartsen om het bestuur te vormen. De gemeente Leeuwarden en SDF hebben hiermee een aanspreekpunt binnen de huisartsen gevonden.

Wijkteams

Er zijn negen wijkteams in Leeuwarden. Als een jeugdige en/of de ouders zich meldt bij een wijkteam, onderzoekt het wijkteam de hulpvraag integraal. Dat wil zeggen dat niet alleen de situatie van de jeugdige, maar van het gehele gezin onderzocht wordt. Elk wijkteam heeft de toegang op een eigen manier georganiseerd. Na de toegangsprocedure wordt een sociaal werker aan de casus gekoppeld die met het gezin aan de slag gaat. Het te behalen resultaat wordt bepaald en vastgelegd in een ondersteuningsplan, samen met de jeugdige/ouders. Het opstellen van een ondersteuningsplan is meestal na drie gesprekken klaar, maar het kan ook langer duren, afhankelijk van de complexiteit van de problematiek. Vervolgens wordt bekeken of er expertise moet worden ingeschakeld en of deze expertise vanuit het wijkteam zelf wordt uitgevoerd of dat er (ook) doorverwezen moet worden naar een tweedelijnsorganisatie.

Wijkteams zijn ingedeeld op postcodegebied, zorg is bedoeld voor inwoners van het eigen postcodegebied. Er is één sociaal werker per gezin. Ook de dossiervorming is op gezinsniveau. De sociaal werkers maken gebruik van de Verwijsindex, zodat meteen inzichtelijk is waar in het verleden aan gewerkt is en door wie. Sociaal werkers nemen, indien nodig, contact op met voorgaande hulpverleners voor informatie, maar de meeste informatie komt van de ouders zelf.

Wijkteams voeren overbruggingszorg uit. Als een kind nog niet terecht kan bij de tweedelijns hulp, blijft de sociaal werker met de jeugdige in contact na de doorverwijzing. Ook als het kind al een intakegesprek heeft gehad bij de zorgaanbieder, waarmee de verantwoordelijkheid voor de overbruggingszorg eigenlijk bij de zorgaanbieder ligt. Ook wanneer een kind op een voogd wacht, omdat een RM is opgelegd, voert het wijkteam soms overbruggingszorg uit, ondanks dat de verantwoordelijkheid hiervoor eigenlijk bij de GI ligt.

²¹ Meer dan 35 huisartsenpraktijken in de regio Leeuwarden e.o. hebben zich bij de coöperatie aangesloten. Zie bijvoorbeeld <https://www.rosfriesland.nl/nieuws/oprichting-huisartsencooperatie-leeuwarden-en-omstreken-coleo/>

Directe en indirecte verwijzing

Huisartsen en GI's verwijzen direct door naar een jeugdzorgaanbieder. De jeugdzorgaanbieder stelt vervolgens een ondersteuningsplan op, bepaalt het profiel en de intensiteit van de in te zetten hulp en vraagt een toewijzing aan bij Publieke Dienstverlening. Publieke Dienstverlening wijst toe, waarna met de hulp gestart kan worden. Als een jeugdige door het wijkteam verwezen wordt, stelt het wijkteam het ondersteuningsplan op en bepaalt het benodigde profiel (indirecte verwijzing). De zorgaanbieder bepaalt vervolgens in overleg met het wijkteam de intensiteit van het profiel. Het wijkteam vraagt vervolgens de toewijzing aan bij Publieke Dienstverlening, waarna de zorgaanbieder kan starten met de hulp.

3.4 Wie zijn de zorgaanbieders?

Zorgaanbieders zijn kleine en grote instellingen in het noorden van het land die gecontracteerd zijn door SDF. Deze aanbieders hebben een aanbesteding van vier jaar, in de vorm van 4 maal 1 jaar verlenging van het contract. Een klein aantal zorgaanbieders biedt hulp bij EED, Pleegzorg en/of HSJ. Bijna alle gecontracteerde zorgaanbieders bieden specialistische jeugdhulp aan. De zorgaanbieders bieden meestal meerdere vormen van jeugdhulp aan. Er zijn vijf grote aanbieders van specialistische jeugdhulp: Accare, Kinnik (ggz-Friesland, jeugd), Jeugdhulp Friesland, Reik en Fier.

Crisishulp wordt uitgevoerd door Spoed4Jeugd. *Spoed4Jeugd biedt spoedeisende hulp in crisissituaties die worden veroorzaakt door gedrag- of opvoedproblemen, gezinsproblemen of psychische problemen. Spoed4Jeugd biedt zelf geen hulpverlening, maar is een samenwerking van jeugdzorgaanbieders. Het doel van Spoed4Jeugd is om middels één provinciaal meldpunt zo snel mogelijk de juiste zorg in te zetten.*²² Spoed4Jeugd is een samenwerkingsverband van Regiecentrum Bescherming en Veiligheid (voorheen Bureau Jeugdzorg Friesland), Jeugdhulp Friesland, Kinnik kind en jeugd-GGZ en Reik.

3.5 Het proces van aanmelding, intake, start hulp en stop hulp

GI's en huisartsen verwijzen cliënten rechtstreeks door naar een zorgaanbieder, zonder tussenkomst van een wijkteam of van de gemeente. Wanneer een zorgaanbieder een aanmelding krijgt van een jeugdige via een GI of een huisarts, schat de zorgaanbieder in welk profiel van toepassing is en welke intensiteit nodig is. De zorgaanbieder stelt de te behalen resultaten op.

Als een jeugdige aangemeld wordt door het wijkteam, dan heeft het wijkteam al een onderzoek uitgevoerd en de behaalde resultaten vastgelegd in een ondersteuningsplan. In dat geval kunnen de zorgaanbieders uitsluitend de intensiteit van de hulp bepalen.

Voor elke jeugdige, ongeacht het traject van aanmelding, kan slechts één traject tegelijkertijd lopen.²³ Als meerdere vormen van hulp nodig zijn, zal de zorgaanbieder (de hoofdaannemer) samenwerking zoeken met andere zorgaanbieders (onderaannemer) en onder-

²² <http://www.spoed4jeugd.nl/index.php?page=over>, geraadpleegd 3 september 2019

²³ Hierop zijn uitzonderingen. Voorbeeld van uitzonderingssituaties zijn pleegzorg, verblijf en dyslexie. Hiermee mag wel gestapeld worden.

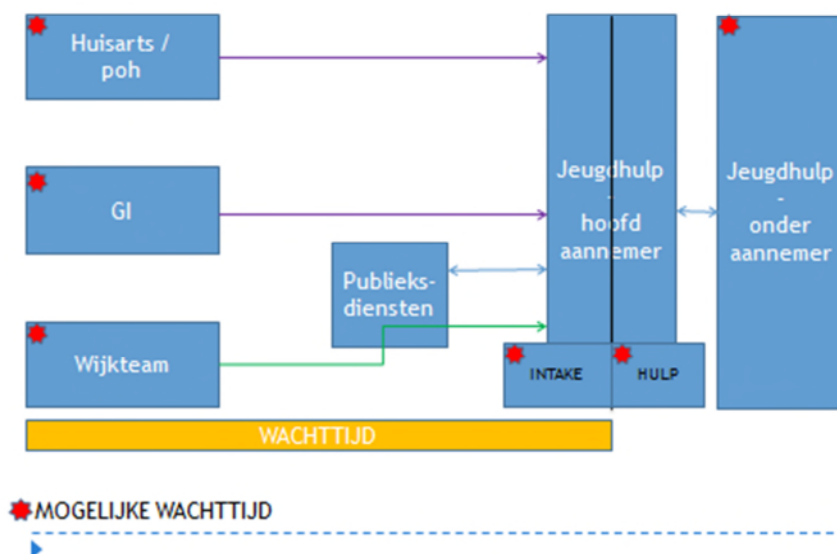
ling afspraken maken over wie welke hulp uitvoert en hoe het budget over de hoofd- en onderaannemer verdeeld wordt.

Als het profiel en de intensiteit zijn vastgesteld, zal de zorgaanbieder een toewijzing vragen aan Publieke Dienstverlening. Publieke Dienstverlening toetst alle aanvragen aan de technische voorwaarden²⁴, maar niet aan inhoudelijke criteria. Als de jeugdige via een GI of een huisarts is doorverwezen, heeft Publieke Dienstverlening ook geen informatie over de inhoud van de zorg. Als de jeugdige via het wijkteam is aangemeld, is meer informatie beschikbaar, maar Publieke Dienstverlening toetst ook dan niet op de inhoud. Als de aanvraag akkoord gevonden wordt, krijgt de zorgaanbieder een toewijzing en kan gestart worden met de hulp. De jeugdige of de ouders krijgen niet standaard een beschikking, maar desgevraagd kan wel een beschikking afgegeven worden.

Zodra de zorgaanbieder daadwerkelijk start met de zorg, kan een startbericht gestuurd worden aan Publieke Dienstverlening. Op dat moment wordt 70% van het bedrag uitbetaald. Niet elke zorgaanbieder stuurt het startbericht wanneer daadwerkelijk met de hulp wordt gestart. Sommige sturen het startbericht direct na de toewijzing, andere na het intakegesprek en weer andere pas wanneer het traject bijna is afgelopen. Het protocol is hierover niet heel duidelijk en er zijn geen consequenties als van het protocol wordt afgeweken.

Als de zorg gestopt wordt, wordt geëvalueerd of de doelen zijn behaald. Als het wijkteam betrokken is bij het kind, wordt de evaluatie gezamenlijk uitgevoerd: de zorgaanbieder, de sociaal werker en de jeugdige met de ouders zelf. Als het een directe doorverwijzing betreft, dan evalueert de zorgaanbieder met de jeugdige en de ouders. Als de doelen behaald zijn, geeft de zorgaanbieder een stopbericht af aan Publieke Dienstverlening en wordt de resterende 30% uitbetaald. Hierop vindt geen inhoudelijke toetsing plaats. Als de zorg tussentijds gestopt wordt, of de doelen zijn niet behaald, dan wordt de resterende 30% niet uitbetaald. De keten van jeugdhulpverlening is samengevat in figuur 1.

Figuur 1: Versimpelde weergave doorverwijzing jeugdhulp



²⁴ Publiekszaken toetst bijvoorbeeld op het woonplaatsbeginsel (woont de jeugdige in Leeuwarden?) en op al lopende trajecten.

Het Jeugd Expertteam (JET)

Gemeente Leeuwarden is recentelijk gestart met het inrichten van een Jeugd Expert Team (JET). Dit team zal op 1 januari 2020 operationeel zijn. Op dat moment vervalt de huidige taak van Publieke Dienstverlening in de keten. Voor alle casussen van de wijkteams waarbij tweedelijns zorg wordt ingezet, zal het JET bepalen welke ondersteuning passend is. Het JET handelt vervolgens het gehele proces van aanvraag, toewijzing en beschikking af. Het JET zal bij afronding van het zorgtraject ook namens het wijkteam aanwezig zijn bij de evaluatie.²⁵ De exacte rol van het JET bij de directe verwijzroute is nog niet vastgesteld, maar gemeente Leeuwarden streeft hierbij naar een grotere, meer inhoudelijke rol voor het JET dan Publieke Dienstverlening op dit moment heeft.

3.6 De definitie van wachttijden en de normen voor wachttijden

Er zijn definities voor wachttijd en wachtlijst in de jeugdhulp opgesteld door het NJI. De definities zijn:²⁶

- Wachttijd: het aantal dagen dat een jeugdige of gezin op hulp wacht.
- Wachtlijst: het aantal jeugdigen of gezinnen dat op hulp wacht.

