

Van : college van burgemeester en wethouders

Datum : 17 april 2018

Portefeuillehouder(s) : wethouder Haring

Portefeuille(s) : Jeugdhulp

Contactpersoon : A. van der Ploeg

Tel.nr. : 06-35113533

E-mailadres : ploeg.a@woerden.nl

18R.00221



Onderwerp:

voortgangsinformatie wachtlijsten Jeugdhulp

Kennisnemen van:

De voortgangsinformatie over de wachtlijsten in de Jeugdhulp (vooral J-GGZ) nav toezegging T-379.

Inleiding:

Tijdens de commissie Welzijn van 17 januari 2018 heeft wethouder Haring een toezegging gedaan om uw Raad te informeren over de voortgang van het Plan van Aanpak wachttijden Jeugdhulp (corsa 17a.01569), toezegging T-379. Met deze RIB ontvangt u deze informatie.

Kernboodschap:

In het Plan van Aanpak Wachttijden Jeugdhulp (corsa 17a.01569) staat een **aantal going concern acties**, die in de afgelopen tijd voortgang hebben gehad.

- Tijdens de halfjaarlijkse Voortgangsgesprekken met gecontracteerde Jeugdhulpaanbieders in Utrecht West komt het onderwerp wachttijden aan bod. Tijdens deze gesprekken wijzen we de aanbieders op de contractuele afspraken over het melden van wachttijden en het doorverwijzen naar andere aanbieders en/ of het sociaal team.
- Wanneer inwoners bij Woerdenwijzer melden dat er sprake is van een wachttijd bij de aanbieder van voorkeur, dan denkt de consulent mee over andere passende vormen van zorg en/ of over overbruggingszorg.

Het blijkt weerbarstige materie om aanbieders de wachttijden duurzaam te laten melden. Het inkoopbureau spreekt de aanbieders hierop aan tijdens de Voortgangsgesprekken. We zullen het onderwerp wachttijden in het bestuurlijke regionale overleg nogmaals aan de orde stellen. Ook zullen er landelijk acties uitgezet moeten worden, waarbij we ons realiseren dat we voor een effectief resultaat een brede gezamenlijke aanpak, en een lange adem moeten hebben.

Daarnaast staat in het Plan van Aanpak **een aantal Woerdense acties op korte er langere termijn**. Hieronder beschrijven wij de voortgang en het resultaat van deze acties.

1. Acties korte termijn wachtlijsten Jeugdhulp Woerden (periode september-oktober 2017):

1a. opnemen van tekstpassage over wachttijden op beschikking en op website Woerdenwijzer.
De volgende tekst staat onderaan elke beschikking van Woerdenwijzer en op de website van

Woerdenwijzer: "Heeft u te maken met een wachttijd bij een zorgaanbieder, die langer is dan vijf weken? Geef u dit dan aub door aan Woerdenwijzer, via telefoonnummer 0348-428660. De medewerkers van Woerdenwijzer kunnen met u meedenken over andere passende vormen van zorg en/ of overbruggingszorg."

Navraag bij de telefonische toegang van Woerdenwijzer leert dat het afgelopen half jaar geen concrete vraag naar aanleiding van deze passage is binnengekomen.

1b. Gesprekken met Woerdense aanbieders van S J-GGZ:

In het najaar van 2018 is ambtelijk gesproken met twee Woerdense aanbieders van Specialistische Jeugd GGZ: Praktijk Kok (Mentaal Beter Cure) en met Dokter Bosman vestiging Woerden. Een gesprek met de Psycho Informa Groep Woerden viel af ivm de door die organisatie zelf gekozen opnamestop en later een door UW ingestelde opnamestop nav een negatief inspectierapport.

Deze 2 aanbieders hebben te maken met arbeidsmarkttekorten. Praktijk Kok kiest er bewust voor om niet groter te worden. Aanbieders zien groepsaanbod als oplossing om de wachttijden voor de S J-GGZ te verkorten. Hun is gewezen op samenwerking met voorliggende partijen en op het investeringsfonds voor de financiering. Aanbieders zien ook een POH-jeugd als een goede overbruggingsvorm van zorg, maar dan wel specifiek voor de ouders om te voorkomen dat kinderen/jongeren meerdere keren het verhaal moeten doen.

1c. Gesprek met Woerdense aanbieders van B-GGZ over preventieve zorg:

Er is geen gesprek gevoerd met Woerdense aanbieders voor B J-GGZ/ vrijgevestigde psychologenpraktijken. Deze praktijken zijn uitgenodigd voor de regionale thematafel over wachttijden (zie 2a).

2. Acties langere termijn wachtlijsten Jeugdhulp Woerden (periode november 2017-maart 2018)

2a. Regionale/ Utrecht West-thematafel over wachttijden.

Op 5 december 2018 was er een regionale thematafel over wachttijden in de Jeugdhulp, in aanwezigheid van een 20-tal jeugdhulpaanbieders. De top 3 van oorzaken van de wachtlijstproblematiek die de aanbieders aandragen zijn:

- arbeidsmarkttekorten in de zorg;
- beperkte capaciteit qua producten voor de B J-GGZ;
- het (te) snel doorzetten van casussen naar de S J-GGZ.

Als top 3 van oplossingen voor de wachtlijstproblematiek wordt aangedragen:

- centrale rol voor de wijkteams voor het overzicht van het aanbod/ goede sociale kaart op lokaal en regionaal niveau;
- bied de J-GGZ meer ruimte om trajecten die gestart zijn met wat extra uren af te maken. *Deze ruimte wordt in Utrecht West al geboden in het aanbestedingsdocument. De aanbieder voor J-GGZ kan na een extra beschikking van het lokale team een extra J-GGZ traject inzetten. Het inkoopbureau zal deze mogelijkheid meer expliciet onder de aandacht brengen;*
- laat middels een goede consultatie/ adviesfunctie een goede indicatie stellen door de verwijzer, zodat een jeugdige in de hulpverlening gelijk op de goede plek zit.

2b. Integrale vormen van Jeugdhulp

De resultaten van de in 2017 gestarte Integrale Jeugdhulp (samenwerking tussen Focuz en Youke met als doel het bieden van een volwaardige en kwalitatief geïntegreerde GGZ- jeugdhulp voor kinderen en hun gezinnen) zijn als volgt:

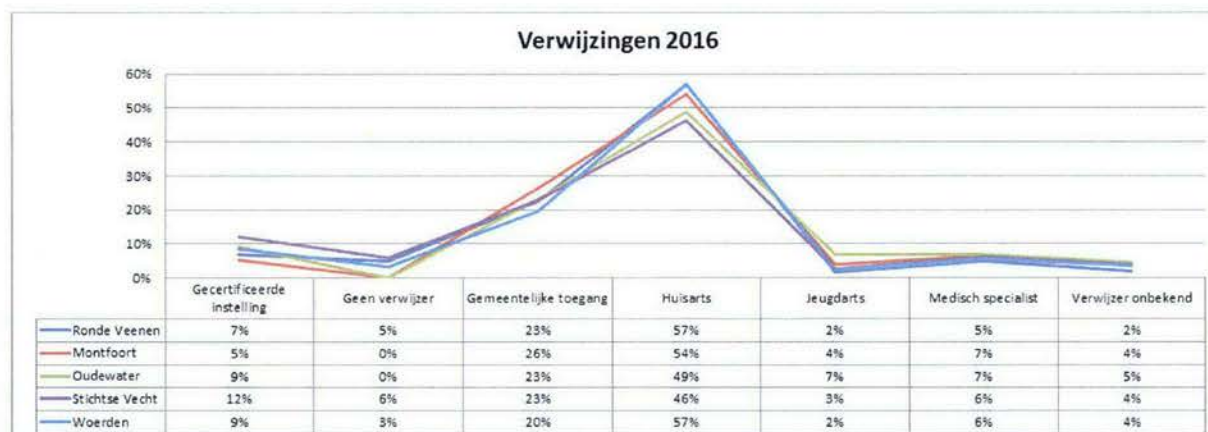
- In 2017 zijn 123 jongeren in zorg geweest (78 uit Woerden);
- Het multidisciplinaire team heeft gehoor kunnen geven aan een verscheidenheid aan in meer of mindere mate integrale problematieken (ASS/ autisme, diagnostiek algemeen, AD(H)D/ ODD, depressie/ somberheidsklachten, conflicten met ouders, sociaal emotionele problemen en gedragsproblemen);
- het nauw samenwerken en het ontschotten van zorg wordt bespreekbaar gemaakt bij andere aanbieders en bij lokale teams;
- De ambitie van Integrale Jeugdhulp was ook om de wachttijden en behandelduren te verkorten. De duur van het project is echter nog te kort om hierover een uitspraak te kunnen

doen.

2c. Advies UwOuderplatform om eenmalige financiële injectie te geven voor bestrijding wachtlijsten J-GGZ
Dit advies is besproken tijdens de thematafel van 5 december (zie 2a). De aanwezige jeugdhulpaanbieders gaven aan dat dit geen oplossing is ivm de huidige arbeidsmarktknelpunten in de zorg. De budgetten voor Jeugdhulp in onze regio zijn niet de oorzaak van wachtlijsten. De gemeente Woerden staat er voor dat elk kind dat zorg nodig heeft, deze krijgt.

2d. Gesprek met Woerdense huisartsen

Er zijn ambtelijk en bestuurlijk regelmatige overleggen met (een vertegenwoordiging van) de Woerdense huisartsen. Het verwijzingspercentage van (huis-)artsen naar Jeugdhulp is in 2016 65% tegenover 20% verwijzingen door Woerdenwijzer (zie rapportage 2-1-0, deelonderzoek tbv evaluatie sociaal domein 2017).



De inzet van een POH Jeugd bij een of meerdere Woerdense huisartsenpraktijken is besproken met de huisartsen. We starten in Q2 van 2018 met een POH Jeugd in een Harmelense en in een Woerdense huisartsenpraktijk. De inzet van een POH-er moet ervoor zorgen dat we uiteindelijk meer grip krijgen op de doorverwijzingen en daarmee op de kosten voor Jeugdhulp.

3. Daarnaast is een aantal (boven-)regionale acties uitgezet.

3a: wachtlijstapp

Bovenregionaal wordt een dummie voor een "wachtlijstapp" ontwikkeld, die gebruikt kan worden door lokale teams en door aanbieders van jeugdhulp. Als hierover bovenregionaal overeenstemming, kan de app tijdens de zomer van 2018 opgeleverd worden.

3b: rapport van de GGD

De GGD regio Utrecht heeft een rapport uitgebracht over de rol van de GGD regio Utrecht bij de wachtlijstproblematiek in de jeugdzorg (zie bijlage 2). Conclusies uit dit rapport komen overeen met bovenstaande oplossingen voor wachtlijsten:

- overbruggingszorg bieden, door de 1^e lijn, bv door een POH-GGZ;
- effectievere verwijzingen, ook door ontwikkeling van een goede sociale kaart;
- verbeterde samenwerking tussen de ketenpartners
- ontwikkelen van E-health;
- groepsbegeleiding opzetten (zie blz. 24/26 van het GGD-rapport).

Als redenen voor de wachtlijstproblematiek worden genoemd:

- Ketenpartners moeten nog wennen aan het gedecentraliseerde stelsel en zoeken nog naar de juiste taakverdeling van de verschillende partijen onderling;
- Niet effectieve samenwerking zorgt voor vertragingen in het systeem;
- Er is landelijk gezien een toegenomen vraag naar jeugdhulp, mogelijk door betere lokale signalering;
- Verzekeringen vormen een knelpunt, omdat laagdrempelige zorg (bv voor coaching/ speltherapie) niet vergoed wordt door de Zorgverzekeringswet of alleen in het aanvullende pakket zit (zie blz. 24 van het GGD-rapport).