In 2000 zijn landelijke normen (Treeknormen) opgesteld voor maximale wachttijden voor niet acute zorg. De Treeknormen zijn niet bindend, elke gemeente mag eigen normen vaststellen, maar het opstellen van normen is niet verplicht²⁷. Een van de Treeknormen is dat de tijd tussen het moment waarop iemand belt voor een afspraak en de dag dat hij/zij daadwerkelijk terecht kan maximaal vier weken mag zijn. De Treeknorm voor de wachttijd tussen intake en behandeling is 10 weken²⁸. Het is ook algemeen aanvaard dat er voor acute gevallen binnen 24 uur hulp beschikbaar moet zijn.

In de Notitie wachttijden (zie verder paragraaf 4.2) zijn de definities van het NJI door SDF overgenomen en zijn normen voor de wachttijden opgenomen. In geval van crisis mag aanmelding, intake en verwijzing maximaal 8 uur duren en moet binnen 1 dag met hulp begonnen worden. In geval van urgentie mag het proces van aanmelding, intake en verwijzing en het opstellen van de behandeldoelen maximaal 1 week duren en moet binnen 2 weken begonnen worden met hulp. Bij reguliere, niet acute hulp mag het proces van aanmelding, intake en verwijzing, het opstellen van behandeldoelen et cetera maximaal drie maanden duren en moet binnen 5 maanden gestart worden met het hulpverleningstraject (zie tabel 3).

²⁵ Het JET heeft nog een tweede taak die behandeld wordt in hoofdstuk 4.

²⁶ nji, wacht maar, p. 9

²⁷ nji, wacht maar

²⁸ zie bijvoorbeeld: <http://www.wegvandewachtlijst.nl/>

Tabel 3: normen voor wachttijden in Friesland

Aard van de hulpvraag	proces	proces doorlopen	start zorg	max wachttijd
crisis	aanmelding, intake en verwijzing	8 uur	12 uur	1 dag
urgent	Aanmelding, intake, doelen behandeling of begeleiding, ondersteuningsprofiel en intensiteit	1 week	1 week	2 weken
regulier	Aanmelding, intake, resultatenplan, ondersteuningsprofiel, communicatie met aanbieder en intensiteit	3 maanden	2 maanden	5 maanden

Bron: notitie wachttijden, versie april 2019, SDF

In de werkafspraken van Amaryllis zijn normen voor wachttijden binnen hun deel van de keten vastgelegd (maximaal 4 weken wachttijd tussen aanmelding en eerste gesprek, maximaal 6 weken wachttijd tussen aanmelding en het afronden van het ondersteuningsplan).

Bij Publieke Dienstverlening is een norm vastgelegd voor de afhandeling van aanvragen voor toewijzingen/beschikkingen (10 werkdagen tussen aanvraag en toewijzing bij niet acute zorg).²⁹

In zijn algemeenheid geldt dat gemeenten bij lichtere ondersteuningsvragen een termijn hanteren op basis van de Algemene Wet Bestuursrecht. Gemeenten hebben dan 8 weken om een besluit te nemen op een aanvraag.³⁰ De maximale doorlooptijd van Amaryllis en Publieke Dienstverlening samen valt met 7 weken binnen deze norm.

3.7 Vergelijking van de Treeknormen en het lokale beleid

De Treeknormen stellen dus bij niet acute zorg een maximale wachttijd tussen aanmelding bij de zorgaanbieder en intake van 4 weken en 10 weken tussen intake en start van de behandeling. In totaal 14 weken (ruim 3 maanden). Voor het traject tot aan de aanmelding bij de zorgaanbieder zijn geen Treeknormen opgesteld. In de notitie wachttijden wordt een totale wachttijd van 5 maanden gehanteerd (ongeveer 21 weken), gerekend vanaf het eerste contact tussen verwijzer en jeugdige tot aan de start van de hulp. Aangezien een traject via het wijkteam maximaal 7 weken mag duren³¹, blijft voor het traject tussen aanmelding bij de zorgaanbieder en start behandeling nog minimaal 14 weken over. Het gemeentelijk beleid komt dus nagenoeg overeen met de Treeknormen. Eén en ander is schematisch weergegeven in figuur 2.

²⁹ Notitie wachttijden, april 2019

³⁰ Notitie wachttijden, april 2019

³¹ 6 weken onderzoek door Amaryllis en 1 week administratieve afhandeling door Publieke Dienstverlening

Figuur 2: Normen voor wachttijden

	<i>aanmelding bij verwijzer</i>	<i>aanmelding bij zorgaanbieder</i>	<i>intake</i>	<i>start behandeling</i>
Treeknormen			4 weken	10 weken
Notitie		13 weken		8 weken
Beleid - totaal	7 weken		14 weken	

Het moment waarop de intake plaatsvindt verschilt sterk tussen de verschillende zorgaanbieders.

Om te toetsen van hoeveel zorgaanbieders de wachttijden binnen de Treeknormen vallen, kijken we dan ook niet alleen naar de wachttijd tussen aanmelding bij de zorgaanbieder en intake en de wachttijd tussen intake en start behandeling, maar ook naar de totale wachttijd van 14 weken tussen de aanmelding bij de zorgaanbieder en de start van de behandeling. Deze totale wachttijd sluit ook beter aan bij de wachttijd in het beleid van SDF.

4 Beleid rondom wachttijden in de jeugdhulpverlening

4.1 Landelijk beleid

Er is weinig landelijk beleid rondom wachtlijsten en wachttijden in de jeugdhulp. De landelijke Treeknormen worden algemeen als richtlijn gebruikt, maar ze zijn niet bindend. Elke gemeente mag zelf normen bepalen en ook het vastleggen van normen is niet verplicht. Voor de decentralisaties was er sprake van wachttijden en dat is nog steeds het geval. Wachttijden zijn niet altijd te voorkomen. Het afstemmen binnen de keten om de juiste, integrale, zorg te kunnen bieden kost nou eenmaal tijd.

Sinds de decentralisaties is het niet meer mogelijk om de wachttijden landelijk, regionaal of lokaal te monitoren. Er wordt wel incidenteel onderzoek gedaan naar wachttijden. Het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) publiceerde in 2017 een landelijk onderzoek naar wachttijden waarin geconcludeerd wordt dat het niet mogelijk is om landelijke informatie over wachttijden en wachtlijsten te genereren en dat het ook op gemeentelijk en regionaal niveau moeilijk is om dergelijke informatie te verkrijgen. Omdat inzicht ontbreekt, is het voor gemeenten ook niet mogelijk om op wachttijden te sturen (NJI, 2017).

De Transitie Autoriteit Jeugd (TAJ) publiceert jaarlijks een evaluatie van de transitie in de Jeugdwet. In de laatste rapportage (2018) worden vier ontwikkelingen beschreven die raken aan de wachttijden. Het rapport beschrijft de stand van zaken rond de transitie van de jeugdzorg (vooral op basis van een studie van een zestal jeugdregio's), de mate waarin eerder gedane aanbevelingen zijn opgevolgd en tenslotte schetst het een beeld van de opgave voor de komende jaren (de transformatie). Het rapport rondt af met een aantal aanbevelingen. Het belang van het rapport voor de wachttijden discussie is beperkt. Het vraagstuk van de wachttijden komt vooral aan bod in relatie tot de jeugdbescherming: er wordt gesproken over de zwakke positie van GI's, een gebrekkige samenwerking met andere partijen in de keten van jeugdbescherming. Wel stipt het rapport diverse ontwikkelingen aan die van invloed kunnen zijn op het ontstaan van wachtlijsten en (te) lange wachttijden of leiden tot weinig passende hulp:

1. *De uitvoering van het beleid*

In het beleid zou onvoldoende rekening gehouden worden met specifieke groepen, i.h.b. jeugdigen met complexe, meervoudige beperkingen die doorwerken tot in het volwassen leven.

Dit geldt bijvoorbeeld voor jongeren van wie de kalenderleeftijd niet samenvalt met de leeftijd waarop zij functioneren, alsook voor jongeren met een psychiatrisch ziektebeeld.

2. *Een krappere wordende arbeidsmarkt*

Gemeenten en vooral aanbieders van jeugdhulp kunnen steeds moeilijker mensen krijgen, het verloop onder medewerkers is relatief hoog, het imago van het jeugdstelsel laat te wensen over en er is concurrentie (ook op arbeidsvoorwaarden) met andere (zorg)domeinen. Deze schaarste aan zorgverleners of jeugdbeschermers is extra problematisch omdat, zeker bij zwaardere zorgvormen, tijd nodig is om nieuwe medewerkers in te werken.

3. *Een gebrekkige aansluiting gedwongen kader*

De aansluiting van het gedwongen kader (jeugdbescherming en jeugdreclassering) is essentieel voor het goed functioneren van het jeugdstelsel, maar de aansluiting wordt gehinderd door het feit dat de organisaties in het gedwongen kader (Veilig Thuis, de Raad voor de Kinderbescherming en de GI's) op andere wijze geordend en gepositioneerd zijn.

4. *Financiële druk*

Veel gemeenten zijn bij de jeugdhulp tegen tekorten aangelopen (tegenover bezuinigingen stonden investeringen in wijkteams, toenemende vraag, trage inverteertheitsfactoren). Dat is voor een deel doorberekend naar lagere tarieven voor de diensten van zorgaanbieders of in minder ingekochte trajecten. Bij aanbieders is het onvermijdelijke gevolg dat de investeringsruimte (voor vernieuwing) onder druk staat.

4.2 Lokaal beleid

Ten eerste is er het administratieprotocol dat leidend is voor de gehele administratieve afhandeling van zorgaanvragen. SDF heeft daarnaast een Notitie wachttijden geschreven en het Actieplan 'Zorg voor de Jeugd' (verder genoemd: het Actieplan). Daarnaast is er een aantal pilots en projecten opgestart om op verschillende plaatsen de keten van jeugdhulpverlening te versterken. Het Actieplan en de verschillende projecten en pilots zijn vooral gericht op het verbeteren van de kwaliteit en het verlagen van de kosten van jeugdhulpverlening. Hieronder lichten we het administratieprotocol, de Notitie wachttijden, het Actieplan en de verschillende pilots en projecten kort toe.

Het administratieprotocol

Zorgaanbieders kunnen de meest recente beleidsdocumenten en protocollen voor het aanvragen en declareren van jeugdzorg raadplegen via een digitaal portal. Op het portal is onder andere de meest recente versie van het administratieprotocol vindbaar. In bijlagen zijn de producten, de profiel-intensiteitcombinaties et cetera vindbaar. Het protocol laat hier en daar ruimte om zelf beleid te ontwikkelen. In het kader van de wachttijden is de belangrijkste beleidsruimte voor zorgaanbieders het moment waarop de intake uitgevoerd wordt. Een deel van de aanbieders voert het intakegesprek pas uit als er plek is om in te stromen, dus vlak voor de start van de behandeling. Andere aanbieders plannen zo snel mogelijk na de aanmelding een intake, waarna de jeugdige lang(er) op de behandeling moet wachten. Beide manieren kennen voor- en nadelen voor zowel de jeugdige zelf als voor de gemeente / SDF. Bij een vroege intake wordt ook de eerste 70% vroeg in het traject betaald en volgen er onnodige administratieve handelingen als de jeugdige zich uiteindelijk niet laat behandelen. Het voordeel van een vroege intake is echter dat er meer zicht is op de noodzaak tot overbruggingszorg en dat de jeugdige en de zorgaanbieder door

de intake weten dat de jeugdige op de juiste wachtlijst staat. Late intakes hebben als voordeel dat er minder onnodige administratie plaatsvindt als het probleem zich ondertussen vanzelf oplost en dat de jeugdige, als deze eenmaal aan de beurt is, direct door kan stromen. De motivatie kan bij een late intake echter ook verloren gaan en in het slechtste geval blijkt tijdens de intake dat een jeugdige niet geholpen kan worden bij de zorgaanbieder en komt deze bij een andere zorgaanbieder opnieuw op de wachtlijst. In dat geval is er ook geen overbruggingszorg, tenzij de jongere al in beeld was bij het wijkteam of een poh.