4. En ook dit nog.

Werkvoorraad preventieve diensten SVMN

In het regionale overleg met de lokale teams en Samen Veilig Midden Nederland (organisatie voor Veilig Thuis en Jeugdbescherming/ Jeugdreclassering) van 1 februari 2018 is het onderwerp wachttijd/ werkvoorraad ook besproken. De werkvoorraad voor de *preventieve SAVE-diensten* van SVMN voor Woerden wordt nu wekelijks doorgegeven aan de gemeente Woerden. Deze werkvoorraad van SVMN varieert van 2 tot 7 gezinnen per week. Middels een goede dagelijkse triage door een gedragswetenschapper houdt SVMN de veiligheid van de kinderen/ gezinnen op de wachtlijst in het oog. Voor de *justitiële maatregelen* (obv een maatregel van de kinderrechter) heeft SVMN geen wachttijden.

Bestuurlijk overleg UwOuderplatform

Tijdens een bestuurlijk overleg met UwOuderplatform van 4 april 2018 kwam de vraag op tafel of aanbieders voor jeugdhulp een "sense of urgency" voelen bij dit onderwerp, vanuit de gedachte dat er in dat geval sprake is van een meer bewust en gezamenlijk draagvlak voor oplossingen. Dit vraagstuk wordt meegenomen in de regionale voortgangsgesprekken met aanbieders van jeugdhulp.

In het volgende bestuurlijke overleg met Uw Ouderplatform (najaar 2018) willen we een Woerdense casus in retrospectief analyseren en zo meer inzicht krijgen in de concrete gevolgen van de wachtlijstproblematiek in een gezin. UwOuderplatform roept ouders op om lange wachttijden te melden via de website van het Ouderplatform (artikel in AD Groene Hart van 7 april 2018).

UwOuderplatform heeft onlangs een recent overzicht gemaakt van de wachttijden op internet van aanbieders van S J-GGZ (zie corsa 18.0070350). Hieruit blijkt dat de wachttijden voor S J-GGZ tot intake gemiddeld genomen helaas niet gedaald zijn.

Financiën:

Nvt

Vervolg:

Een effectieve aanpak van de wachtlijsten in de Jeugdhulp vraagt een lange adem en een gezamenlijk proces op meerdere (bestuurlijke) niveaus. Ook de komende tijd houden we als gemeente Woerden het onderwerp op de agenda en blijven we onderzoek doen naar een effectieve aanpak, oa door de aanpak te monitoren, te leren van andere gemeenten en door ook de "sense of urgency" bij aanbieders te peilen.

We blijven dit onderwerp bespreken met de Participatieraad, UwOuderplatform en andere betrokkenen, waaronder het Inkoopbureau UW en de aanbieders voor Jeugdhulp.

Bijlagen:

1. Fiche wachtlijsten voor (nieuwe) gemeenteraad (corsa 18.006017)
2. Rapport van de GGD regio Utrecht "Als wachten te lang duurt..." (corsa 18.006018)
3. Overzicht wachttijden S J-GGZ Utrecht West van UwOuderplatform (corsa 18.0070350)

De secretaris,

drs. M.H.J. van Kruijsbergen MBA



De burgemeester,

V.J.H. Molkenboer



Fiche ten behoeve van overdrachtsdocument raad Woerden

Dossierverantwoordelijke: Inge Markx en Tim Wolters
Mail + telefoonnummer: 06-14326530 wolters.t@woerden.nl

1.	Omschrijving van het dossier	<p>In heel Nederland bestaan er wachtlijsten bij toegang tot de Jeugd GGZ. Deze bestaan ook in Woerden. In de aanbestedingsafspraken voor Jeugdhulp in 2016 is opgenomen dat de tijd tussen aanmelding en start zorg niet meer dan 5 werkweken mag zijn. Indien dit wel het geval is dient dit gemeld te worden bij Inkoop&Monitoring Utrecht West (I&M UW), moet alternatieve hulp worden ingezet en inwoners worden gewezen op de hulp van WoerdenWijzer. Dit verwachten dat aanbieders hierin de verantwoordelijkheid nemen. Vorig jaar heeft I&M UW een prikactie gedaan. Daaruit bleek dat er wachttijden waren die niet doorgegeven zijn.</p> <p>In de praktijk blijkt dat de grens van 5 weken vaak wordt overschreden. Over oorzaken van de wachtlijsten in de Jeugdzorg zijn wij begin december 2017 in gesprek gegaan met een 20-tal Jeugdhulpaanbieders. De oorzaken die de aanbieders zelf aandragen zijn: arbeidsmarkttekorten in de zorg/ beperkte capaciteit voor de B-GGZ en het (te) snel doorzetten van casussen naar de S-GGZ.</p> <p>Hier wordt op ingespeeld door de binnenkort te verschijnen wachtlijsttool/app voor verwijzers. Ook wordt onderzoek gedaan naar het aanstellen van een praktijkondersteuner huisarts voor jeugd (POH-JGGZ) in Woerden.</p> <p>Wachtlijsten zijn een regelmatig terugkerend onderwerp in het nieuws. Ook op casusniveau kan een situatie schrijnend zijn. Echter moet WoerdenWijzer de casus kennen om te kunnen handelen. Omdat veel van de aanvragen voor Jeugdhulp via de huisartsen lopen, is dit een uitdaging voor WoerdenWijzer. Belangrijkste samenwerkingspartners in dit dossier zijn (naast WoerdenWijzer) de aanbieders, huisartsen en I&M UW.</p>
2.	Financiën	Niet direct van toepassing
3.	Uitdagingen en kansen	<p>Uitdagingen: Arbeidsmarktprobleem, ligt buiten invloed van gemeente</p> <p>Kansen:</p> <ul style="list-style-type: none">- centrale rol voor de wijkteams voor het overzicht van het aanbod, de wachttijdenapp kan hierbij helpend zijn;- bied de J-GGZ meer ruimte om trajecten die gestart zijn met wat extra uren af te maken (deze ruimte wordt in Utrecht West al geboden, de aanbieder voor J-GGZ kan na overleg met het lokale team een extra J-GGZ traject inzetten);- laat middels een goede consultatie/ adviesfunctie een goede indicatie stellen, zodat een jeugdige in de hulpverlening gelijk op de goede plek zit. <p>Aanbieders merken overigens <u>niet</u> als reden voor wachtlijsten op dat de gemeentelijke budgetten voor jeugdhulp tekort schieten.</p>
4.	Besluiten en rol/invloed	Aankomende sleutelmomenten zijn het verschijnen van de Businesscases Sociaal Domein, en spoedig verschijnt een raadsinformatiebrief met de laatste stand van zaken op dit thema. Hierbij opmerkend dat de wachtlijstproblematiek weerbarstig is; het vraagt een constante afstemming op casusniveau tussen hulpvrager, toegang tot zorg en aanbieder van zorg. Op beleidsniveau vraagt dit sturing op deze problematiek, in samenspraak met de aanbieders van zorg.
5.	Geldend beleid	Plan van aanpak wachtlijsten Jeugdhulp 17R.00725

Als wachten te lang duurt...

De rol van de GGD regio Utrecht bij de wachtlijst problematiek in de jeugdzorg



Nathalie Jongerius
3653234
Keuzestage management & beleid
GGD regio Utrecht

Interne begeleider: drs. M. Kolsteren
Arts M&G, regiomanager JGZ Utrecht Zuidoost en Vallei
GGD regio Utrecht

Externe begeleider: drs. E. de Leeuw
Arts M&G
Public Health, Julius Centrum UMC Utrecht

Inhoudsopgave

1. Samenvatting	3
2. Inleiding	5
2.1 Aanleiding	5
2.2 Achtergrond	5
2.2.1 Jeugdgezondheidszorg	5
2.2.2 Jeugdzorg	6
2.2.3. Treeknormen	9
3. Onderzoeksvragen	11
Omvang van het probleem	11
Oorzakelijke factoren	11
Mogelijke oplossingen	11
4. Methode	12
5. Resultaten	13
5.1 Omvang van het probleem	13
5.1.1 Cijfers over de wachttijden	13
5.1.2 Ervaringen vanuit de jeugdgezondheidszorg	14
5.2 Oorzakelijke factoren	16
5.2.1 Knelpunten binnen de regio Utrecht	16
5.2.2 Beschreven knelpunten in landelijke onderzoeken	18
5.3 Mogelijke oplossingen voor de wachttijdproblematiek	19
6. Conclusie	23
6.1 Omvang van het probleem	23
6.2 Oorzakelijke factoren	23
6.3 Mogelijke oplossingen	24
6.4 Slotconclusie	25
6.5 Concrete aanbevelingen voor de GGD regio Utrecht	25
7. Referenties	27
Bijlage	29
Vragenlijsten voor interview	

1. Samenvatting

Aanleiding

De wachttijden richting jeugdhulp nemen steeds verder toe, wat verergering van de problematiek van patiënten kan geven. Vanuit de Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst (GGD) regio Utrecht ontstond er behoefte aan verduidelijking over de wachttijdproblematiek in de regio en wat dit voor de professionals binnen de jeugdgezondheidszorg betekent.

Achtergrond

Sinds januari 2015 zijn de gemeenten volledig verantwoordelijk voor de geleverde zorg aan de jeugd en hun gezinnen. De jeugdgezondheidszorg is met name gericht op preventie en signalering van problemen rondom het kind/jongere en gezin. Het takenpakket van de jeugdgezondheidszorg staat in de Wet publieke Gezondheid beschreven. Deze wordt verder uitgewerkt in de vernieuwde versie van het Besluit Publieke Gezondheid. Ieder kind/jongere wordt eenzelfde basispakket aangeboden, waarin men een beperkt aantal contactmomenten heeft. Bij intensievere hulpbehoefte kan doorverwezen worden richting jeugdhulp. Zij bieden ondersteuning, hulp en zorg aan kinderen/jongeren en ouders. De regels omtrent jeugdhulp zijn in de jeugdwet vastgelegd, die sinds januari 2015 in werking gesteld is. Deze zijn met name gericht op preventie, demedicalisering en zorg op maat en sluiten daarmee aan op de doelstellingen van de JGZ. Door de korte lijnen zouden deze realiseerbaar moeten zijn. Tot op heden blijven echter lange wachttijden bestaan en overschrijden deze zelfs de maximaal aanvaardbare wachttijden (treeknormen). Daarom staat het zowel op regionaal als landelijk niveau op de agenda. Vanuit de GGD regio Utrecht willen we onderzoeken hoe groot het probleem voor de JGZ in deze regio is en waarop de GGD zou kunnen ingrijpen.

Onderzoeksvragen:

- Hoe groot is het probleem van de wachtlijsten rondom de GGZ voor de JGZ?
- Wat zijn de oorzaken van de oplopende wachtlijsten?
- Hoe zouden de wachttijden beperkt kunnen worden?

Methode

Middels interviews met sleutelfiguren binnen de JGZ, literatuuronderzoek en gegevens van verschillende instanties kwamen we tot de beschreven resultaten.