Verder is het administratieprotocol niet heel duidelijk over de overbruggingszorg. Het woord ‘overbrugging’ komt in zowel het administratieprotocol voor specialistische jeugdhulp als voor HSJ niet voor. Ook is er geen productgroep ‘overbruggingszorg’ opgenomen in het protocol, waarmee de overbruggingszorg gefinancierd kan worden.³² Tijdens de interviews is gezegd dat de zorgaanbieder na de intake verantwoordelijk wordt voor eventuele escalaties en overbruggingszorg moet bieden als dat noodzakelijk is. Als een kind verwezen wordt door een GI en/of HSJ nodig heeft, zou er geen of een heel korte wachttijd mogen zijn en is overbruggingszorg dus niet nodig. In de praktijk blijkt echter dat een traject via GI’s soms wel wachttijden kent (zie verder paragraaf 5.1). Tijdens de interviews is gebleken dat de indruk bestaat dat voor sommige kinderen die door een GI verwezen worden of waarvoor HSJ nodig is, geen overbruggingszorg is geregeld. Zorgaanbieders willen de verantwoordelijkheid voor deze kinderen nog niet nemen, omdat er veel risico aan zit en GI’s hebben geen tijd voor overbruggingszorg. De overbruggingszorg komt dan op de schouders van het wijkteam terecht, maar dit zijn zware casussen die hard op de capaciteit drukken. En het vermoeden bestaat (bij wijkteams) dat er nog meer kinderen wachten op HSJ (en een voogd) die niet bij het wijkteam bekend zijn en dus geen enkele vorm van overbruggingszorg ontvangen. Het gaat om weinig kinderen, maar wel om kinderen met veel, complexe problemen die mogelijk kunnen escaleren.

De Notitie wachttijden

De Notitie wachttijden was één van de voorwaarden voor financiering van het Actieplan³³ door het ministerie van VWS. Tijdens het portefeuillehoudersoverleg van de Gemeenschappelijke Regeling is ingestemd met de Notitie wachttijden, versie april 2019, maar de Notitie is nog niet vastgesteld door het bevoegd college van de centrumgemeente en ook nog niet gedeeld met de colleges van de afzonderlijke gemeenten. Tijdens de interviews is gebleken dat de Notitie wachttijden niet bekend is en ook nog niet doorvertaald is naar werkafspraken of protocollen. Het is de bedoeling dat de Notitie breed in de keten van jeugdhulpverlening gebruikt zal worden en een bijlage zal zijn bij alle contracten met zorgaanbieders. Op die manier kan wachttijden ook onderwerp van gesprek worden tijdens contractbesprekingen.

³² Tijdens het ambtelijk wederhoor is opgemerkt dat er desondanks wel mogelijkheden bestaan om overbruggingszorg gefinancierd te krijgen.

³³ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2018/06/13/spelregels-transformatiefonds>

Het doel van de Notitie wachttijden is (wordt) niet zozeer het wegwerken van wachtlijsten of het terugdringen van wachttijden. *‘Perspectief is dat we in Friesland een goed beeld hebben over oorzaken en ernst van wachttijden en op basis van die kennis kunnen verbeteren.’*³⁴ SDF constateert, in het verlengde van het rapport van het NJI, dat het hebben van wachttijden onvermijdelijk is en dat wachttijden ook niet altijd problematisch zijn.

In de notitie wordt voorgesteld om de monitoring kwalitatief in te richten. Er wordt niet voorgesteld om de wachttijden zelf te monitoren.

Het is voor verwijzers niet inzichtelijk hoe lang de wachttijden bij elke zorgaanbieder zijn. Via zorgdomein is wel e.e.a. inzichtelijk, maar zorgaanbieders zijn niet verplicht hun actuele wachttijden inzichtelijk te maken. SDF is wel bezig met het inrichten van een dashboard hiervoor, maar zo ver is het nog niet.

Actieplan ‘Zorg voor de Jeugd’

Het Actieplan is gericht op jeugdhulpvernieuwing, verbetering van de jeugdbescherming en inkoop van specialistische jeugdhulp en monitoring van de transformatieplannen. De doelen zijn kostenbesparing en kwaliteitsverbetering in de jeugdzorg. Het actieplan heeft zes actielijnen. Wachttijden zijn niet in beeld als indicator voor kwaliteit, maar wel onderwerp van gesprek. Voorafgaand aan het opstellen van het actieplan is geen analyse geweest van de aard en omvang van wachttijden. Het actieplan is geschreven voor 2018-2020. Met toestemming van het ministerie van VWS is het tijdpad veranderd naar 2019-2021. Per actielijn in het Actieplan is een werkgroep gevormd. Het Actieplan bevindt zich nog in de oriënterende fase.

Convenant voor HSJ

Een doel van het Actieplan is om een impuls te geven aan de publiek-private samenwerking in de hoogspecialistische jeugdzorg. Hiervoor zijn gesprekken gevoerd met de 7 grootste aanbieders van hoogspecialistische jeugdhulp in het Noorden, hieruit is een convenant (‘handen op elkaar voor onze jeugd’) voortgekomen met als uitgangspunt hoe de kinderen (ca. 250 kinderen in Friesland op jaarbasis) beter bediend kunnen worden. *“We weten dat deze kinderen met residentiële zorg soms niet veel beter worden, maar dat het alternatief ambulante zorg beter en goedkoper is.”* E.e.a. moet landen in contractering. Het convenant is net voor de zomervakantie van 2019 getekend. Het convenant en het Actieplan hebben heel veel raakvlakken, het actieplan gaat over het hele zorglandschap, het convenant richt zich op een kleiner, maar duur deel.

Uit het convenant volgde een plan van aanpak (het Financieel transformatieplan) dat in juni 2019 is afgerond. Dit plan van aanpak is door colleges en bestuurders vastgesteld en als onderlegger gebruikt voor de inkoopstrategie voor hoogspecialistische jeugdhulp. Er wordt nu vanuit de transformatieagenda een ‘servicepunt’ ingericht. Hiervoor is een manager aangesteld die vanuit het actieplan wordt betaald. Alle partijen leveren een expert op het gebied van de jeugdzorg om de toegang tot de HSJ te controleren: is het nodig dat dit kind terecht komt in de residentiële zorg? De gemeente betaalt de faciliteiten. De vernieuwing zit in de samenwerking op de ambulantisering, gezamenlijk een team opzetten waarbij gebruik gemaakt wordt van elkaars expertise.

³⁴ Notitie wachttijden, versie april 2019, p. 1

Jeugdexpertteam

Gemeente Leeuwarden is recentelijk gestart met het inrichten van een *Jeugd Expert Team (JET)*. Het JET zal in januari 2020 operationeel worden. Het JET heeft twee pijlers. De eerste pijler is het toegangsteam en is al behandeld in paragraaf 3.5. De tweede pijler is gericht op het opdoen van kennis over de hele keten van jeugdhulpverlening en wil, m.b.v. onder andere casestudies, knelpunten en *good practises* in de keten blootleggen, waarmee de kwaliteit en de efficiëntie van de keten versterkt kan worden.

De afweging om te komen tot een JET zijn vooral inhoudelijk en financieel van aard. Niet de wachttijden. Wel wordt verwacht dat door de clustering van kennis er een bepaalde visie zal ontstaan waarbij vaker gekozen wordt voor andere aanbieders als blijkt dat die ene voorkeursaanbieder een lange wachttijd heeft. Hierbij moet opgemerkt worden dat ouders ook vaak kiezen voor een zorgaanbieder met een langere wachttijd omdat zij een voorkeur hebben voor een specifieke aanbieder. Ook wordt verwacht dat doordat men dichter bij het contractmanagement staat, er een positieve ontwikkeling zal zijn t.a.v. de wachttijden.

Praktijkondersteuners huisarts (poh's)

Het inzetten van poh's in huisartsenpraktijken kent een positieve ontwikkeling. Er is sprake van een afname van doorverwijzingen van 90% destijds naar 27% nu. Het gaat dan om jeugdigen die zich melden met een hulpvraag bij de huisarts en die nu door de poh zelf kunnen worden geholpen i.p.v. worden doorverwezen naar de 2e lijn. De investering van 6 ton per jaar in de poh's levert zo een besparing op van ca. 1.3 mln bruto, een netto besparing van ruim 7 ton. In het afgelopen jaar zijn er 860 kinderen geholpen door poh's. De inzet van poh's is vanuit kostenperspectief opgestart, maar heeft dus wel direct invloed op het aantal doorverwijzingen en dus ook de wachttijden, zo is de verwachting. Ook als de poh na een gesprek doorverwijst en er is een wachtlijst bij betreffende zorgaanbieder, kan de poh overbruggingszorg bieden. Soms wordt met de hulp van de poh al veel vooruitgang geboekt en blijkt een doorverwijzing niet meer nodig. Poh's zoeken ook contact met scholen in de wijk en worden daarmee zichtbaarder voor leraren en ouders. Gevolg is wel dat het aantal jeugdigen in de tweedelijns zorg zwaardere problematiek kennen en de trajecten langer gaan duren.

Welzijn op recept

Er loopt een pilot in 1 wijk in Leeuwarden: 'Welzijn op recept': Een medewerker van het wijkteam is fysiek 16 uur per week bij de huisarts aanwezig. De eerste resultaten van de pilot zijn hoopgevend: partijen kunnen veel sneller schakelen. De poh handelt de meer medische kant van een casus af, de focus van de sociaal werker ligt vooral op de welzijnsproblematiek.

4.3 Bevindingen over beleid

Het gemeentelijk beleid is vooral gericht op kostenbesparing en op verbetering van de kwaliteit van zorg. Het terugdringen van wachttijden is geen doel op zich. Wel zal het onderwerp van gesprek worden bij alle contractbesprekingen. De Notitie wachttijden is geschreven omdat een dergelijke Notitie voorwaarde was voor financiering van het Actieplan. De belangrijkste reden om het terugdringen van wachttijden lagere prioriteit te geven is dat de wachttijden op dit moment niet als problematisch worden gezien.

Wachttijden zijn geen indicator van beleid en een monitoringssystematiek is niet ingericht. Het is met de gekozen definitie ook niet mogelijk om de wachttijden te monitoren. Het is voor verwijzers niet inzichtelijk hoe lang de wachttijden bij elke zorgaanbieder zijn.

Het gros van de verwijzingen zijn directe verwijzingen, waarvan het merendeel via de huisarts verloopt. Deze route is lastig te beïnvloeden met beleid, omdat huisartsen autonoom opereren. Een poh kan veel verwijzingen opvangen en lijkt zeer succesvol. Met het JET wil de gemeente Leeuwarden meer grip krijgen op de directe verwijzroute.

De afstemming tussen wijkteam en huisarts/poh komt nog maar moeizaam op gang. Gemeente Leeuwarden ziet hierin een taak weggelegd. Met het Coleo is een ingang gevonden bij huisartsen. Huisartsen werken autonoom en bieden vertrouwen aan gezinnen met problemen. Het wijkteam komt in de persoonlijke sfeer van mensen en veel mensen willen dat niet. Daarbij is de route via de huisarts veel sneller.