Resultaten

Omvang van het probleem

Op landelijk niveau zijn geen gegevens over wachttijden bekend, behoudens enkele cijfers vanuit het rapport 'Wacht maar' van het Nationaal Jeugdinstituut. De wachttijden binnen de 8 door hen onderzochte gemeenten varieerden van 2 tot 60 weken met een gemiddelde algemene wachttijd tussen de 8 weken en 3 maanden. Ook op gemeentelijk en regionaal niveau zijn gegevens omtrent wachttijden vaak niet beschikbaar of moeilijk te duiden. MediQuest heeft ons een aantal van hun onderzoeksresultaten van de regio Zuidoost Utrecht geleverd. De totale wachttijd bedroeg 10.2 weken met een gemiddelde aanmeldwachttijd van 8.4 weken en een gemiddelde behandelwachttijd van 1.8 weken. Dit komt overeen met wachttijden die door sleutelfiguren vanuit de jeugdgezondheidszorg gerapporteerd werden, namelijk een gemiddelde wachttijd tussen de 6 weken en 3 maanden. Deze kunnen echter oplopen tot een jaar! Daarnaast bestaan er in bepaalde gemeenten zelfs wachttijden in de 1^e lijn en naar instanties zoals SAVE en Veilig Thuis. Een deel van de professionals ervaart veel last van deze problematiek. Het gaat hierbij met name om een verhoogde werkdruk en tijdsgebrek door het leveren van overbruggingszorg, het op zich nemen van extra taken en het begeleiden van te zware casuïstiek in de 0^e lijn. Daarnaast leiden wachttijden tot een verminderd vertrouwen in de zorg en tot een verergering van de problematiek met soms escalatie als gevolg.

Oorzakelijke factoren

Als een van de belangrijkste oorzaken wordt de transitie genoemd, gecombineerd met bezuinigingen. Gemeenten en ketenpartners uit de jeugdgezondheidszorg en jeugdhulp moeten nog wennen aan een gedecentraliseerd stelsel. Het is nog zoeken naar de juiste samenwerking tussen de ketenpartners en wie welke taken op zich neemt. Dit leidt tot vertragingen in het systeem, bijvoorbeeld bij de backoffice van de gemeente. Het ontbreekt verder aan korte lijnen tussen 0^e, 1^e en 2^e lijn. Hierdoor is tijdig afschalen niet altijd mogelijk, wat ook als apart knelpunt aangegeven wordt. In het kader van de bezuinigingen wordt het beperkte budget van de gemeente als probleem gezien. Naast bovenstaande ervaart men een beperkt aanbod aan jeugdhulp, met gespecialiseerde hulp in het bijzonder. Dit laatste is niet in elke regio beschikbaar.

Ook rondom de financiering van jeugdhulp liggen knelpunten. Ouders kunnen/willen niet altijd betalen voor niet vergoede, laagdrempelige zorg en jongeren van 18 jaar en ouder kunnen hun eigen risico niet betalen. Dit leidt uiteindelijk tot meer verwijzingen richting de GGZ dan nodig.

Er zijn verder factoren waar een beperkte invloed op uit te oefenen is, namelijk wanneer ouders geen doorverwijzing willen of bijvoorbeeld factoren die van invloed zijn bij jeugdhulptrajecten met verblijf zoals het vinden van een passend gezin.

Op landelijk niveau komen verder nog enkele zaken naar voren waarvan de toegenomen vraag naar jeugdhulp, een toenemende zwaarte van de hulpvraag en het aanbieden van zorg op maat het voornaamste zijn.

Mogelijke oplossingen

Op dit moment wordt er op veel plaatsen overbruggingszorg door professionals uit de jeugdgezondheidszorg geleverd. Daarnaast kan er overbruggingszorg vanuit organisaties uit de 1e lijn plaatsvinden zoals het CJG of een wijkteam, maar kan ook een Praktijkondersteuning Huisarts Geestelijke Gezondheidszorg (POH-GGZ) ingeschakeld worden. Om de urgente gevallen wel meteen te behandelen kan er met een triagemodel gewerkt worden. Het maken van effectievere verwijzingen kan ook verkorting van de wachttijden geven. Dit kan door gebruik te maken van een sociale kaart met hierop de actuele wachttijden van jeugdhulpaanbieders en door verwijzers GGZ specialisten uit de 2^e lijn te laten raadplegen. De grootste oplossing ligt volgens velen in een verbeterde samenwerking met alle ketenpartners. Dit leidt tot kortere lijnen waardoor er sneller geschakeld kan worden, zaken samen opgepakt kunnen worden, taken van elkaar kunnen worden overgenomen en men een breder beeld over het kind/ jongere kan verkrijgen. De GGD heeft hierin een coördinerende rol. Men vindt het verder belangrijk dat er feedback richting zorgaanbieders en gemeente plaatsvindt zodat de verwijzingen richting zorgaanbieders soepeler kunnen verlopen en de gemeente op de hoogte is van de stand van zaken. Of het leveren van meer aanbod binnen de GGZ gaat helpen blijft dubieus en zijn de meningen over verdeeld. Een optie om in de bredere zin van het woord het aanbod te vergroten is door het sociale netwerk van het kind bij de zorg te betrekken en ouders met eenzelfde problematiek elkaar te laten ondersteunen.

De GGD kan met betrekking tot bovenstaande oplossingen een coördinerende en adviserende rol op zich kunnen nemen waarbij men ervoor moet waken dat er teveel van bovenaf georganiseerd wordt en men de relaties met de werkvloer verliest.

Conclusie

De wachttijden richting jeugdhulp vormen dus een complex en landelijk probleem waar onder andere JGZ professionals mee belast worden, ook in de regio Utrecht. Deze problematiek lijkt deels door de transitie veroorzaakt te worden waarbinnen de samenwerking tussen verschillende partners verbeterd kan worden. Ook op het gebied van vraag en aanbod kan beter gemonitord worden zodat deze beter op elkaar kunnen aansluiten en er effectievere verwijzingen gecreëerd kunnen worden. De GGD kan met zijn coördinerende functie verschillende partijen bij elkaar brengen en kan zaken op de beleidsagenda van de gemeente plaatsen. Belangrijk hierbij is dit op lokaal niveau toe te passen. Hoewel wachten ook een functie kan hebben, zal iedereen het ermee eens zijn dat lange wachttijden in de GGZ in ieder willekeurig geval onwenselijk zijn en dat hier iets aan gedaan moet worden.

2. Inleiding

2.1 Aanleiding

Het is een veelbesproken en gevoelig onderwerp in de media: De wachttijden binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) lopen steeds verder op. Het gaat hierbij om de Basis GGZ en de Gespecialiseerde GGZ.^{1,2} Patiënten moeten over het algemeen langer wachten voordat een intake plaatsvindt en voordat een behandeling begint. De wachttijden zijn in sommige gevallen hoger dan de vastgestelde landelijke normen, treeknormen genoemd.¹ Hierdoor vindt er bij een aantal instellingen zelfs een aanmeldstop plaats.² Daarnaast zijn er patiënten die tussen wal en schip vallen. De problematiek rondom de wachttijden speelt zowel op het gebied van de volwassenenzorg als wel op het gebied van de jeugd, waarbij de wachttijden binnen de jeugdzorg het langst zijn.¹

Het verkorten van de wachttijden kan verergering van de toestand van patiënten voorkomen en is dus zeer belangrijk.² Dit is geen recent probleem maar bestaat al veel langer. Echter, sinds de invoering van de jeugdwet in januari 2015 heeft decentralisatie van de jeugdzorg richting gemeenten plaatsgevonden. Hierdoor valt de jeugdzorg en daarmee ook de wachttijden onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten. Vanuit de Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst (GGD) regio Utrecht ontstond er behoefte aan verduidelijking over deze problematiek in de regio en wat dit voor de professionals binnen de jeugdgezondheidszorg betekent.

2.2 Achtergrond

Om helder te krijgen wat de effecten van de wachttijden op de jeugdgezondheidszorg zijn, is het noodzakelijk te weten hoe de zorg rondom de jeugd is ingericht. Hieronder wordt de taakverdeling rondom de verschillende expertisegebieden beschreven en welke wetten hierbij betrokken zijn, inclusief de nieuwe jeugdwet uit 2015.

2.2.1 Jeugdgezondheidszorg

De jeugdgezondheidszorg betreft de publieke gezondheidszorg van kinderen en jongeren van 0 tot en met 18 jaar. "Doel van de JGZ is het bevorderen, beschermen en beveiligen van de gezondheid en de lichamelijke en geestelijke ontwikkeling van jeugdigen van 0-18 jaar, zowel individueel als op populatieniveau."³ Hierbij staan zowel het kind/jongere als de opvoeder centraal. Zo worden er regelmatig preventieve screenings uitgevoerd en wordt de ontwikkeling van kinderen regelmatig gevolgd. Op deze manier kan er tijdig ingegrepen en doorverwezen worden indien nodig. Ook wordt er rekening gehouden met de omgeving van het kind/jongere aangezien deze van invloed kan zijn op de ontwikkeling van het kind. Daarom is het vereist dat de JGZ nauw verbonden is met de organisaties die betrokken zijn in de omgeving van het kind/jongere.^{3,4}

Het takenpakket van de jeugdgezondheidszorg staat beschreven in de Wet Publieke Gezondheid, welke in 2008 van kracht ging. Daarin staat in algemene termen beschreven waaraan de jeugdgezondheidszorg moet voldoen. Het gaat hierbij met name om het preventieve karakter van de jeugdgezondheidszorg, te verstaan het tijdig signaleren van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand en specifieke stoornissen en het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding.

Patiëntgegevens dienen hierbij digitaal te worden opgeslagen. Daarnaast heeft de JGZ de taak om maatregelen te formuleren ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen.

De gemeente is verantwoordelijk voor de organisatie en de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg. Zij zijn ervoor verantwoordelijk dat elk kind/jongere jeugdgezondheidszorg aangeboden krijgt. Zij kunnen zelf beslissen of ze de taken van de JGZ door de GGD willen laten uitvoeren of dat ze een andere organisatie hiervoor aanstellen. De enige voorwaarde is dat de organisatie aan de kwaliteitseisen moet voldoen. De uitvoerende organisatie is verantwoordelijk voor de te leveren zorg en dus voor het inhoudelijke/professionele aspect. Ter ondersteuning zijn professionele richtlijnen opgesteld.^{3,4}

De taken van de JGZ worden verder uitgewerkt in het Besluit Publieke Gezondheid, welke per 1 januari 2015 vernieuwd is. Het besluit is een verdere uitwerking van de Wet Publieke Gezondheid. Aanleiding voor de vernieuwing was dat de jeugdwet van kracht ging (hieronder beschreven). Hierdoor was ook herordening van de JGZ van belang ter opheldering van de taakverdeling.^{5,6}

Aan alle kinderen/jongeren wordt eenzelfde pakket aangeboden via het basispakket JGZ.³ In het kader van dit rapport wordt alleen het psychische deel van het takenpakket besproken. Er dient voorlichting, advies, instructie en begeleiding plaats te vinden met betrekking tot psychosociale problemen, depressie en psychische gezondheidsbedreigingen voor het kind/jongere. Voor kinderen/jongeren onder de 14 jaar was dit al onderdeel van het basispakket JGZ.⁷ Er is een extra contactmoment voor adolescenten (14 jaar en ouder) toegevoegd. Tijdens dit contactmoment wordt de psychische component geïnventariseerd.⁶ Hiernaast wordt bij alle jongeren ook de draaglast en draagkracht van gezin en kind/jongere ingeschat.⁷ De benoemde onderdelen voorlichting, advies, instructie en begeleiding en activiteiten om collectieve maatregelen te formuleren zijn onderdeel van het basispakket. Hieronder vallen ook enkele extra ondersteunende consulten indien nodig. Dit ter begeleiding van de ouders dan wel het kind/jongere. Per kind/jongere en gezin wordt gekeken of er extra zorg, naast het basispakket, toegevoegd dient te worden. Dit dient door een professional te worden afgewogen op basis van de specifieke situatie en in samenspraak met kind/jongere en de ouders.^{5,6,7} De begeleiding die uitgevoerd wordt na het signaleren van een risicosituatie behoort dus niet bij het basispakket maar is onderdeel van de jeugdwet, ook als deze begeleiding door professionals van de JGZ uitgevoerd wordt.^{5,6}

De jeugdgezondheidszorg kan dus begeleiding bieden en hiermee een aantal problemen verhelpen door uit te gaan van de eigen kracht van kind en gezin. Preventie is dan ook de centrale taak binnen de JGZ. Dit sluit aan op het doel van de jeugdwet, namelijk dat er meer preventie, demedicalisering en meer zorg op maat moet komen. Indien er intensievere zorg nodig is die de jeugdgezondheidszorg niet kan bieden, kan er doorverwezen worden richting jeugdhulp.⁵ In de richtlijnen van de jeugdgezondheidszorg wordt beschreven dat de verantwoordelijkheid van een JGZ professional niet stopt op het moment van doorverwijzing naar jeugdhulp. Totdat het kind/jongere daadwerkelijk bij de instantie is aangekomen waartoe hij/zij verwezen is, dient contact te worden gehouden met dit kind/jongere en het gezin. Ook na afronding van jeugdhulp zou weer contact moeten plaatsvinden.⁸

2.2.2 Jeugdzorg

De regels omtrent de jeugdzorg worden in de jeugdwet beschreven. Onder de jeugdzorg valt preventie, jeugdhulp, de uitvoering van kinderbeschermingsmaatregelen en jeugdreclassering. De jeugdwet beschrijft de jeugdhulp als volgt:

- “Bieden van ondersteuning, hulp en zorg aan jeugdigen en ouders bij het verminderen, stabiliseren, behandelen en opheffen van of omgaan met de gevolgen van psychische problemen en stoornissen, psychosociale problemen, gedragsproblemen of een verstandelijke beperking van de jeugdige, opvoedingsproblemen van de ouders of adoptie gerelateerde problemen.
- Het bevorderen van de deelname aan het maatschappelijke verkeer en het zelfstandig functioneren van jeugdigen met somatische, verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke beperkingen, een chronisch psychisch probleem of psychosociaal probleem.
- Het ondersteunen bij of het overnemen van activiteiten op het gebied van de persoonlijke verzorging gericht op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid bij jeugdigen met verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke beperking of een somatische of psychiatrische aandoening of beperking.”⁹

Het gaat hierbij om kinderen/jongeren tot de leeftijd van achttien jaar. Deze leeftijdsgrens geldt niet voor jongeren in het jeugdstrafrecht.⁹ Deze leeftijdsgrens loopt tot 23 jaar.¹⁰ Naast de aanbieders van jeugdhulp, valt ook het maatwerk van de JGZ onder de jeugdwet. De activiteiten van de Praktijkondersteuning Huisarts Geestelijke Gezondheidszorg (POH-GGZ) blijven echter onder de zorgverzekeringswet vallen.¹¹

De jeugdwet werd gelijktijdig met het Besluit Publieke Gezondheid van kracht. Sinds de invoering van deze wet zijn de gemeenten volledig verantwoordelijk voor de geleverde zorg aan de jeugd en hun gezinnen.⁵ Op deze manier wordt alle zorg van de jeugd gebundeld. Voorheen was dit onderverdeeld onder de Zorgverzekeringswet, AWBZ en de wet op de jeugdzorg. Men vond de zorg te veel versnipperd en pleitte voor een eenduidige financiering en aansturing van de jeugdzorg. Met behulp van de decentralisering hoopt men dit te bereiken. Het inkoopbeleid van de gemeenten is hierbij van groot belang. Zij dienen een goede inventarisatie te maken naar de behoefte aan jeugdhulp. Hiervoor worden door gemeenten steeds vaker lokale monitors voor gebruikt. Door in overleg te gaan over het aanbod met de zorgaanbieders in de gemeente, kan een passend aanbod aan jeugdhulp verkregen worden. De zorg wordt zo meer vraag/behoefte dan aanbod gestuurd.¹²

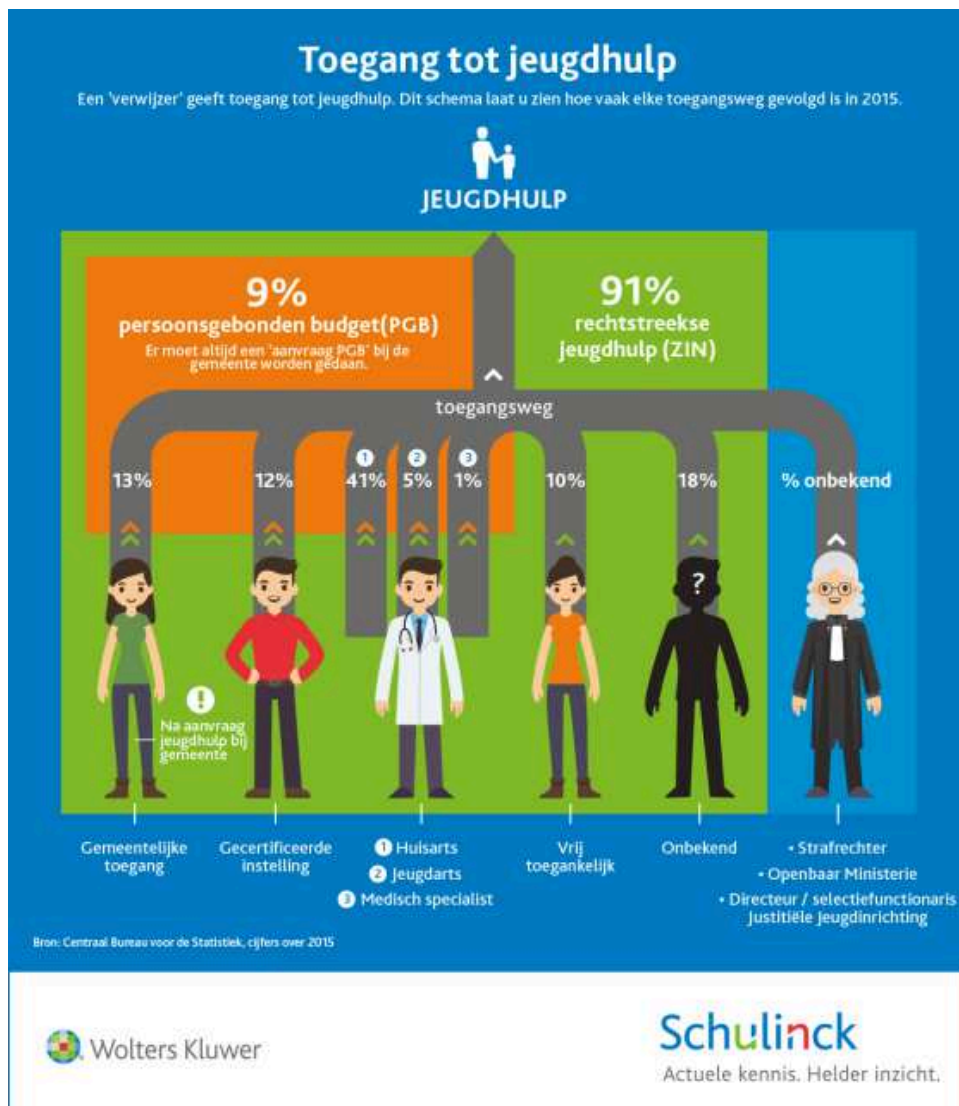
Daarnaast zou er een betere en snellere zorg op maat gerealiseerd kunnen worden door de korte lijnen binnen de gemeente. Op deze manier kan verergering van de problematiek voorkomen worden, wat ertoe leidt dat er minder gespecialiseerde zorg en medicatie nodig is tijdens de behandeling.¹³ De jeugdhulp moet dan ook 'op een laagdrempelige en herkenbare manier worden aangeboden en te allen tijde bereikbaar en beschikbaar zijn in situaties waar onmiddellijke uitvoering van taken is geboden'. Dit houdt in dat jeugdhulp 24/7 bereikbaar moet zijn in geval van crisis en dat wanneer een kind/jongere en/of gezin woonachtig in de betreffende gemeente extra zorg nodig heeft, hier voorzieningen voor getroffen moeten worden. Men streeft ernaar passende jeugdhulp in te zetten. Met andere woorden: zorg op maat te leveren. Dit gaat altijd in overeenstemming met de ouders.⁹

Toegang tot de jeugdhulp vindt plaats middels een verwijzing door een geneeskundige, waaronder jeugdartsen, huisartsen en medisch specialisten. Er staat dan echter nog niet vast wat voor specifieke behandelvorm er nodig is. De jeugdhulpaanbieder, die door de gemeente is ingekocht, zal beoordelen welke activiteiten precies nodig zijn. Zij moeten zich hierbij houden aan de gemaakte afspraken met de gemeente zodat de gemeente in de regierol blijft. De gemeente is er immers uiteindelijk verantwoordelijk voor dat het kind/jongere en/of de ouders de benodigde voorziening daadwerkelijk ontvangt. Door de gemeente wordt een beschikking afgegeven. Dit is het officiële besluit van de gemeente. Deze is in principe in lijn met de verwijzer maar wordt afgegeven aangezien gemeenten nu over de financiering van de zorg gaan. Een zorgvraag kan ook direct bij de gemeente terecht komen vanuit het kind/jongere en/of ouders. Zij kunnen zelf bepalen hoe ze deze toegangspoorten exact vormgeven. Zo kan er bijvoorbeeld een jeugd- of wijkteam aangesteld zijn.^{5,9,13} In gesprek met het kind/jongere, ouders en een deskundige zal worden geïnventariseerd welke zorg nodig is. De deskundige zal namens het college het kind/jongere naar een jeugdhulpaanbieder verwijzen die het beste aansluit bij de hulpvraag. Naast bovengenoemde kan toegang tot de jeugdhulp ook plaatsvinden via gecertificeerde instellingen.¹⁴ Dit zijn instellingen die door de overheid gecertificeerd zijn om de jeugdreclassering en jeugdbescherming uit te voeren.¹⁵ Een kindbeschermingsmaatregel of maatregel tot jeugdreclassering wordt door de kinderrechter aan een kind/jongere opgelegd. Indien er voor de desbetreffende jeugdhulp nodig is, moet dit altijd overlegd worden met de gemeente. De gemeente zal de jeugdhulp inzetten die nodig is aangezien de uitspraken van de rechters altijd uitgevoerd moeten worden, de zogenoemde leveringsplicht. De kinderrechter, het openbaar ministerie en directeur of selectiefunctionaris van de justitiële jeugdinrichting kunnen ook een directe toegang richting de jeugdhulp bieden. Ten slotte zorgt ook de organisatie Veilig Thuis voor toegang richting jeugdhulp.¹⁴ Het overgrote deel van de verwijzingen richting loopt niet via de gemeenten maar via de andere verwijzers. Gemeenten proberen daarom nauwer samen te werken met verwijzers om hen mee te krijgen in hun beleid en visie.¹²

Er zijn echter ook een aantal jeugdhulp voorzieningen vrij toegankelijk. Ouders hebben dan dus geen verwijzing en geen beschikking van de gemeenten nodig om hier hulp te ontvangen. Het gaat hierbij om relatief lichte vormen van hulp en ondersteuning zoals een dyslexiebehandeling (alleen de lichte vormen), poliklinische kortdurende behandelactiviteiten GGZ en orthopedagogische gezinsbehandeling.¹⁶ Deze zijn in veel gemeenten binnen een Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG) gelokaliseerd. Binnen het CJG bevindt zich met name jeugdgezondheidszorg (preventie en algemene

jeugdvoorzieningen) en eerstelijns jeugdhulp. Een aantal gemeenten hebben vorm gegeven aan vergelijkbare voorzieningen zoals het Ouder-Kind Centrum en het Meerpunt. Het doel van deze centra is dat de medewerkers van verschillende disciplines beter kunnen samenwerken door de korte lijnen.¹⁷