Wijkteams worden door zorgaanbieders nog regelmatig uitsluitend als procesregisseur gezien, zonder al te veel inhoudelijke kennis. Ondersteuningsplannen worden soms opnieuw gemaakt, beslissingen over de inhoud van het zorgtraject worden zonder tussenkomst van het wijkteam genomen en wijkteams worden niet altijd toegelaten bij de evaluatie van de doelen. Verwijzing naar het wijkteam door huisartsen/poh's en zorgaanbieders is nog minimaal. De pilot 'Welzijn op recept' kan hier een verandering in op gang brengen.

Zowel de inkoopssystematiek als het administratieprotocol als de controle daarop zijn gebaseerd op vertrouwen. De gemeente kan inhoudelijk niet veel invloed en controle uitoefenen. Hierbij komt ook vaak de AVG om de hoek kijken: de gemeente heeft weinig zicht op de inhoud van zorg bij trajecten via de directe verwijzroute. Als er signalen van verkeerd gebruik door aanbieders zijn, door bijvoorbeeld sociaal werkers of medewerkers van Publieke Dienstverlening, dan worden deze doorgegeven aan SDF. Hoe de signalen opgepakt worden, wordt niet teruggekoppeld. De gemeente Leeuwarden zet in op versterking van de samenwerking in de keten om de genoemde problemen op te lossen.

5 Wachttijden in de jeugdhulpverlening

In dit hoofdstuk worden de wachttijden in de jeugdhulp in Friesland behandeld en waar mogelijk worden ook uitspraken over gemeente Leeuwarden gedaan.

5.1 Aard en omvang van de wachttijden

Er wordt niet systematisch gemeten hoe lang de wachttijden zijn en welk deel van de zorgaanbieders wel en niet aan de Treeknormen voldoet. Dat komt in de eerste plaats omdat er geen monitoringssysteem is ingericht om de wachttijden bij zorgaanbieders in kaart te brengen, ook zijn zij niet verplicht om de actuele wachttijden op de website te publiceren. De tweede oorzaak is gelegen in de definitie van wachttijd: het aantal dagen tussen het eerste contact met de verwijzer en de start van de behandeling. Dat eerste contact met de verwijzer wordt niet centraal geregistreerd, waardoor de totale wachttijd volgens de definitie niet in kaart gebracht kan worden, ook niet met behulp van een uitvraag. Zorgaanbieders weten immers meestal niet wanneer het eerste contact tussen jeugdige en verwijzer heeft plaatsgevonden.³⁵ De derde reden is dat de Notitie wachttijden nog niet is vertaald naar protocollen en werkprocessen en nog geen bijlage is bij de contracten met zorgaanbieders (zie verder hoofdstuk 4). Er zijn dus nog geen formele afspraken over wachttijden gemaakt met zorgaanbieders. Het was voor deze quickscan dan ook niet mogelijk om enigszins geautomatiseerd inzicht te krijgen in de wachttijden, en ook niet in hoe de wachttijden zich door de jaren heen ontwikkeld hebben.

Om toch iets te weten te komen over de aard en omvang van wachttijden, is tijdens interviews gevraagd of en zo ja, waar er sprake is van (problematische) wachttijden. Daarnaast zijn alle zorgaanbieders in Friesland benaderd met een uitvraag om de actuele wachttijden aan de onderzoekers door te geven.

5.1.1 Wachttijden bij verwijzers

In de interviews is gevraagd of er wachttijden zijn bij de verwijzers: GI's, huisartsen/poh's en wijkteams.

³⁵ In de notitie wachttijden wordt ook geconstateerd dat wachttijden niet systematisch in kaart gebracht kunnen worden.

GI's

Bij de GI's mogen geen wachtlijsten zijn, maar uit het vooronderzoek en de interviews is gebleken dat er wel problemen zijn in de directe verwijzroute via de GI's. Ten eerste is er een wachtlijst bij de Raad voor de Kinderbescherming (RvdK) die de onderzoeken uitvoert op basis waarvan een RM wordt opgelegd. De wachttijd bedraagt momenteel ongeveer 3 maanden. Achterliggende oorzaak is een reorganisatie bij de RvdK, die landelijk voor wachtlijsten heeft gezorgd. Dat betekent dat een jeugdige al drie maanden op een wachtlijst kan staan, voordat een rechter bepaalt dat de jeugdige een voogd nodig heeft. Vervolgens wordt de jeugdige bij een GI aangemeld die een voogd aan de jeugdige koppelt. Ook de GI's kampen met een wachtlijst, omdat er te weinig voogden beschikbaar zijn. Als de jeugdige een voogd toegewezen heeft gekregen, kan de voogd van start gaan met het inventariseren van de benodigde hulp en daarbij een zorgaanbieder inschakelen. Omdat een aantal zorgaanbieders ook wachttijden heeft, kan de jeugdige hier opnieuw op een wachtlijst terecht komen. Het gaat om relatief weinig jeugdigen die met deze problematiek te maken hebben, maar wel om jeugdigen met zeer ernstige problematiek en verhoogde kans op escalaties.

Wijkteams

De wachttijd bij wijkteams mag maximaal 4 weken zijn. Een aantal wijkteams in Leeuwarden heeft soms wachttijden die langer zijn dan 4 weken. De werkvoorraad wordt gemonitord en gezinnen met kinderen hebben voorrang, waardoor de wachttijd voor jeugdigen binnen de 4 weken blijft. De norm van 6 weken tot een ondersteuningsplan wordt wel eens overschreden, vaak door de complexiteit van de casus en/of de afhankelijkheid van derden.

Huisartsen / poh's

Uit de interviews is gebleken dat er geen sprake is van wachttijden bij de huisartsen of de poh's, incidenteel is er een korte wachttijd bij de poh van 2 weken.

5.1.2 Wachttijden bij Publieke Dienstverlening

Als een jeugdige door een verwijzer aangemeld wordt bij een zorgaanbieder, moet eerst een toewijzing gevraagd worden bij de gemeente via Publieke Dienstverlening. Publieke Dienstverlening heeft incidenteel een korte wachttijd, maar meestal worden alle aanvragen afgehandeld binnen 2 weken. Door de overige geïnterviewden worden uiteenlopende wachttijden bij Publieke Dienstverlening gemeld van 2 tot 6 weken. Momenteel lijken er geen wachttijden te zijn bij Publieke Dienstverlening.

5.1.3 Wachttijden bij zorgaanbieders

In deze quickscan naar de wachttijden is onderscheid gemaakt naar de verschillende percelen waarop jeugdhulp aangeboden wordt: specialistische jeugdhulp (niet acute hulp), Ernstige Enkelvoudige Dyslexie (EED), Pleegzorg, Hoogspecialistische jeugdhulp (HSJ) en Crisis.

Specialistische jeugdhulp

Uit de interviews komt een wisselend beeld naar voren over wachttijden in de specialistische jeugdhulp in Leeuwarden. Tijdens het vooronderzoek en in de interviews worden wel wachttijden genoemd voor de specialistische jeugdhulp, maar deze worden over het algemeen niet als problematisch ervaren. Hierop zijn drie uitzonderingen: hulp aan jeugdigen

met een licht verstandelijke beperking, hulp voor kinderen met een echtscheidingsproblematiek (KKE) en hulp met verblijf. Voor jeugdigen met een LVB-problematiek wordt vooral doorverwezen naar Reik. Op de website van Reik is geen informatie te vinden over de actuele wachttijden. Voor KKE wordt vooral doorverwezen naar Jeugdhulp Friesland, ook op deze website is geen informatie te vinden over huidige wachttijden. Hulp met verblijf gaat over alle intramurale zorg en wordt door grotere en kleinere aanbieders uitgevoerd.

Met behulp van de uitvraag is een beeld ontstaan van het aantal zorgaanbieders dat wachttijden heeft die de Treeknormen overstijgen. In tabel 4 zijn de wachttijden opgenomen voor verschillende producten binnen de specialistische jeugdhulp.

In tabel 4 zijn drie wachttijden opgenomen: de wachttijd tussen aanmelding bij de zorgaanbieder en intake (WT1), de wachttijd tussen de intake en de start van de zorg (WT2) en de totale wachttijd (WT1 + WT2).

De wachttijden zijn gebaseerd op zelfrapportage door 65% van de jeugdzorgaanbieders in Friesland (zie H1.3).

Tabel 4: wachttijden specialistische jeugdhulp

Productgroep	Aantal aanbieders	% WT1* binnen Treeknorm	% WT2** binnen Treeknorm	% WT_tot*** binnen Treeknorm	gem WT_tot in weken
Jeugd-ggz	79	76%	94%	91%	6.1
opvoedhulp / hulp bij echtscheidingsproblematiek	91	88%	98%	98%	4.0
Licht Verstandelijke beperking	58	90%	97%	95%	4.4
Verslaving	12	83%	75%	75%	6.1
Geweld en trauma	36	83%	91%	94%	4.5
Overige hulpverlening	63	87%	91%	89%	6.6

*WT1: Wachttijd tussen aanmelding bij de zorgaanbieder en de intake (Treeknorm = 4 weken)

**WT2: Wachttijd tussen intake en start hulpverlening (Treeknorm = 10 weken)

***WT_tot: Wachttijd tussen aanmelding bij de zorgaanbieder en start hulpverlening (Treeknorm en norm Notitie wachttijden = 14 weken)

Bron: uitvraag augustus 2019

Uit tabel 4 blijkt dat de meeste zorgaanbieders wachttijden hebben die binnen de Treeknormen vallen. De gemiddelde totale wachttijd van alle zorgaanbieders die aan de uitvraag hebben meegewerkt varieert tussen 4.0 en 6.6 weken, afhankelijk van het soort hulp. Wanneer we naar de verdeling van de wachttijden kijken, zien we dat voor alle productgroepen de helft tot tweederde van de zorgaanbieders een totale wachttijd heeft van maximaal 4 weken. De hogere gemiddelde wachttijd wordt verklaard doordat een klein aantal zorgaanbieders lange wachttijden heeft doorgegeven.

Uit de interviews is gebleken dat hulp bij lvb-problematiek en bij echtscheidingsproblematiek problematische wachttijden kent. Opvallend is dan dat er veel aanbieders zijn in Friesland die (ook) hulp bij lvb-problematiek en bij opvoed- en echtscheidingsproblematiek bieden en waar geen wachtlijsten zijn. Uit tabel 5 blijkt dat 91 van de 171 aanbieders die de uitvraag hebben ingevuld (ook) hulp bij opvoed- en echtscheidingsproblematiek biedt, dat een derde van deze aanbieders een totale wachttijd van 0 weken heeft en dat 71% een totale wachttijd van maximaal 4 weken heeft. 58 aanbieders die de uitvraag hebben ingevuld bieden (ook) hulp bij lvb-problematiek. Ook hier geldt dat ruim een derde van hen geen wachttijd heeft en ruim tweederde een totale wachttijd van maximaal 4 weken.

Uit de antwoorden op de open vragen over de oorzaken van wachttijden (zie verder paragraaf 3.3) blijkt dat veel zorgaanbieders de indruk hebben dat er lange wachttijden zijn bij de vijf grote aanbieders. Op de websites van drie van de vijf grote aanbieders vallen de actuele wachttijden in te zien. Jeugdhulp Friesland heeft in het kwaliteitsbeleid³⁶ opgenomen dat de wachttijden op de website gepubliceerd worden, maar deze zijn niet vindbaar. In tabel 5 zijn de actuele wachttijden voor jeugd-ggz opgenomen.