Door middel van de jeugdwet kan de gemeente betere verbindingen creëren tussen de verschillende verwijzers (waaronder JGZ) en de jeugdhulp en hiermee meer inzetten op preventie.³ Ook wordt in de jeugdwet aangegeven dat er goed overleg en samenwerking tussen school en gemeente behoort plaats te vinden.⁹



Afbeelding 1: Infographic uit 2015 over toegang tot jeugdhulp¹⁸

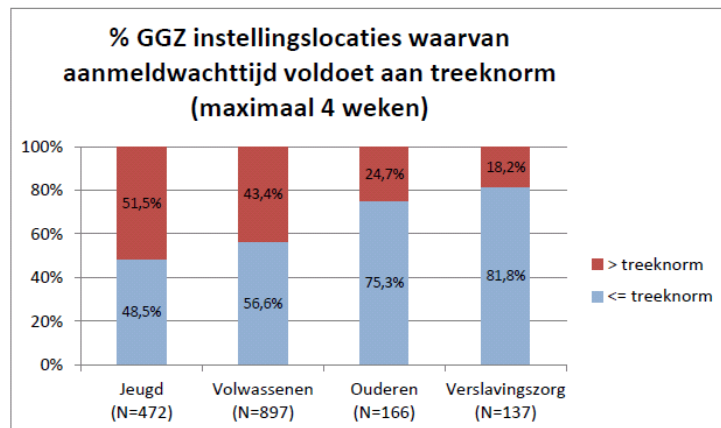
Middels bovenstaande wetten is de invloed van het rijk aanzienlijk verminderd. In het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ van 2014-2017 heeft het rijk wel samen met een aantal partijen afspraken gemaakt. Deze zijn, net als de jeugdwet, met name gericht op preventie, demedicalisering en zorg op maat. Ook wordt besproken dat wachtlijsten in de GGZ uiterst ongewenst zijn en dat partijen hun uiterste best doen om deze te beperken.¹⁹ De gemeenten dienen dan ook aan te geven welke resultaten zij verwachten te behalen, hoe deze gemeten worden en of ze uiteindelijk ook behaald zijn. Daarnaast heeft staatssecretaris van Rijn aangegeven dat gemeenten vanaf 2018 gedwongen worden om ervoor te zorgen dat er een dekkend aanbod van jeugdhulp in de regio's is.

Zorgaanbieders die geen plek meer hebben moeten dit bij de gemeente gaan melden. Hier zal een nieuw wetsvoorstel over ingediend worden.²⁰

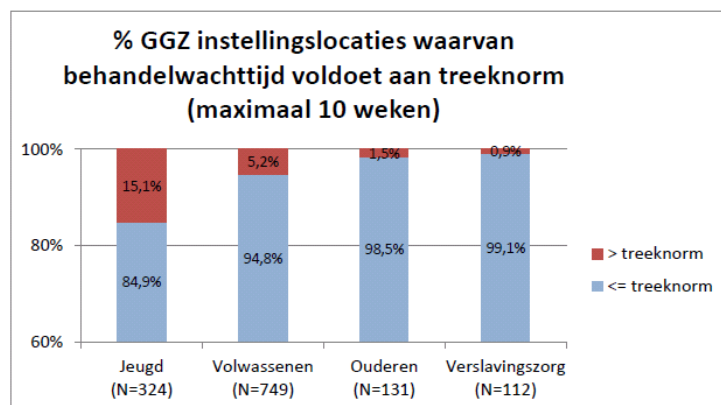
2.2.3 Treeknormen

Hoewel er via de wetten aangestuurd wordt op kortere wachttijden en wachtlijsten, is dit helaas in de praktijk niet het geval. In een deel van de gevallen worden zelfs de treeknormen overschreden. De wachttijdproblematiek in de GGZ speelt al langere tijd. Echter, door de transitie zijn gemeenten en aanbieders nog zoekende om de jeugdhulp op een goede manier te organiseren. Daarnaast moet er bezuinigd worden op het gebied van jeugdhulp aangezien het aantal kinderen/jongeren in Nederland afneemt en men denkt dat door de decentralisering er meer ingezet kan worden op preventie waardoor dure intensieve hulp meer voorkomen kan worden. Door de ontwikkelingen na de transitie zijn de wachtlijsten sinds 2015 opgelopen en is het aantal meldingen bij de crisishulp toegenomen.¹²

Mediquest heeft in februari 2017 een onderzoek uitgevoerd naar onder andere de wachttijden binnen de jeugd GGZ. Het gaat hierbij om kinderen/jongeren tot achttien jaar met angststoornissen, depressie of andere geestelijke gezondheidsproblemen. 51% van de onderzochte GGZ-instellingen blijkt de vastgestelde treeknorm niet te halen. Gemiddeld moeten kinderen 6 weken wachten op een intakegesprek. Deze periode wordt de aanmeldwachttijd genoemd. Hiermee wordt de treeknorm van 4 weken ruimschoots overschreden. Daarnaast werd er onderzoek gedaan naar de behandelwachttijd, dit wil zeggen, de wachttijd vanaf intake totdat de behandeling plaatsvindt. In dit onderzoek wordt een maximale behandelwachttijd van 10 weken aangenomen. 15% van de GGZ-instellingen heeft een langere wachttijd dan de genoemde 10 weken. De gemiddelde wachttijd van alle instellingen lag op ruim 5 weken.^{2,21} Echter vaak wordt een maximale behandelingswachttijd van 6 weken aangehouden als treeknorm (zie hieronder).



Behandelwachttijd



MediQuest

Afbeelding 2: Resultaten MediQuest²

De NZa heeft onderzoek gedaan naar de haalbaarheid van de treeknormen in de algemene GGZ. De treeknormen zijn in 2000 vastgelegd tijdens het Treekoverleg en zijn vanaf 2001 in gebruik. De normen zijn door zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars bepaald. Treeknormen staan voor de maximaal aanvaardbare wachttijd voordat een patiënt zorg ontvangt.²² In juni 2016 werd door kamerlid Keijzer een motie ingediend dat de treeknormen ook voor de jeugdhulp zouden moeten gelden. Deze motie is ingediend.^{23,24}

Dit zijn de treeknormen voor de GGZ (spoed uitgezonderd):

- Aanmeldwachtijd (tot aan een eerste consult/intake): maximaal 4 weken, 80% binnen 3 weken.
- Tot aan diagnose: maximaal 4 weken, 80% binnen 3 weken.
- Behandelingswachtijd (tot aan de aanvang van de extramurale of semimurale behandeling): maximaal 6 weken, 80% binnen 4 weken.
- Behandelingswachtijd (tot aan de aanvang van de intramurale behandeling): maximaal 7 weken, 80% binnen 5 weken.

De NZa concludeert dat er veel factoren onderhevig zijn aan de wachttijdproblematiek maar dat de huidige treeknormen niet ongeschikt blijken te zijn. Wel wordt aangegeven dat differentiatie van de zorg en de treeknormen ertoe kunnen leiden dat de normen beter aansluiten bij de specifieke zorgbehoeften van de verschillende patiëntengroepen.²²

Op dit moment wordt, zoals hierboven beschreven, niet altijd aan de treeknormen voldaan. De NZa heeft intussen de regels voor de algemene GGZ aangescherpt met betrekking tot de publicatie van wachttijden. Instellingen en vrijevestigde organisaties dienen hun wachttijden te publiceren en behoren aan te geven dat verzekeraars kunnen helpen bij de bemiddeling richting een andere zorgaanbieder bij te lange wachttijden en wachtlijsten.²² De NZa heeft formeel gezien geen rol in de jeugdwet waardoor het binnen de jeugdhulp nog niet verplicht is. Echter geeft de VNG aan in te stemmen met het advies dat jeugdzorgaanbieders hun wachttijden bij de NZa publiceren. Dit wordt bekrachtigd met de motie van kamerlid Keijzer.²³ Hoewel zaken nog niet vastgelegd zijn in de jeugdwet, zijn er wel afspraken gemaakt met de gemeenten en aanbieders. Aanbieders zullen hun wachttijden transparant maken en kinderen doorgeleiden naar aanbieders die wel voldoende plek hebben. Daarnaast zullen gemeenten ervoor zorgen dat medewerkers weten welke zorg door de gemeenten is ingekocht en zullen ze met de aanbieders in gesprek blijven over de wachttijden. Dit houdt in dat ze hier contractuele afspraken over maken. Aanbieders behoren hierbij tijdig aan te geven als ze wachttijden verwachten door deze te publiceren en aan de gemeente door te geven.²⁵ Op deze manier hopen ze onder andere de wachttijden terug te kunnen dringen zodat er meer aan de vastgestelde treeknormen voldaan wordt. Belangrijk om te benoemen is dat het niet altijd behalen van de treeknormen niet automatisch inhoudt dat patiënten niet de zorg kunnen krijgen waar zij behoefte aan hebben. Het kan zijn dat de ene aanbieder een lange wachttijd heeft maar dat ze bij een andere geschikte aanbieder wel snel zorg kunnen ontvangen.²² Daarom is het belangrijk om uit te zoeken waar de knelpunten liggen en hoe we de tijdigheid van de zorg kunnen verbeteren voor de individuele patiënt.

Casus Emma

Emma is een 16-jarig meisje met borderline, posttraumatische stressstoornis, autisme en ADHD. Door deze uitgebreide en complexe psychische problematiek heeft ze zeer specifieke hulp nodig. Er bestaat echter een beperkt aantal plaatsen voor deze intensieve zorg waardoor er een wachtlijst is. In de maanden dat Emma moest wachten kreeg ze overbruggingszorg van de crisisopvang, wat ontoereikend bleek te zijn en resulteerde in een zoveelste zelfmoordpoging. Haar ouders deden een oproep op Facebook: "We zijn ten einde raad. Hoeveel zelfmoordpogingen moeten we nog meemaken? Een geslaagde poging en we zijn ons meissie kwijt". De oproep is veelvuldig gedeeld en kreeg aandacht in de Tweede Kamer. Voor Emma is een passende plek gevonden maar er zijn meer casussen zoals Emma. Daarom moeten er veranderingen plaatsvinden.^{26,27}

3. Onderzoeksvragen

De groeiende wachttijden binnen de jeugdhulp is een landelijke probleem. Vanuit de GGD Regio Utrecht willen we onderzoeken hoe groot het probleem voor de jeugdgezondheidszorg in deze regio is en waar dit mee samenhangt. Op deze manier kunnen we inschatten in hoeverre er interventie nodig is op dit gebied. Daarnaast willen we uitzoeken waar de knelpunten liggen en hoe dit voorkomen kan worden. Hierbij staan de volgende onderzoeksvragen centraal:

Omvang van het probleem

Hoe groot is het probleem van de wachttijden rondom de GGZ voor de jeugdgezondheidszorg?

Hoe lang zijn de wachttijden richting jeugdhulp in de regio Utrecht? Is dit toegenomen sinds januari 2015? Wat zijn de ervaringen van jeugdartsen, jeugdverpleegkundigen en andere professionals in dit vakgebied? Lopen zij hier tegenaan binnen het uitoefenen van hun professie? En wat zijn de gevolgen? Hoe verhoudt dit zich tot landelijke cijfers?

Oorzakelijke factoren

Wat zijn de oorzaken van de oplopende wachttijden?