Tabel 5: wachttijden 5 grote aanbieders - Jeugd-ggz

Productgroep	WT1*	WT2**	WT_tot***	WT_tot <= 14 weken
Accare (locatie Leeuwarden)	8	2	10	ja
Kinnik	4	4	8	ja
Jeugdhulp Friesland	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.
Reik	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.
Fier	24	5	29	nee

WT1: wachttijd tussen aanmelding en intake in weken

WT2: wachttijd tussen intake en start hulp

WT_tot: optelling van WT1 en WT2

Bron: websites aanbieders³⁷

Uit de tabel blijkt dat de wachttijden bij twee van de vijf grote aanbieders (Accare en Kinnik) weliswaar binnen de Treeknormen blijven, maar toch aanzienlijk langer zijn dan de gemiddelde wachttijd die uit de uitvraag naar voren is gekomen (6.1 weken, zie tabel 4). De wachttijd tussen aanmelding en intake bij Fier (24 weken voor jeugd-ggz) is veel langer dan de Treeknorm van 4 weken.

Ernstige Enkelvoudige Dyslexie (EED), Pleegzorg en Hoogspecialistische Jeugdhulp (HSJ)

Uit de interviews komt geen eenduidig beeld naar voren over wachttijden bij EED. De respondenten melden wachttijden die uiteenlopen van 'geen wachttijden' tot '3 maanden'. Aan de uitvraag hebben vier aanbieders van EED meegewerkt. De kortste totale wachttijd voor EED die gemeld wordt, is 5 weken tussen aanmelding en start van de hulp, de langste

³⁶ <https://jeugdhulpfriesland.nl/media/documenten/bibliotheek/kwaliteitsstatuut.pdf>

³⁷ <https://www.accare.nl/professionals/verwijzen/wachttijden-per-locatie/>, geraadpleegd 2 september. <https://www.ggzfriesland.nl/over-ons/praktische-informatie/actuele-wachttijden-ggz-friesland>, geraadpleegd 2 september.

wachttijd is 14 weken. De gemiddelde wachttijd van deze vier aanbieders is 8.8 weken (zie tabel 6).

Tabel 6: wachttijden EED

Productgroep	Aantal aanbieders	% WT1* binnen Treeknorm	% WT2** binnen Treeknorm	% WT_tot*** binnen Treeknorm	gem WT_tot in weken
EED	4	25%	100%	100%	8.8

*WT1: Wachttijd tussen aanmelding bij de zorgaanbieder en de intake (Treeknorm = 4 weken)

**WT2: Wachttijd tussen intake en start hulpverlening (Treeknorm = 10 weken)

***WT_tot: Wachttijd tussen aanmelding bij de zorgaanbieder en start hulpverlening (Treeknorm en norm Notitie wachttijden 14 weken)

Er zijn geen signalen over problematische wachttijden in de pleegzorg. Een traject tot een goede plaatsing kan wel wat tijd kosten, omdat een pleegzorgtraject erg ingrijpend is voor alle betrokkenen. Vier aanbieders van pleegzorg hebben de meegewerkt aan de uitvraag. De totale wachttijden van aanmelding tot start pleegzorg lopen uiteen van 1 tot 8 weken. De gemiddelde wachttijd van deze vier aanbieders bedraagt 4.0 weken (zie tabel 7).

Tabel 7: wachttijden Pleegzorg

Productgroep	Aantal aanbieders	% WT1* binnen Treeknorm	% WT2** binnen Treeknorm	% WT_tot*** binnen Treeknorm	gem WT_tot in weken
Pleegzorg	4	100%	100%	100%	4.0

*WT1: Wachttijd tussen aanmelding bij de zorgaanbieder en de intake (Treeknorm = 4 weken)

**WT2: Wachttijd tussen intake en start hulpverlening (Treeknorm = 10 weken)

***WT_tot: Wachttijd tussen aanmelding bij de zorgaanbieder en start hulpverlening (Treeknorm en norm Notitie wachttijden 14 weken)

Bij HSJ mogen geen wachttijden zijn. Tijdens de interviews zijn wisselende signalen over HSJ gehoord: er zouden geen problematische wachttijden binnen HSJ zijn, maar er is wel een actielijn uitgezet om de kwaliteit van HSJ en de afstemming binnen de keten van HSJ te verbeteren (zie verder hoofdstuk 4).

Crisis

Bij crisis mag de wachttijd niet langer zijn dan 24 uur en uit de interviews is gebleken dat in crisissituaties ook binnen 24 uur gehandeld wordt. De wachttijd voor crisis is niet gevraagd in de uitvraag, omdat crisis door Spoed4Jeugd wordt uitgevoerd, wat een samenwerkingsverband is tussen verschillende jeugdzorgaanbieders.

5.2 Oorzaken van de wachttijden

In de uitvraag is aan de zorgaanbieders gevraagd ‘*Wat zijn volgens u de belangrijkste oorzaken van de wachttijden?*’ Zorgaanbieders hebben oorzaken genoemd voor wachttijden in de eigen organisatie. Zorgaanbieders die zelf geen wachttijden hebben, hebben geen oorzaak genoemd of noemen oorzaken voor wachttijden op andere plaatsen in de keten. De

oorzaken die zorgaanbieders noemen zijn terug te brengen tot onderstaande categorieën (zie tabel 8).³⁸

Tabel 8: oorzaken van wachttijden volgens zorgaanbieders.

Oorzaak van wachttijden	Aantal zorgaanbieders	% van zorgaanbieders
Onvoldoende capaciteit bij de zorgaanbieder zelf.	36	21%
Gebrekkige afhandeling bij de gemeente, afgifte toewijzingen en indicaties, stagnatie bij Gebiedsteams.	29	17%
Toegenomen vraag, complexere casussen.	19	11%
Te grote administratieve druk op de organisatie.	17	10%
Onvoldoende gekwalificeerd personeel beschikbaar.	15	9%
Te veel doorverwijzingen naar preferente aanbieders.	11	6%
Gebrekkige afstemming in de keten / aanbieders onderling. Hoofd- en onderaannemerschap.	11	6%
Onvoldoende aanbieders in de markt (gecontracteerd).	6	4%

Verder wordt door de zorgaanbieders ‘samenvoegen van agenda’s’ nogal eens genoemd: jeugdige kunnen alleen na schooltijd, ouders moeten ook kunnen en wellicht ook andere partijen in de keten (GBT/Wijkteam of verwijzer). Maar het kan ook zijn dat intern agendaproblemen zijn, dat wordt niet altijd duidelijk.

In de interviews is ook gevraagd naar mogelijke oorzaken van de wachttijden. De oorzaken die in interviews zijn genoemd zijn, zijn vergelijkbaar met de oorzaken die zorgaanbieders noemen. Een opvallend verschil is echter de administratieve afhandeling van aanvragen bij de back-office. Tijdens de interviews is dit probleem amper naar voren gekomen, echter noemen 29 zorgaanbieders dit probleem expliciet. Mogelijke verklaring hiervoor is dat de administratieve problemen bij de indicatiestelling vooral in andere gemeenten dan in Leeuwarden spelen.

Op basis van de interviews en de verhalen die geschreven zijn door de zorgaanbieders, kunnen we de oorzaken voor de wachttijden verder toelichten.

Onvoldoende capaciteit bij de zorgaanbieder

Zodra een jeugdige zich meldt, moet een geschikte en beschikbare behandelaar gevonden worden. Deze is niet altijd (direct) voorhanden. De vraag is soms groter dan het aanbod binnen een organisatie.

Zoals ook tijdens de interviews bleek, speelt het probleem van doorstroom vooral bij jeugdhulp met verblijf. Er zijn onvoldoende plekken om naar toe te stromen, trajecten duren lang en de problematiek wordt steeds complexer, omdat de lichtere problematiek al eerder opgepakt wordt.

³⁸ Alle gegeven antwoorden zijn opgenomen in bijlage 6.

Illustraties bij Onvoldoende capaciteit bij zorgaanbieders

Bij ons m.b.t. wonen moet er maar net plek zijn. Op dit moment zitten we vol waarbij er nog een kind komt. Er lopen meerdere aanvragen en dat betreft dan heftige kinderen die ik niet zomaar kan plaatsen.

-

We hebben op dit moment geen plekken beschikbaar en er is veel vraag naar plek. De doorstroom gaat niet zo snel omdat het permanente plekken zijn.

Bron: uitvraag zorgaanbieders

Gebrekkige afhandeling bij de gemeente, afgifte toewijzingen en indicaties, stagnatie bij Gebiedsteams.

Eén op de zes zorgaanbieders die hebben meegewerkt aan de uitvraag noemt de afhandeling van de aanvragen door de back-office als een oorzaak van langere wachttijden. Tijdens de interviews is gebleken dat zorgaanbieders verschillend omgaan met een eventuele vertraging in de toewijzing of beschikking door de back-office. Veel zorgaanbieders beginnen met de hulp voordat de toewijzing of beschikking er is, andere zorgaanbieders vinden dit (te) risicovol en wachten met de start van de hulp op de toewijzing. Als de jeugdige immers geen recht heeft op de hulp, omdat er bijvoorbeeld al een ander traject loopt, of op basis van het woonplaatsbeginsel, dan krijgt de zorgaanbieder de tot dan toe geboden hulp niet vergoed. Het vermoeden bestaat dat dit probleem vooral in andere gemeenten dan gemeente Leeuwarden speelt.

Illustratie bij Gebrekkige afhandeling door back-office en Gebrekkige afstemming in de keten

1. Het komen tot goede afspraken met verwijzers over wat er nodig is 2. Afgegeven bepaling wordt ter discussie gesteld door de gemeente 3. Na indienen JW315 blijkt dat er een andere partij al zorg verleent en moet er onderaannemerschap worden afgesproken hetgeen tot veel vertraging en discussie leidt. 4. verkeerde indicatie wordt afgegeven. 5. vaak tgv slechte bereikbaarheid van betrokken partijen zoals gebiedsteams / voogden.

Bron: uitvraag zorgaanbieders

Toegenomen vraag, complexere casussen

Omdat veel lichtere problematiek al eerder in de keten opgepakt worden (door gebiedsteams, wijkteams en poh's), is het aandeel complexe problematiek groter dan voorheen. Complexe problematiek leidt tot langere trajecten en dus kleinere uitstroom.

In de interviews en door de zorgaanbieders zelf worden ook maatschappelijke ontwikkelingen genoemd die tot meer vraag leiden: een toenemend aantal (v)echtscheidingen, problematiseren van normaal gedrag en eerder hulp vragen door ouders, omdat hulp zichtbaarder is georganiseerd. Ook komt er meer aanbod via het onderwijs. Enerzijds omdat hulpverlening ook in het onderwijs zichtbaarder aanwezig is, anderzijds omdat de druk op leerkrachten vanwege het 'passend onderwijs' zo hoog is geworden, dat zij doorverwijzing nog als enige oplossing zien. Als laatste wordt het toenemend aantal verwijzingen door huisartsen genoemd. Huisartsen hebben slechts 10 minuten tijd om een jeugdige te spreken en kan moeilijk inschatten of gedrag van de jeugdige door de ouders geproblematiseerd wordt en kan ook de omgeving van de jeugdige niet in kaart brengen. Er wordt door huisartsen veel doorverwezen naar tweedelijns hulp, terwijl eerstelijns hulp door een wijkteam, die de het hele gezin bij de hulpverlening betreft, in veel gevallen wellicht passender zou zijn.

Illustraties bij Complexere casussen, Te weinig aanbieders en Gebrekkige afhandeling bij de back-office

Capaciteitsprobleem in mijn hoog-specialistische segment. Vertraagde afgifte wel toegezegde beschikking, wel een 'ja', niet een document. Toenemende complexiteit van problematiek, veel multi-probleem en handelingsverlegenheid dus meer ingewikkelde en langere trajecten.