Waar lopen jeugdartsen, jeugdverpleegkundigen en andere professionals tegenaan bij het verwijzen van patiënten richting de jeugdhulp? Waar liggen volgens hen de knelpunten in het systeem? Wat wordt er vanuit andere rapporten aangemerkt als knelpunten?

Mogelijke oplossingen

Hoe zouden de wachttijden beperkt kunnen worden?

Is er een rol voor de jeugdgezondheidszorg om deze wachttijden te beperken en wat zou hun bijdrage kunnen zijn? Wat wordt op dit moment al gedaan rondom deze problematiek? Welke aanpassingen in het systeem zijn nodig? Wat zou de ideale situatie zijn? Wat zou de GGD kunnen doen omtrent dit probleem?

4. Methode

De problematiek rondom de wachttijden en wachtlijsten is complex. Daarom is dit probleem vanuit verschillende perspectieven benaderd. Voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen is het volgende uitgevoerd:

Kwantitatieve resultaten

Om kwantitatieve resultaten over de wachttijden in de GGZ te verkrijgen is een epidemioloog van de GGD regio Utrecht bij dit onderzoek betrokken voor het aanleveren van cijfers en het geven van advies. Helaas bleken er binnen onze GGD geen cijfers over dit probleem aanwezig te zijn. Hierna is er contact geweest met een aantal instanties om gegevens op te vragen. MediQuest heeft een aantal gegevens van hun analyse over de regio Zuidoost Utrecht toegestuurd. In verband met de beperkte tijd voor dit onderzoek zijn geen analyses van andere regio's verricht. Vanuit het Nationaal Jeugdinstituut (NJI) konden geen gegevens verkregen worden.

Op landelijk niveau zijn er geen cijfers over wachttijden bekend. Daarom zijn er, na een literatuurstudie, gegevens uit een landelijk rapport van het NJI gebruikt die 8 zeer verschillende gemeenten onderzocht heeft. Op deze manier konden we toch een beeld scheppen over de precieze problematiek en deze cijfers vergelijken met de cijfers in Utrecht.

Kwalitatieve resultaten

Voor het kwalitatieve deel van het onderzoek zijn verschillende (telefonische) interviews met sleutelfiguren binnen de jeugdgezondheidszorg gehouden ter inschatting van de grootte van het probleem binnen de jeugdgezondheidszorg, de zaken waar tegenaan gelopen wordt en wat (hen) zou kunnen helpen bij het beperken van de wachttijden. Deze sleutelfiguren betroffen jeugdartsen, jeugdverpleegkundigen en pedagogische adviseurs die in de verschillende jeugdregio's binnen de regio Utrecht werkzaam zijn. Uit elke jeugdregio is minimaal één sleutelfiguur geïnterviewd om een zo representatief mogelijk beeld over de gehele regio Utrecht te kunnen geven. Er waren vooraf vragen opgesteld (zie bijlage). Er was ook ruimte voor de geïnterviewde om overige zaken te bespreken. Daarnaast zijn er een aantal sleutelfiguren die in verband met de beperkte tijd informatie via de mail gestuurd hebben.

Naast het houden van interviews wilden we een korte enquête houden onder de JGZ professionals om een zo representatief mogelijk beeld te geven van het probleem. Gezien de korte tijd en een te verwachten lage respons, hebben we besloten hiervan af te zien.

We hebben geprobeerd mensen van het wijkteam en de gemeente in ons onderzoek te betrekken voor interviews maar we kregen helaas weinig respons.

Er werd een literatuuronderzoek uitgevoerd naar de problematiek rondom wachttijden. Er werd o.a. gezocht naar rapporten waarbij knelpunten en oplossingen aangedragen werden. Dit kon vergeleken worden met de situatie in de regio Utrecht en extra aanvullingen bieden. Er is ter uitbreiding van het literatuuronderzoek contact opgenomen met het NJI, Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ), Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) en Gemeentelijke Gezondheidsdienst Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio (GGD GHOR) voor verdere informatie, documenten, onderzoeken en richtlijnen. Er kwam geen extra informatie uit naar voren. Het NCJ gaf hierbij aan dat dit geen onderwerp is waar ze tot dusver aandacht aan besteed hebben.

Ten slotte is binnen de GGD regio Utrecht zelf de GGDAAtlas, het kwaliteitshandboek en de themagroepen geraadpleegd. Dit leverde geen aanvullende informatie op.

5. Resultaten

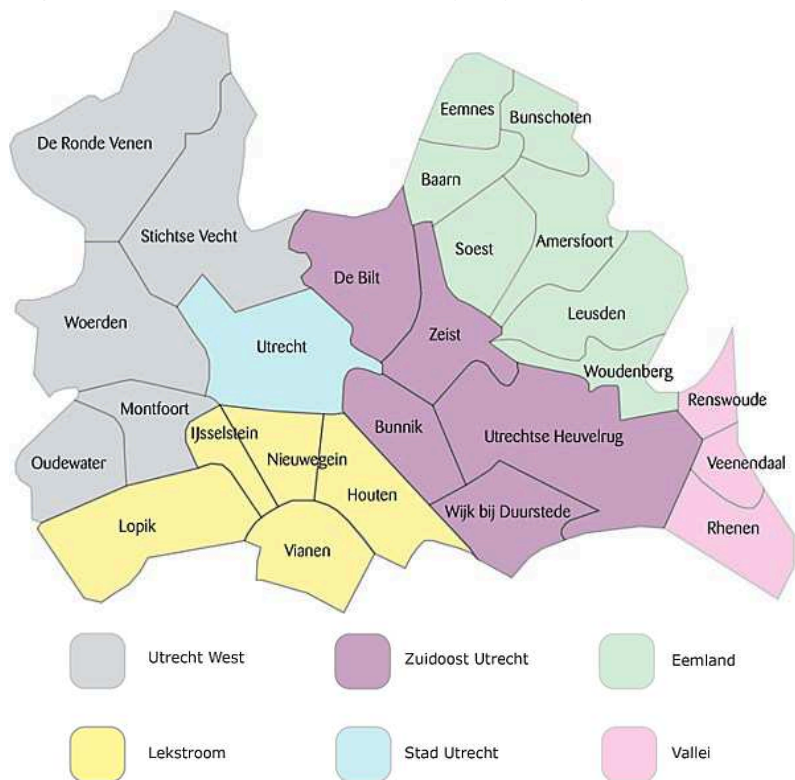
5.1 Omvang van het probleem

5.1.1 Cijfers over de wachttijden

Op landelijk niveau worden op dit moment enkel cijfers van jeugdhulpgebruik genoteerd, waarbij een onderverdeling in verschillende typen jeugdhulp gemaakt wordt. Qua wachttijden en wachtlijsten worden er geen landelijke gegevens gepubliceerd. Ook op gemeentelijk en regionaal niveau zijn dergelijke gegevens vaak niet beschikbaar of moeilijk te duiden. Zorgaanbieders hebben vaak wel informatie over de wachttijden binnen hun organisatie maar deze kunnen niet zomaar bij elkaar opgeteld worden. Er worden immers vaak verschillende definities voor wachttijden gebruikt waardoor ze lastig te vergelijken zijn.¹²

Om toch tot enkele landelijke cijfers te komen (en deze later te kunnen vergelijken met cijfers uit onze regio) hebben we de cijfers uit het rapport 'Wacht maar' van het NJI gebruikt. Zij hebben op landelijk niveau onderzoek gedaan naar de wachttijden en hiervoor de informatie van 8 gemeenten gebruikt. Deze zijn zo gekozen dat ze onderling zeer verschillend waren in omvang, ligging, organisatie van inkoop ed. Op deze manier kan een breed beeld verkregen worden en zullen veel gemeenten in hun resultatenrange vallen. Zoals hierboven aangegeven verschiden ook hier de definities van de wachttijden onderling. Daarom zijn alleen heel algemene gegevens weergegeven en wordt er verder geen onderscheid in type wachttijd gemaakt (aanmeldwachttijd en behandelwachttijd bijvoorbeeld). Van alle 8 de gemeenten zijn de wachttijden van een aantal aanbieders genoteerd. Deze varieerden van 2 tot 60 weken. Het laatste betrof langdurige begeleiding van jongeren tot 18 jarige leeftijd. Omdat de doorstroom in dit veld erg laag is, lopen de wachttijden hier enorm op. Over het algemeen lag de wachttijd voor jeugdhulp tussen de 8 weken en 3 maanden. Dit is afhankelijk van het type jeugdhulp dat gevraagd wordt. Bij één gemeente bleek er ook een wachttijd bij de wijkteams te bestaan, waarbij er tussen de 70 en 80 kinderen aan het wachten waren.¹²

Ook voor de regio Utrecht is geen openbare publicatie met betrekking tot gegevens rondom de wachttijden. Regio Utrecht bestaat uit de volgende zes jeugdregio's: Utrecht West, Zuidoost Utrecht, Eemland, Lekstroom, Utrecht Stad en Vallei.²⁸ In augustus 2017 heeft MediQuest in opdracht een analyse uitgevoerd naar de wachttijden in de regio Zuidoost Utrecht. Deze regio betreft de gemeenten Bunnik, De Bilt, Utrechtse Heuvelrug, Wijk bij Duurstede en Zeist. Zij hebben middels een overzicht van GGZ-instellingen de vestigingslocaties en wachttijden verzameld.



Afbeelding 3: Jeugdregio's Regio Utrecht²⁸

Deze haalden ze van de websites van de desbetreffende GGZ-instellingen. Ditzelfde hebben ze met vrijgevestigde GGZ zorgaanbieders gedaan.

Omdat het niet verplicht is voor aanbieders om de wachttijden op de site te publiceren, wordt dit ook niet door allen gedaan. Zo hebben van de 100 unieke aanbieders in regio Zuidoost Utrecht 51 aanbieders hun wachttijden gepubliceerd. Deze wachttijden worden weergegeven in tabel 1. De gemiddelde aanmeldwachttijd betrof 8.4 weken en is daarmee een stuk langer dan de treeknorm van 4 weken. Bij vrijgevestigde aanbieders lagen deze wachttijden een stuk lager met 5.5 weken. De gemiddelde behandelwachttijd was 1.8 weken en blijft daarmee ruim binnen de treeknormen. Van aanmelding tot behandeling bestond een gemiddelde wachttijd van 10.2 weken. Helaas hebben we geen zicht op de spreiding in de wachttijden aangezien we alleen de gemiddelde gegevens hebben.²⁹

Type aanbieder	Totaal (n) °	Wachttijd gepubliceerd (n) °	Aanmeldwachttijd (weken)	Behandelwachttijd (weken)
Instelling	34	25	8.7	1.7
PUK/PAAZ	1	1	8.7	2
Vrijgevestigde	65	25	5.5	2.2
Totaal	100	51	8.4	1.8
Treeknormen			4	6/7*