-

[...] er spelen twee problemen: A. de gemeenten hebben de zorg meer naar voren verplaatst. Hierdoor komen er meer mensen in zorg dan vroeger. Vooral wat we vaak aanduiden als 'zorgmijders': gezinnen met complexe problematiek. Hierdoor is de vraag in het specialistische segment toegenomen. Dit is inherent aan de transitie, de beweging naar voren en inzetten op preventie. B: organisatie van de inkoop, via 3 aspecten: 1. Een vrijwel drempelloos aanbod waarbij ook heel lichte problematiek voor hulpverlening in aanmerking komt; 2. Het streven van veel gemeenten heel korte wachttijden toe te passen ook voor lichte problematiek; 3. amper toelatingscriteria voor zorgaanbieders. Via combinatie van deze 3 is er amper een rem op groei van aanbod en (dat creëert) vraag.

Bron: uitvraag zorgaanbieders

Te grote administratieve druk op de organisatie.

Ook is een aantal keer te lezen dat kleinere aanbieders die geen wachtlijsten hadden gestopt zijn, omdat het door de administratieve druk niet meer te doen is om een kleine praktijk te hebben. Er gaat te veel tijd in overhead zitten.

Illustratie bij Te grote administratieve druk op de organisatie

Ik werk vanuit verschillende regionale contracten, de administratie voortkomend uit het werken met gemeenten en het voortdurend aanleveren van gegevens en aanwezig zijn bij bijeenkomsten kosten enorm veel tijd. Bij mij als eenmanspraktijk gaat 1/3 van mijn tijd zitten in administratie voor gemeente, contact gemeentes en bijeenkomsten. Het is gigantische en iedereen wil het anders en vraagt iets anders. Voor de jeugdhulp zou het fijn zijn als er één landelijke werkwijze komt voor alle gemeenten/regio's en een administratieve lastenvermindering. Buiten het feit dat er wachtlijsten ontstaan vanwege alle verplichtingen en dat iedere gemeente/regio het op zijn eigen manier wil wat veel tijd kost, levert alles zoveel stress op, dat ziekte of uitval op de loer ligt. En dat zou alleen maar meer wachttijd betekenen. Veel eenmanspraktijken stoppen vanwege de enorme administratieve last. Ik kan me deze beslissing goed voorstellen.

-

Bron: uitvraag zorgaanbieders

Onvoldoende gekwalificeerd personeel beschikbaar.

Zowel tijdens de (voor)interviews als in de uitvraag komt de beschikbaarheid van voldoende gekwalificeerd personeel naar voren als oorzaak voor wachttijden. Eén op de 11 zorgaanbieders noemt deze oorzaak. Het verloop van personeel is groot en het aanbod is schaars, vooral het aanbod van regiebehandelaren in het algemeen en van GZ-psychologen en psychiaters in het bijzonder.

Illustraties bij Onvoldoende gekwalificeerd personeel

Tekort aan kwalitatief goed en ervaren collega's. Veel vraag naar begeleiding in complexe situaties.

-

Personeelstekorten, zeer moeilijk om gz psychologen en jeugdpsychiaters te vinden

Bron: uitvraag zorgaanbieders

Te veel doorverwijzingen naar preferente aanbieders.

Verwijzers maken (te) veel gebruik van een beperkt aantal aanbieders. Dit probleem wordt vooral genoemd bij de route via de huisarts. De huisartsen zorgen voor ongeveer 45% van het aantal doorverwijzingen naar de tweedelijnszorg. Veel mensen prefereren een doorverwijzing via de huisarts omdat het sneller gaat, maar ook omdat de huisarts een bepaald vertrouwen uitstraalt: de huisarts komt niet in de persoonlijke sfeer van gezinnen, zoals het wijkteam dat wel doet. Huisartsen zijn niet op de hoogte van de volledige sociale kaart en hebben tijdens een consult onvoldoende tijd en mogelijkheden om de actuele wachttijden bij zorgaanbieders in kaart te brengen. (Terug)verwijzing naar het wijkteam door huisartsen/poh's en zorgaanbieders is nog minimaal. Maar ook ouders willen soms per se naar een bepaalde aanbieder vanwege mond-tot-mond reclame, ook als de wachttijden daar langer zijn dan bij vergelijkbare zorgaanbieders. Een poh kan hier veel betekenen, die heeft een uitgebreide kennis van de sociale kaart en kan een jeugdige vanuit ervaring de beste zorgaanbieder aanbevelen. De gemeente Leeuwarden heeft verder nog beperkte mogelijkheden om huisartsen te beïnvloeden. Huisartsen opereren autonoom en de afstemming tussen wijkteams en huisartsen/poh's komt nog maar moeizaam op gang. Huisartsen hebben zichzelf sinds november 2018 georganiseerd in een coöperatie, genoemd Coleo. Het Coleo kan een ingang tot huisartsen gaan bieden.

Illustraties bij Doorverwijzingen naar preferente aanbieders

Voor ons als kleine organisatie het hebben van te weinig capaciteit. Daarnaast is de kennis van de sociale kaart bij verwijzers niet aanwezig. Er zijn honderden gecontracteerde aanbieders voor de Jeugdwet dus in principe voldoende plek. Alleen worden deze aanbieders door verwijzers niet gevonden. Misschien omdat ze alleen kijken naar de grote aanbieders waarvan verwijzers hopen dat zij kwalitatief goede zorg leveren?

-

Niet doorverwijzen naar andere hulpverleners/ zorgaanbieders. Zelf heb ik afspraken met collega-therapeuten zodat ik bij volle caseload door kan verwijzen naar dezelfde vorm hulpverlening

Bron: uitvraag zorgaanbieders

Gebrekkige afstemming in de keten / aanbieders onderling. Hoofd- en onderaannemerschap.

Het hoofd- en onderaannemerschap kan resulteren in langere wachttijden. Het totstandbrengen van de contracten vergt afstemming en samenwerking. In de interviews is naar voren gekomen dat niet alle zorgaanbieders optimaal gebruik maken van het hoofd- en onderaannemerschap of zelfs weigeren om onderaannemer te zijn. Zorgaanbieders worden voor het resultaat, en dus voor de bekostiging, afhankelijk van andere zorgaanbieders en dat brengt een risico met zich mee. Het hoofd- en onderaannemerschap kan leiden tot betere samenwerking, afstemming en innovatie en bijdragen aan de transformatie, maar in de praktijk blijkt dit nog maar moeizaam op gang te komen. Naast het genoemde gebrek aan onderling vertrouwen, is er ook te weinig tijd om aandacht te besteden aan goed relatiesmanagement. Hoofd- en onderaannemerschap komt nu vooral tot stand doordat een sociaal werker van een wijkteam en een huisarts beiden verwijzen. De zorgaanbieders zien zich dan voor een voldongen feit staan en moeten wel een hoofd- en onderaannemerschap aangaan om de jeugdige te kunnen behandelen. Het komt maar zelden voor dat een hoofdaannemer een onderaannemer inhuurt voor een onderdeel van de behandeling.

De gewenste transformatie komt nog maar moeizaam op gang, zorgaanbieders werken nog altijd voornamelijk aanbodgericht. De samenwerking tussen verwijzers en zorgaanbieders blijkt ook niet optimaal te verlopen. Een aantal zorgaanbieders heeft weinig vertrouwen in

de professionaliteit van de sociaal werkers in de wijkteams/gebiedsteams en beginnen bij een doorverwijzing opnieuw met de intake, zonder op het ondersteuningsplan van het wijkteam te vertrouwen. Niet alleen leidt dit tot langere doorlooptijden, maar het zorgt ook voor onderlinge wrevel.

Illustratie bij Gebrekkige afstemming in de keten en Te grote administratieve druk

Administratieve lasten, met name het berichtenverkeer, de uitvragen (SDF, CBS, CIBG) en het afsluiten van contracten voor hoofd- en onderaannemerschap. Het proces van Verzoek om toewijzing t/m einddeclaratie vergt zoveel stappen dat er onderweg snel iets mis kan gaan. [...] Het is bij een probleem een hele puzzel waar het misgaat: bij gemeentelijke toegang, bij Vecozo of bij het EPD dat bij wijzigingen steeds weer aangepast moet worden en foutmeldingen geeft als er ergens in de keten iets mis gaat. De tijd om deze problemen uit te zoeken en op te lossen is kostbaar, want deze tijd kan niet gebruikt worden voor behandeling, voor het verbeteren van het welzijn van een kind, onze core-business. Het hoofd- en onderaannemerschap heeft zijn goede kanten, maar vergt veel tijd, maar laat de wachttijd oplopen. Als kleine praktijk zijn wij om deze reden terughoudend in het afsluiten van contracten met andere specialistische jeugdhulp. De extra werkzaamheden, voortvloeiend uit bovenstaande, hebben ons doen besluiten om een secretaresse in dienst te nemen die e.e.a. uit kan zoeken bij stagnatie in het berichtenverkeer en het proces van evt contractering kan uitvoeren, alsook de uitvragen kan doen. Dit vergt overleg en brengt kosten met zich mee, maar doet de wachttijd verkorten. Andere oorzaken: afstemming met gebiedsteam als betrokken partij, overname cliënten van andere praktijken die tgv de huidige administratielasten zijn gestopt met jeugd-ggz en (multidisciplinair) overleg/scholing.

Bron: uitvraag zorgaanbieders

Onvoldoende aanbieders in de markt (gecontracteerd).

Voor een aantal specifieke hulptrajecten zijn onvoldoende aanbieders in de markt. Het gaat dan vooral om hulp aan mensen met een lvb-problematiek en huisvesting voor jeugdhulp met verblijf. Jongeren die in verblijf zitten kunnen op hun 18de niet zomaar uitstromen. Zij blijven begeleiding nodig hebben. Het aantal gezinshuizen is onvoldoende. Ook doorstroom naar sociale huurwoningen gaat lastig vanwege een schaarste op de woningmarkt. Verder is ondersteuning aan kinderen in een vechtscheidings situatie onvoldoende beschikbaar.

Illustratie bij Onvoldoende aanbieders en preferente aanbieders

Mogelijk sluiten het aanbod en de vraag in Friesland momenteel nog niet goed op elkaar aan. Er zijn veel zorgaanbieders, maar bij alle GGZ, zowel instellingen als vrijgevestigd, zijn de wachttijden lang. Als onze wachttijd erg lang is, geven we advies waar elders, maar vaak lukt het daar ook niet eerder. Voor bepaalde klachten en problemen is het specialisme van de GGZ wel nodig, is het andere aanbod van zorg niet toereikend (vaak werken we wel samen met elkaar, ieder vanuit zijn specialisme). Veel van onze cliënten kiezen bewust voor een kleine praktijk, met korte lijnen en een meer persoonlijke aanpak (vaak ook op advies van iemand uit hun netwerk). Zelfs als ze elders een paar weken eerder terecht kunnen, kiezen ze dan bewust om bij ons langer te wachten. *Bron: uitvraag zorgaanbieders*

5.3 Gevolgen van de wachttijden

In de uitvraag is aan de zorgaanbieders gevraagd: *“Wat zijn volgens u de belangrijkste gevolgen van de wachttijden?”* Het meest genoemd is een verergering of verzwaring van de problematiek. Daarvan zien de zorgaanbieders ook een aantal gevolgen:

- De problematiek kan dusdanig verergeren dat er een crisis ontstaat;
- Omdat jeugdigen binnen komen met een zwaardere problematiek, duurt de behandeling langer en lopen de wachttijden verder op;
- Omdat trajecten langer duren, lopen de kosten op;
- Omdat de problematiek van de jeugdige zwaarder wordt, lopen de ouders en andere gezinsleden ook een grotere kans om (meer) problematiek te ontwikkelen;.