°n = aantal instellingen

*Extramurale zorg is 6 weken, intramurale zorg 7 weken.²²

Tabel 1. Wachttijden in regio Zuidoost Utrecht²⁹

5.1.2 Ervaringen vanuit de jeugdgezondheidszorg

Uit de 9 interviews met sleutelfiguren uit de jeugdgezondheidszorg (hierna professionals genoemd) vanuit verschillende jeugdregio's binnen de regio Utrecht blijkt dat alle professionals te maken hebben met wachttijden richting de jeugdhulp. Deze variëren over het algemeen tussen de 1 en 4 maanden, met de meeste wachttijden tussen de 6 weken en 3 maanden. Echter kunnen in enkele gevallen de wachttijden oplopen tot een jaar! Het gaat dan vaak om gespecialiseerde zorg in een expertisecentrum. De langste wachttijden werden over het algemeen vanuit de regio's Zuidoost Utrecht en Utrecht West gerapporteerd. In één van de gemeenten worden zelfs wachttijden beschreven richting SAVE en Veilig Thuis. Hierbij gaat het vaak om kinderen met serieuze problematiek zoals forse mishandeling, huiselijk geweld ed. Het duurt weken voordat ouders contact hebben en voordat er iets in gang gezet wordt. Soms worden aanvragen doorgestuurd richting de wijkteams maar ook hier zijn wachttijden waardoor gezinnen alsnog 4 tot 6 weken moeten wachten voordat er iemand bij hen thuis komt. Ook een aantal andere geïnterviewden uit verschillende regio's beschrijven dat er wachttijden richting de 1^e lijn ontstaan binnen hun gemeente. Het verschilt per gemeente of de 1^e lijn uit een sociaal wijk-/buurteam of het CJG bestaat. Gemiddeld liggen de wachttijden richting de 1^e lijn tussen de 1 en 2 maanden. In sommige gemeenten kunnen ouders en kind/jongere wel snel terecht. In één gemeente wordt er zelfs binnen een week contact gelegd met de ouders.³⁰

Binnen een aantal gemeenten worden er verschillen waargenomen in de wachttijden richting verschillende typen jeugdhulp. Met name gespecialiseerde/complexere zorg zoals het autismeteam van Altrecht, kinderpsychiatrische therapeuten, behandeling van eetstoornissen of specifieke angstbehandelingen hebben vaak lange wachttijden. Anderen ervaren geen grote verschillen en zien overall een wachttijd van enkele maanden. Gelukkig kan er bij urgentie altijd zorg geleverd worden. Vaak wordt een crisisinterventie gestart of worden er andere snelle oplossingen gerealiseerd.³⁰

Naast de feitelijke gegevens zijn ook de ervaringen van de professionals van belang. Enkele sleutelfiguren geven aan niet veel last van de wachttijden te hebben. Dit komt deels doordat de verwijzingen in hun gemeente met name via het CJG dan wel het wijkteam gaan en de opvang in de

tussentijd ook in de 1^e lijn plaatsvindt. Op deze manier hebben de professionals uit de jeugdgezondheidszorg er niet veel mee te maken. Anderen beschrijven dat er nu eenmaal wachttijden zijn (waar je zelf niet veel aan kan veranderen) en dat dat meer nadelige gevolgen voor ouder en kind/jongere heeft dan voor de professional zelf. Daarnaast ervaren ze dat er bij urgente zaken wel actie ondernomen wordt.

Daarentegen hebben andere sleutelfiguren juist wel last van de wachttijden. Dit komt door een aantal factoren die hieronder beschreven worden.³⁰

Overbruggingszorg

Om de periode van wachten te overbruggen, wordt er extra zorg geleverd door professionals uit de jeugdgezondheidszorg. Dit bestaat uit extra contactmomenten, extra huisbezoeken of uit kortdurende trainingen/modules. Soms wordt de overbruggingszorg niet door de professionals van de jeugdgezondheidszorg zelf uitgevoerd maar gaan ze samen met lokale hulpverleners op zoek naar een zo goed mogelijke korte termijn oplossing. Vaak gaat maatschappelijk werk nog wat langer door, wordt er gekeken of het CJG/wijkteam iets kan betekenen of dat er via de Basis GGZ overbruggingszorg geleverd worden. Hiernaast wordt er ook meegedacht in multidisciplinaire overleggen (MDO's) en worden er adviezen over deze patiëntengroep gegeven. Dit alles kost veel tijd.³⁰

Verhoogde werkdruk

Er heerst een hoge werkdruk door een vergrote caseload (professionals blijven contact met gezinnen houden terwijl het normale werk ook doorgaat) en door extra taken (waaronder MDO's bijwonen en passende hulpverlening zoeken). Hierdoor raken mensen overbelast en zullen ze eerder overstappen naar een andere baan. Je ziet dat de roulatie heel groot is. Dit betekent dat ouders en kind/jongere steeds nieuwe hulpverleners krijgen maar ook dat er steeds weer nieuwe collega's komen. Dit is dus voor alle partijen veel wennen en niet ideaal.³⁰

Te zware zorg in de nulde lijn

Doordat kinderen/jongeren moeten wachten op passende zorg blijven ze langer in de nulde lijn. De professional ervaart bij te zware casuïstiek betrokken te zijn maar wil deze patiënten ook niet aan hun lot overlaten waardoor hij/zij toch blijft begeleiden.³⁰

Verergering problematiek en escalatie

De verergering van de problematiek heeft twee oorzaken. Ten eerste kan de problematiek zich in de tijd van het wachten verzwaren of kunnen er symptomen bij komen zoals psychosomatische problematiek. De hulp die eerst bedacht was is dan soms niet meer genoeg. Daarnaast geldt het volgende; dat we kinderen/jongeren graag zo lang mogelijk met lichte hulp willen behandelen. Dit kan voor een aantal kinderen/jongeren ontoereikend zijn waardoor ze te lang niet de hulp ontvangen die ze eigenlijk nodig hebben. De aandoening verergert zich en er is toch zware hulp nodig. Vaak is dan ook, op het moment dat men doorverwijst, dat er snel geschakeld moet worden. In beide gevallen kan het escaleren en kan er een crisisinterventie nodig zijn.³⁰

Verminderd vertrouwen in de zorg

Men ervaart dat ouders het vertrouwen in de hulpverlening kunnen verliezen door het lange wachten. Ze krijgen het gevoel dat er iets in gang gezet wordt maar moeten vervolgens weer wachten. Dit kan wrijving geven. In een aantal gevallen zien kinderen/jongeren en/of ouders af van zorg door het lange wachten. Professionals geven aan dat het soms lastig is mensen te motiveren om extra hulp te ontvangen. Het is dan erg vervelend als mensen deze motivatie verliezen doordat ze te lang moeten wachten. Het geeft het meeste effect wanneer er meteen doorgepakt kan worden op het moment dat mensen gemotiveerd zijn. Nu lopen kinderen/jongeren zorg mis.³⁰

Wachttijden in de eerste lijn

Hierboven is al benoemd dat een aantal gemeenten kampen met wachttijden in de eerste lijn. Dit is ook iets waar professionals tegenaan lopen. Er zijn al wachttijden en -lijsten om door te gaan richting de GGZ. Het voelt voor hen niet goed dat er nu ook wachttijden richting het CJG dan wel wijkteam zijn. Hierdoor kan een kind of jeugdige nog niet snel terecht. Het mooiste zou het zijn als het CJG zaken snel op zou kunnen pakken, voor volledige zorg of puur ter overbrugging.³⁰

Het doel van de preventieve zorg

Een ander aspect wat genoemd werd is dat de doelstelling van het werk, namelijk een preventievere insteek hebben, niet lukt. Men is nu meer bezig met begeleiden en dit gaat soms ten koste van preventie en gezondheidsbevordering waarvoor de jeugdgezondheidszorg in het leven is geroepen.³⁰

Ten slotte wordt benoemd dat deze zaken meer tijd, energie en geld kosten. Met name tijdsgebrek is iets waar professionals duidelijk tegenaan lopen.³⁰

5.2 Oorzakelijke factoren5.2.1 Knelpunten binnen de regio Utrecht

In de interviews met professionals werden een aantal knelpunten genoemd die ook op landelijk niveau naar voren kwamen. Deze informatie komt vanuit meerdere landelijke onderzoeken.

De transitie

Men wijdt ten eerste een deel van de wachttijdproblematiek aan de transitie, gecombineerd met bezuinigingen. We moeten nog wennen aan een gedecentraliseerd stelsel en de dynamiek hierbinnen.^{12,30,31} Er wordt aangegeven dat het lang duurt voordat protocollen en routes gedefinieerd zijn en dat dit nog altijd niet helemaal helder is.³⁰ Uit landelijk onderzoek komt verder naar voren dat er een gebrek is aan een duidelijke regie en visie vanuit de gemeenten en dat zij onvoldoende inhoudelijke kennis bezitten.^{12,31}

Zowel in de regio Utrecht als op landelijk niveau wordt aangegeven dat het nog zoeken is naar de juiste samenwerking tussen ketenpartners en wie welke taken op zich neemt. Met name de samenwerking tussen wijkteams en de jeugdhulpaanbieder zou beter kunnen, zeker wanneer zij allebei een deel van de zorg op zich nemen. Zij zouden meer met elkaar kunnen sparren en taken van elkaar kunnen overnemen. Hierdoor zou men vroeg(er) kunnen afschalen (hieronder genoemd). Een ander knelpunt op dit gebied is dat de jeugdgezondheidszorg niet altijd op de hoogte gebracht wordt over het opstarten en afsluiten van de hulpverlening.⁸ Het ontbreekt aan korte lijnen tussen de jeugdgezondheidszorg en de jeugdzorg teams uit de 1^e lijn. Men geeft ook aan het lastig te vinden dat er grote verschillen tussen de gemeenten bestaan. Zeker bij complexe problematiek kan het voor verschillende gemeenten lastig zijn samen te werken en kunnen er misverstanden ontstaan. Als voorbeeld werd gegeven dat het kind/jongere in een andere gemeente op school zit dan waar het kind woont. Qua GGD vallen ze onder de regio waar ze op school zitten maar wat betreft de leerplicht vallen ze onder de gemeente waar ze wonen. Dit kan onhandige situaties geven.^{12,30}

Tijdig afschalen

Er bestaan ook knelpunten met betrekking tot tijdig afschalen. Professionals in de jeugdgezondheidszorg regio Utrecht geven aan dat het fijn zou zijn als er tijdig afgeschaald kan worden zodat er weer ruimte komt voor nieuwe verwijzingen.³⁰ Uit het landelijk onderzoek komt naar voren dat jeugdhulpaanbieders niet altijd het gevoel hebben dat ze op verantwoorde wijze kunnen afschalen en soms durven beleidsambtenaren hier niet altijd een beslissing over te nemen. Daarnaast raken kinderen/jongeren soms uit beeld bij het wijkteam na doorverwijzing, terwijl het wijkteam de regierol dient te vervullen. Dit verloopt nog niet overal soepel.^{12,31}

Gemeentelijk budget

Het budget van de gemeente wordt ook als een probleem gezien. Gemeenten hebben maar een beperkt budget voor de totale zorg rondom de jeugd, inclusief de jeugdhulp. Een aantal gemeenten werken met een budgetplafond voor zorgaanbieders. Indien deze bereikt wordt kan er in principe geen verdere zorg meer geleverd worden. Hierdoor werken sommige aanbieders met een opnamestop of met postcodezorg. Dit laatste houdt in dat kinderen/jongeren die uit een postcodegebied komen waar nog geen plafond bereikt is, voorrang krijgen op de wachtlijst ten opzichte van kinderen/jongeren die uit een gebied komen waar het plafond al wel bereikt is. Deze laatste groep komt onderaan de wachtlijst of worden zelfs geweigerd. Budgetplafonds kunnen op deze manier juist wachttijden creëren. Bijna alle gemeenten werken met een urgentiebeleid: dat in geval van crisis er extra financiering kan worden verstrekt om deze kinderen/jongeren in nood te helpen, ook wanneer het plafond al bereikt is. Een speciaal team van de gemeente beslist hierover.^{12,30}