Het tweede veel genoemde gevolg is het verlies van vertrouwen in de hulpverlening in het algemeen. Ook hierbij worden vervelende gevolgen benoemd:

- Omdat het vertrouwen kleiner is, is de kans op uitval groter en de kans dat de jeugdige in een latere fase, met zwaardere problematiek terugkomt, wordt groter;
- Ook kan het gebeuren dat ouders en jeugdigen dusdanig teleurgesteld raken in de hulpverlening, dat zij nooit meer terugkomen, met alle gevolgen van dien;
- Omdat het vertrouwen eerst hersteld moet worden, duurt het traject langer en lopen de wachttijden verder op.

Verder wordt genoemd dat ouders soms voor minder goed aansluitende hulp kiezen, waarmee het kind niet geholpen is, of waardoor de problematiek verergert.

Er worden ook gevolgen voor de hulpverleners beschreven:

- De druk om sneller te behandelen wordt groter. Trajecten worden soms te snel afgesloten en onvoldoende verdiept, waardoor de kans op recidive toeneemt;
- Met de monitoring van de wachtlijsten gaat nog meer tijd in administratieve handelingen zitten, waardoor de netto behandeltijd nog korter wordt;
- Als de lange wachttijden door de back-office ontstaan, terwijl er wel voldoende behandelruimte is, zorgt dat voor gevoelens van frustratie bij de hulpverleners;
- Omdat de problematiek zwaarder wordt en er meer escalaties optreden, wordt de mentale druk op hulpverleners die urgente hulp uitvoeren nog groter.

Maar er ook enkele positieve opmerkingen gemaakt:

- van sommige kinderen blijkt de problematiek tijdens de wachttijd te verminderen;
- Er wordt wel contact gehouden met de jeugdige tijdens de wachttijd en sommige zaken kunnen in die tijd al wel geregeld worden (bijvoorbeeld als nog meer instanties nodig zijn).
- Een vorm van overbruggingszorg kan de problematiek al voor een deel oplossen;
- Een wachttijd van 2 à 3 maanden wordt bij een niet acute hulpvraag door ouders en jeugdigen niet als problematisch ervaren.

Illustratie van de gevolgen van wachttijden

-toenemende frustratie en onmacht bij kinderen en hun gezinnen. - toenemende lijdensdruk. - secundaire problemen nemen toe (sneeuwbal effect). - inadequate patronen bestaan langer en zijn daardoor moeilijker bij te stellen. - gebiedsteams en verwijzer die niet adequate zorg gaan inzetten omdat er toch iets moet gebeuren. Onbedoeld positief bijeffect van wachttijd voor onze organisatie; wij krijgen cliënten die echt moeten profiteren van ons aanbod.

Bron: uitvraag zorgaanbieders

6 Conclusies en aanbevelingen

6.1 Conclusies

Conclusies over aard en omvang van wachttijden

1. Er bestaat in gemeente Leeuwarden geen officiële registratie van wachttijden (en wachtlijsten) en dat heeft op dit moment ook geen prioriteit. Of de wachttijden binnen de normen vallen die SDF heeft opgesteld, kan door de gekozen definitie niet vastgesteld worden.
2. In algemene zin vallen de meeste wachttijden van de zorgaanbieders die aan een uitvraag van de Rekenkamer hebben meegewerkt binnen de landelijke Treeknormen. Bij een aantal grote zorgaanbieders zijn langere wachttijden voor specialistische (niet-acute) hulp.
3. De wachttijden voor jeugdigen met een lvb-problematiek (lvb = licht verstandelijk beperkt), kinderen in echtscheidingssituaties en zorg met verblijf zijn problematisch. Hulp met verblijf is niet binnen een maand voorhanden. Als een kind uit huis geplaatst moet worden, is de wachttijd in Leeuwarden ongeveer 6 maanden.
4. Bij de wijkteams en huisartsen zijn nauwelijks wachttijden. Bij de gecertificeerde instellingen (GI's) mogen geen wachttijden voorkomen. Toch treden daar problemen op: sommige GI's kampen met wachtlijsten als gevolg van een tekort aan voogden. Daarbij zijn er problemen bij de Raad voor de Kinderbescherming, waardoor het traject tot aan de doorverwijzing naar de GI te lang duurt.
5. Binnen de hoogspecialistische hulp (HSJ) zijn geen wachttijden toegestaan. Bij beleidsmakers zijn geen wachttijden bekend, maar uit de quickscan en de interviews blijkt dat aanbieders van HSJ wel wachttijden kennen. Hoewel het om weinig jeugdigen gaat, betreft het wel risicovolle situaties.

Conclusies over oorzaken van de wachttijden

1. Voor specialistische jeugdhulp wordt veel gebruik gemaakt van een beperkt aantal grote zorgaanbieders. Het probleem van de preferente aanbieders ligt voor alles bij de

tussenkomen van de huisartsen. Zij verwijzen door naar een klein aantal, vaak grotere aanbieders. Hierdoor ontstaan lange wachttijden bij sommige aanbieders, terwijl er bij aanbieders van soortgelijke hulp geen wachttijd is. Ouders kiezen er vaak ook zelf voor om langere tijd te wachten bij de aanbieder van hun voorkeur.

2. De belangrijkste oorzaken van lange wachttijden voor hulp met verblijf is het gebrek aan doorstroming: er zijn geen geschikte plekken om naartoe te stromen als een jeugdige 18 jaar wordt, waardoor plekken voor nieuwe jeugdigen bezet worden gehouden. Ook zijn er minder plekken in gezinshuizen beschikbaar door de bezuiniging hierop van de afgelopen jaren.
3. Aanbieders hebben problemen met het vinden van goed geschoold personeel en dan vooral regiebehandelaren, zoals GZ-psychologen en psychiaters. Als er geen regiebehandelaar beschikbaar is kan de hulpverlening niet starten, ook niet als er wel ruimte is voor de behandeling.
4. De wachttijd tussen het eerste contact met een verwijzer en de start van de daadwerkelijke hulp duurt vaak lang omdat de afstemming in de keten lang duurt. Dit geldt ook voor trajecten waarbij er direct plek is voor behandeling.
5. Er gaat in de uitvoeringspraktijk veel (behandel)tijd verloren met administratieve afhandeling van zorgtrajecten.
6. De vraag naar jeugdhulp is toegenomen. Jeugdhulp is zichtbaarder en dichter bij de doelgroep georganiseerd dan voorheen. Huisartsen hebben weinig tijd voor probleem-analyse en verwijzen jeugdigen (te) gemakkelijk door naar zorgaanbieders voor relatief lichte problematiek. Jeugdhulp is daarmee toegankelijker en normaler geworden.

Conclusies over beleid

1. Er is amper landelijk beleid op het gebied van wachttijden. De Notitie wachttijden van SDF is nog niet vastgesteld en geoperationaliseerd. Gebruikte definities sluiten wel aan op landelijke definities. Ander lokaal beleid is vooral gericht op een kwaliteitsverbetering van de jeugdzorg en op kostenbesparing. Daarbij wordt voornamelijk ingezet op een versterking van de gehele keten, wat wellicht ook een positieve invloed zal hebben op de wachttijden. Omdat wachttijden niet gemonitord worden, zal dat echter niet gemeten kunnen worden.
2. De problemen en uitdagingen op het gebied van wachttijden sluiten grotendeels aan bij het landelijke beeld.

Overige conclusies

1. De afspraken over de overbruggingszorg zijn niet duidelijk genoeg; de financieringsmogelijkheden zijn onduidelijk en er is geen (centrale) partij die de overbruggingszorg bewaakt. Wijkteams en poh's bieden wel overbruggingszorg als zij dat noodzakelijk achten, maar niet elk kind is in beeld bij een wijkteam of een poh. Dit kan voor een klein aantal jeugdige grote risico's met zich meebrengen die nu onvoldoende inzichtelijk zijn.
2. De inkoopsystematiek kent een aantal perverse prikkels. SDF werkt met resultaatbekostiging. Publieke Dienstverlening controleert de aanvraag uitsluitend technisch en niet inhoudelijk. Aanbieders hebben daarnaast veel vrijheid bij het bepalen van de in

te zetten hulp (en dus kosten), de te behalen resultaten en het doelbereik aan het einde van een traject. Controlemogelijkheden zijn daarbij beperkt.

6.2 Aanbevelingen

1. **Vraag het college om de Notitie wachttijden vast te stellen en deze ook in de keten te implementeren.**

Gemeente Leeuwarden en SDF zijn niet voornemens om de wachttijden structureel te monitoren. Wel wordt in de nabije toekomst aandacht besteed aan de wachttijden tijdens contractbesprekingen met alle zorgaanbieders. Ook heeft SDF de zorgaanbieders gevraagd om informatie over klanttevredenheid en doelrealisatie. SDF is verder bezig met het inrichten van een dashboardfunctie.

2. **Vraag het college periodiek om beschikbare sturingsinformatie over wachttijden, klanttevredenheid en doelrealisatie zoals dat door zorgaanbieders wordt aangeleverd aan SDF.**

De wachttijden bij zorg met verblijf en zorg voor kinderen met een lvb-problematiek zijn ontstaan doordat er onvoldoende aanbod is voor deze doelgroepen. Vooral omdat de doorstroming onvoldoende is.

3. **Vraag het college om het probleem van de doorstroming verder te onderzoeken en verzoek het college de zorgaanbieders mogelijke oplossingen aan te laten dragen.**

Tijdens de quickscan zijn perverse prikkels van de inkoopssystematiek naar voren gekomen. Ook zijn voorbeelden genoemd van hoe deze prikkels ook daadwerkelijk hebben geleid tot hogere kosten dan noodzakelijk. De Taskforce Jeugd heeft adviezen geschreven om de controlemogelijkheden te versterken en te benutten.

4. **Vraag het college de huidige inkoopssystematiek grondig te evalueren en geef hiervoor duidelijke criteria mee.**
5. **Vraag het college om periodieke informatie over de doorwerking van de adviezen van de taskforce jeugd.**

7 Bestuurlijke reactie

P.M.

8 Nawoord van de Rekenkamer

P.M.

9 Bijlagen

Bijlage 1	bestudeerde literatuur
Bijlage 2	bestudeerde bronnen
Bijlage 3	gesprekspartners
Bijlage 4	uitvraag onder zorgaanbieders
Bijlage 5	tabel totale wachttijden in categorieën

Bijlage 1 bestudeerde literatuur

Rapporten

Tussen droom en daad, Op weg naar een volwassen jeugdstelsel, Transitie Autoriteit Jeugd Vierde Jaarrapportage, 2018

Wacht maar, Onderzoek naar wachttijden en wachtlijsten in jeugdzorg en jeugdhulp, NJI, 2017

Tussenevaluatie Actieplan Vervolgaanpak Wachttijden GGZ 2018-2019, Regionale aanpak wachttijden in de GGZ: van analyse naar gerichte actie

Notitie wachtlijsten, VNG, 2016

Artikelen

<https://www.nrc.nl/nieuws/2017/05/17/wachttijden-jeugdzorg-zijn-te-lang-9262767-a1559313>

<https://radar.avrotros.nl/nieuws/item/wachtlijst-jeugdzorg-door-stijgende-vraag-en-bezuinigingen-budget/>

<https://radar.avrotros.nl/nieuws/item/te-lange-wachttijden-jeugdzorg-bij-ggz-instellingen/>

<https://radar.avrotros.nl/nieuws/item/gemeenten-regelen-jeugdzorg-niet-goed/>

https://www.binnenlandsbestuur.nl/sociaal/nieuws/jeugdhulp-drenthe-onder-de-loep.9606917.lynkx?tid=TIDP141908XC40BEF4A633842F0AD635DD69BDE9B49YI5&utm_campaign=BB_NB_Dagelijks&utm_medium=Email&utm_source=SMG&utm_content=29-01-2019

<https://www.vnn.nl/kennisbank/wachttijden-de-ggz-en-verslavingszorg>

Bijlage 2 bestudeerde bronnen

Notitie wachttijden

AP 5.0 Oplegnotitie wachtlijsten en wachttijden.pdf

AP 5.1 Samenvatting notitie wachtlijsten.pdf

AP 5.2 Notitie wachtlijsten en wachttijden versie april 2019.pdf

Effecten poh's

Project aanpak POH-jeugd, sturing op jeugd en resultaat, 23-04-2019

Memo poh_Coleo

Business case en grafiek js 20190419.xlsx

verwijzers 2018_2019 dec_maart.xlsx

Beleid

TASKFORCE JEUGD, WERKGROEP 2: STURINGSMECHANISMEN, Investeren in de toekomst van kwetsbare kinderen, SAMENWERKING TUSSEN GEMEENTEN EN SDF
18 APRIL 2019

Via SDF Portal

Administratieprotocol Jeugdhulp 2018 en verder, versie 1.4

Administratieprotocol Hoogspecialistische Jeugdhulp 2018 en verder, versie 1.3

Productcodes met ingang van 1 januari 2018, Specialistische Jeugdhulp

Foar Fryske Bern, Fries Actieplan Zorg voor Jeugd, 2018 - 2020

CONVENANT HOOGSPECIALISTISCHE JEUGDHULP FRIESLAND, Handen op elkaar voor onze jeugd

Nieuwe bekostiging van Specialistische Jeugdhulp in Friesland vanaf 2018, Informatie voor gebiedsteams

Vragen en antwoorden fracties over jeugdzorg

Schriftelijke vragen CU jeugdzorg, januari 2017

Antwoord vragen CU monitor transitie jeugdzorg, maart 2017

Schriftelijke vragen huiselijk geweld en kindermishandeling CDA, februari 2018

Schriftelijke vragen VVD jongeren met jeugdhulp, april 2018

Antwoord vragen VVD jongeren met jeugdhulp, mei 2018

Antwoord vragen pvda raad voor de kinderbescherming, december 2018

Schriftelijke vragen jeugdzorg Pvda, juni 2019

Bijlage 3 Gesprekspartners

Ambtelijke organisatie

- beleidsadviseur jeugd, sector toegang
- beleidsadviseur jeugd, sector ondersteuning/inkoop
- senior medewerker team Publieke Dienstverlening
- teamleider Publieke Dienstverlening/projectleider lokaal expertteam jeugd
- senior beleidsmedewerker sociaal domein, toegang/accountmanager Amaryllis/contactpersoon praktijkondersteuners huisarts
- adviseur en financieel beleidsmedewerker sociaal domein, strategie en bedrijfsvoering

Sociaal Domein Fryslân

- projectleider Actieplan 'foar fryske bern'
- projectleider jeugdzorg

Extern betrokkenen

- twee poh's
- drie sociaal werkers van Amaryllis, wijkteams Leeuwarden

Bijlage 4 Uitvraag onder zorgaanbieders

Onderzoek rekenkamer wachttijden jeugdhulp

(058) 233 4022 J.E. Rijpma

22 augustus 20019

Geachte heer, mevrouw,

In januari en februari 2019 heeft de rekenkamer van de gemeente Leeuwarden een vooronderzoek uitgevoerd naar de wachtlijsten en wachttijden in de jeugdhulp. Uit het vooronderzoek is gebleken dat er sprake is van wachtlijsten en wachttijden in de jeugdhulp. In februari zijn de bevindingen van dit vooronderzoek aan de gemeenteraad gepresenteerd. Met de gemeenteraad is vervolgens afgesproken dat de rekenkamer nu een kort vervolgonderzoek doet naar de aard, omvang en oorzaken van de wachttijden en eventuele andere problemen bij de uitvoering van de jeugdhulp.

Om een zo goed en breed mogelijk beeld te krijgen, is het voor ons zeer waardevol om ook uw ervaring als zorgaanbieder in het onderzoek mee te nemen. Daarbij is het belangrijk om zoveel mogelijk respons te krijgen. Wij willen dan ook een dringend beroep op u doen om de enquête in te vullen. Het is een korte enquête met 7 vragen. Met vragen 1 t/m 2 brengen we uw aanbod in kaart. Vragen 3 en 4 gaan over de wachttijden binnen de verschillende percelen en producten. Met de open vragen 5 t/m 7 vragen we uw persoonlijke mening over de oorzaken en gevolgen van eventuele wachttijden in de jeugdhulp.

Het invullen van de enquête zal, enigszins afhankelijk van hoeveel verschillende producten uw organisatie aanbiedt, circa 3 minuten tijd van u vragen. Invullen kan tot en met **vrijdag 30 augustus**. Voor vragen over het onderzoek kunt u contact opnemen met de secretaris van de rekenkamer via rekenkamer@leeuwarden.nl.

Uw antwoorden zijn en blijven vertrouwelijk. In de rapportage van de rekenkamer zullen geen naar u herleidbare uitspraken worden opgenomen.

Uw e-mailgegevens zijn door de gemeente aan de rekenkamer verstrekt. Wij zullen, overeenkomstig de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG 2018), op een zorgvuldige en navolgbare wijze met uw gegevens omgaan. Uw gegevens worden uitsluitend gebruikt voor dit onderzoek en niet met anderen gedeeld.

Wilt u de enquête doorsturen naar iemand in de organisatie die zicht heeft op de actuele wachttijden voor jeugdhulp in uw organisatie?

Alvast hartelijk dank voor uw medewerking.

Met vriendelijke groet,
Namens rekenkamer gemeente Leeuwarden,

Dr. J.M. Roebroek, voorzitter

A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and a long horizontal stroke at the bottom.

Quickscan wachttijden jeugdhulp

Welkom bij deze quickscan naar de wachttijden in de jeugdhulp in Friesland.

De quickscan bevat maximaal 7 vragen, afhankelijk van de producten die uw organisatie aanbiedt. Met de knoppen 'Vorige' en 'Volgende' kunt u door de quickscan bladeren. Nadat u op 'Gereed' heeft geklikt, kunt u de antwoorden niet meer wijzigen.

Als u de quickscan tussentijds afsluit, blijven uw antwoorden bewaard tot een volgend bezoek.

Uw antwoorden worden anoniem verwerkt. Dat wil zeggen: wij publiceren de wachttijden niet per organisatie, uitsluitend per productgroep.

Alvast hartelijk dank voor uw deelname.

Quickscan wachttijden jeugdhulp

In welk perceel of in welke percelen biedt uw organisatie jeugdhulp aan in Friesland?

- | | |
|---|--|
| ☐ Ernstige enkelvoudige dyslexie | ☐ Specialistische jeugdhulp |
| ☐ Pleegzorg | ☐ Geen van bovenstaande |
| ☐ Hoogspecialistische jeugdhulp | |

Quickscan wachttijden jeugdhulp

Welke vorm(en) van specialistische jeugdhulp biedt uw organisatie aan in Friesland?

- | | |
|---|---|
| ☐ Jeugd-ggz | ☐ Hulp bij verslavingsproblematiek |
| ☐ Opvoedhulp en/of hulp bij scheidingsproblematiek | ☐ Hulp bij geweld en trauma |
| ☐ Hulp aan mensen met een LVB-problematiek | |
| ☐ Overige (geef nadere toelichting) | |

Quickscan wachttijden jeugdhulp

Met deze quickscan willen we graag twee wachttijden in kaart brengen.

1. Het aantal weken tussen de aanmelding en het intakegesprek.
2. Het aantal weken tussen het intakegesprek en de start van de behandeling.

Het gaat in deze quickscan uitsluitend over wachttijden in **de jeugdhulp in Friesland**. Eventuele wachttijden bij hulp aan volwassenen of in andere provincies kunt u dan ook buiten beschouwing laten.

Mocht de wachttijd verschillen tussen verschillende doelgroepen, soorten behandeling of iets dergelijks, schat dan de gemiddelde wachttijd.

Quickscan wachttijden jeugdhulp

Hoe lang is de wachttijd **tussen aanmelding en intake**?

Vul het aantal weken in, afgerond naar een heel getal. Als de wachttijden korter zijn dan 1 week, of er is geen sprake van wachttijden, dan kunt u 0 invullen.

Ernstige enkelvoudige
dyslexie

Pleegzorg

Hoogspecialistische
jeugdhulp

Geen van bovenstaande

Quickscan wachttijden jeugdhulp

Hoe lang is de wachttijd **tussen intake en start behandeling**?

Vul het aantal weken in, afgerond naar een heel getal. Als de wachttijden korter zijn dan 1 week, of er is geen sprake van wachttijden, dan kunt u 0 invullen.

Ernstige enkelvoudige
dyslexie

Pleegzorg

Hoogspecialistische
jeugdhulp

Geen van bovenstaande

Quickscan wachttijden jeugdhulp

Hoe lang is de wachttijd **tussen aanmelding en intake**?

Vul het aantal weken in, afgerond naar een heel getal. Als de wachttijden korter zijn dan 1 week, of er is geen sprake van wachttijden, dan kunt u 0 invullen.

Jeugd-ggz

Opvoedhulp en/of hulp bij
scheidingsproblematiek

Hulp aan mensen met een
LVB-problematiek

Hulp bij
verslavingsproblematiek

Hulp bij geweld en trauma

[Insert text from Other]

Quickscan wachttijden jeugdhulp

Hoe lang is de wachttijd **tussen intake en start behandeling**?

Vul het aantal weken in, afgerond naar een heel getal. Als de wachttijd korter is dan 1 week, of er is geen sprake van wachttijden, dan kunt u 0 invullen.

Jeugd-ggz

Opvoedhulp en/of hulp bij
scheidingsproblematiek

Hulp aan mensen met een
LVB-problematiek

Hulp bij
verslavingsproblematiek

Hulp bij geweld en trauma

[Insert text from Other]

Quickscan wachttijden jeugdhulp

Wat zijn volgens u de belangrijkste oorzaken van de wachttijden?

Quickscan wachttijden jeugdhulp

Wat zijn volgens u de belangrijkste gevolgen van de wachttijden?

Quickscan wachttijden jeugdhulp

Wilt u nog iets opmerken over de wachttijden in de jeugdhulp in Friesland?

Quickscan wachttijden jeugdhulp

Hartelijk dank voor uw deelname aan de quickscan. Deze quickscan is onderdeel van een groter onderzoek naar de wachttijden in de jeugdhulp door de rekenkamer van gemeente Leeuwarden. De rapportage over wachttijden in de jeugdhulp wordt eind 2019 verwacht.

U kunt de quickscan nu sluiten door op 'Gereed' te klikken.

Bijlage 5 Tabel wachttijden in categorieën

Totale wachttijd tussen aanmelding en start hulp	geen wachttijd	wachttijd van 1 tot 4 weken	wachttijd van 5 tot 14 weken	wachttijd van meer dan 14 weken	Aantal aan- bieders
Jeugd-ggz	21,5%	31,6%	38,0%	8,9%	79
Opvoedondersteuning	34,1%	37,4%	26,4%	2,2%	91
LVB	36,2%	31,0%	27,6%	5,2%	58
Verslaving	41,7%	25,0%	8,3%	25,0%	12
Geweld en trauma	31,4%	28,6%	34,3%	5,7%	35