Beperkt aanbod gespecialiseerde jeugdhulp

Het beperkte aanbod aan gespecialiseerde jeugdhulp wordt ook als een probleem gezien. Indien er in de regio niemand anders deze zorg levert, is verwijzing naar een collega-instelling niet mogelijk. Hierdoor zullen de wachttijden snel oplopen. Een alternatief is om het kind/de jongere bij een andere gemeente onder te brengen. Dit kan ver van de woonplaats af zijn, wat een enorme impact op het kind/jongere en gezin heeft. Ditzelfde geldt wanneer de benodigde gespecialiseerde zorg niet voor handen is in die regio. Ook dan moet er uitgeweken worden naar andere plaatsen. Uit de interviews kwam daarnaast naar voren dat een aantal zaken landelijk georganiseerd zijn, zoals de behandeling van anorexia en loverboy problematiek. Niet alle gemeenten hebben hier contracten mee. Ook dit geeft moeilijkheden.^{12,30}

Individuele factoren

Er zijn factoren waar de gemeenten, aanbieders en jeugdgezondheidszorg weinig invloed op hebben. Het proces van ouders is hierbij erg belangrijk. Zij kunnen soms nog niet toe zijn aan doorverwijzen en willen nog even wachten. Het kan ook zijn er sprake is van een niet gemeenschappelijke probleemdefinitie. Dit houdt in dat ouders het niet eens zijn met de veronderstelde diagnose. Het kind/jongere kan niet meteen doorverwezen worden maar er moet eerst uitleg gegeven worden. Beide zaken geven vertragingen in het proces. Tegen de tijd dat ze extra hulp willen ontvangen zitten ze soms al erg omhoog en raken ze in de knel met de wachttijden. Ook wanneer ouders op een beperkt aantal dagen kunnen, kan dit leiden tot vertragingen en daarmee een minder goede doorloop. Ten slotte geldt dat bij jeugdhulptrajecten met verblijf veel factoren een rol spelen bij de wachttijden zoals het vinden van een passend gezin bij het kind/jongere.^{30,32}

Uit de interviews bleken ook andere zaken binnen de jeugdregio's van de regio Utrecht te spelen. Dit werd niet in de landelijke onderzoeken benoemd.

Beperkt aanbod jeugdhulp

Op veel plaatsen zijn bezuinigingen bij de jeugdhulpaanbieder waargenomen met een verlies aan mankracht waardoor er een beperkt aanbod aan jeugdhulp ontstond. Dit leidde tot een toename van wachttijden en tot veel wisselende gezichten tijdens het behandeltraject. Ouders vinden het vervelend weinig continuïteit te hebben.³⁰

Aansluiting laagdrempelige zorg met GGZ

Er wordt 'een gat' tussen de laagdrempelige zorg en intensievere GGZ zorg ervaren. Wanneer de GGZ te zwaar is voor een kind, wil men ze liever richting lichtere zorg sturen zoals een kindercoach. Echter moeten ouders dit zelf betalen en vinden ze dit vaak te duur. Het gevolg is dat ze soms lang afwachten en daardoor alsnog naar de GGZ moeten. Het kan ook zijn dat ze een verwijzing richting de GGZ regelen via de huisarts. Op deze manier ontstaan er meer doorverwijzingen richting de GGZ dan nodig.

Daarnaast vinden er bezuinigingen plaats op het gebied van onderwijs. Ook hier kan laagdrempelige zorg en begeleiding plaatsvinden die verdere doorverwijzingen richting GGZ kunnen voorkomen.³⁰

Verzekeringstechnische beperkingen

Een ander probleem omtrent zorgverzekeringen bestaat bij jongeren van 18 jaar en ouder. Zij hebben meestal uitsluitend een basisverzekering en kunnen het eigen risico niet betalen. Ze willen ook lang niet altijd hun ouders erbij betrekken. Gezien de kosten willen ze niet doorverwezen worden richting extra hulpverlening. Professionals proberen hen begeleiding te geven door ze bijvoorbeeld naar de POH-GGZ van de huisarts te sturen. Echter, de problemen kunnen zich in de tussentijd verergeren waardoor ze opgegeven moment toch op korte termijn verdere hulp nodig hebben en dan tegen de wachttijden en wachtlijsten aanlopen.³⁰

Administratie

Er gaat ook veel tijd en vertragingen in de administratie zitten. Het blijkt dat het aanvragen van een beschikking bij de backoffice weken kan duren. Dit veroorzaakt ook weer extra lange wachttijden omdat sommige aanbieders pas met jeugdhulp willen starten nadat de beschikking afgegeven is. Daarnaast kosten de administratieve taken en protocollen binnen de jeugdgezondheidszorg veel tijd. Hierdoor is er minder tijd over voor patiëntcontact terwijl er soms juist extra begeleiding nodig is tijdens wachttijden ter overbrugging.³⁰

Verwijzingen via CJG

Vanuit één gemeente werd aangegeven dat de meeste verwijzingen via het CJG gaan, terwijl men vroeger zelf rechtstreeks kon verwijzen. Het knelpunt wat zij hierbij aangeven is dat het CJG soms andere ideeën over de hulpverlening heeft. Aangezien zij de beschikking schrijven hebben zij als het ware de macht in handen. Dit kan men als arts omzeilen maar er wordt aangegeven dat men de relatie met het CJG goed wil houden. Dit kan soms lastig zijn.³⁰

Anonieme casusbesprekingen

Wat ten slotte uit de interviews kwam, is dat bij één gemeente de besprekingen tussen de verschillende partijen anoniem moet gebeuren. De gemeente blijft aangeven dat de privacy gewaarborgd moet worden. Dit kan een goede samenwerking tussen de verschillende partijen in de weg staan.³⁰

5.2.2 Beschreven knelpunten in landelijke onderzoeken

Uit landelijk onderzoeken komen de overige oorzaken van de wachttijden naar voren:

- GGZ aanbieders die in de regio een goede naam hebben krijgen vaker verwijzingen. Dit gebeurt met name onder huisartsen. Hierdoor ontstaan er langere wachttijden bij deze specifieke aanbieders.¹²
- Men ervaart dat er meer vraag naar jeugdhulp komt en dat dit vaker zwaardere zorg betreft. Verklaring voor de toegenomen vraag is dat mensen meer bekend met de problematiek zijn en ze beter weten waar ze naartoe moeten. Dit komt onder andere door de investering in wijkteams. Daarnaast is ook de complexiteit van de aandoeningen richting aanbieders toegenomen. Het wijkteam pakt de lichte problemen op waardoor de aanbieders met name zware casuïstiek krijgen. Bovendien worden sommige casussen mogelijk te laat naar de jeugdhulpaanbieders doorverwezen vanuit het wijkteam.¹²
De studie van Significant liet zien dat een hoge vraag naar jeugdhulp samenhangt met een laag sociaaleconomische status. Het gaat hierbij om bijstandsgezinnen, eenoudergezinnen en gezinnen die in armoede leven. De lage sociaaleconomische status kan ook een bepalende factor zijn in de vraag naar jeugdhulp.³¹
- Er bestaan geen goede overzichten van wachttijden van de verschillende aanbieders in de gemeenten. Het is daardoor lastiger en omslachtiger om richting de geschikte jeugdhulpinstelling met de laagste wachttijden te verwijzen.¹²

- Er wordt geprobeerd zorg op maat te leveren, dus zorg die is toegespitst op de individuele situatie van het kind/jongere en/of gezin. Bij de meer complexe gevallen is de kans groot dat er verschillende vormen van zorg nodig zijn. Deze kunnen meestal niet allemaal tegelijk ingezet worden. Het geven van passende hulp wachttijden geven en is misschien wel onvermijdbaar.¹²
- Concurrentie tussen aanbieders kan ertoe leiden dat aanbieders de mensen liever bij zich houden dan dat ze hen doorverwijzingen naar een instelling waar er kortere wachttijden zijn.¹²

5.3 Mogelijke oplossingen voor de wachttijdproblematiek

Tijdens de interviews is aan de sleutelfiguren gevraagd wat er op dit moment gedaan wordt om het probleem rondom de wachttijden te verkleinen en wat andere mogelijke oplossingen kunnen zijn vanuit de GGD en JGZ. Deze antwoorden komen gedeeltelijk overeen met wat er landelijk aangegeven is.

Overbruggingszorg

Op dit moment wordt er op veel plaatsen overbruggingszorg door professionals uit de jeugdgezondheidszorg geleverd ten tijde van wachten. Het gaat hierbij om een toename van contactmomenten, het frequenter afleggen van huisbezoeken, het geven van opvoedadviezen/begeleiding, het geven van (videohome) trainingen en het opstarten van een 'Stevig Ouderschap module'. Men wil graag contact houden met het kind/jongere en de ouders zodat er een vinger aan de pols gehouden kan worden, zeker wanneer er kindermishandeling verwacht wordt. Daarnaast kan het ondersteuning bieden. In het geval van acute dreiging moet er natuurlijk wel directe doorverwijzing richting de crisisdienst plaatsvinden. Hoewel er dus overbruggingszorg geleverd wordt, biedt de eerlijkheid te zeggen dat de mogelijkheden daartoe vaak beperkt zijn door het vele andere werk dat door de JGZ professional wordt uitgevoerd.⁸ Dit is ook een van de redenen waarom niet elke professional overbruggingszorg levert. Men stelt dat er is afgesproken geen langdurige trajecten binnen de JGZ aan te gaan en dat er maximaal 3 à 4 contactmomenten zijn. Naast de jeugdgezondheidszorg kan er ook overbruggingszorg vanuit organisaties uit de 1e lijn plaatsvinden. Met name het wijkteam en het CJG leveren vaak overbruggingszorg. Zij kunnen ook een deel van de problematiek zelf oplossen. Verder worden voornamelijk kinderen/jongeren vanaf 18 jaar naar een POH-GGZ doorgestuurd ter begeleiding. Hier kan men over het algemeen snel terecht. Hoewel de POH-GGZ vaak voor volwassenen is, zou deze mogelijk ook kortdurende begeleiding aan kinderen/jongeren kunnen geven.³⁰ Daarnaast zou er een POH-GGZ specifiek voor de jeugd aangesteld kunnen worden.³¹

Sociale kaart

In onder andere het landelijk onderzoek van het NJI wordt genoemd dat het gebruiken van een sociale kaart kan bijdragen aan het effectiever en gericht verwijzen. Professionals weten welke zorg door de gemeente is ingekocht en wat de verschillen tussen aanbieders zijn. Indien de wachttijden per aanbieder aan deze sociale kaart toegevoegd worden, kan men het kind/de jongere naar een geschikte aanbieder met de kortste wachttijd verwijzen.^{12,32} In de regio Utrecht worden de wachttijden over het algemeen niet bijgehouden. Men geeft aan op individueel niveau wel een beetje op te hoogte te zijn van de lengte van de wachttijden maar dat dit niet centraal geregistreerd wordt. Men vindt dat ook veel werk omdat de wachttijden wisselend zijn en al met al wil je het kind toch bij die desbetreffende aanbieder hebben. Op sommige plekken wordt wel een sociale kaart van de gemeente gebruikt. En in één gemeente bestaat een toegangslot waar je kunt vragen bij welke aanbieder er plek is en wat de snelste ingang voor zorg is. Omdat in een aantal regio's de verwijzingen voornamelijk via het CJG of wijkteam verlopen is daar geen behoefte aan een sociale kaart met wachttijden.³⁰

Specialist 2^e lijn bij verwijzingen betrekken

Om daarnaast effectievere verwijzingen te creëren zou een advies- en expertteam vanuit de

gemeente aangesteld kunnen worden welke verwijzers kunnen raadplegen wanneer er specialistische zorg nodig is. Aanbieders geven aan dat er betere verwijzingen ontstaan wanneer er gebruikt gemaakt wordt van een dergelijk team.³¹ Op bepaalde plaatsen in de regio Utrecht worden gelijksoortige maatregelen getroffen. Zo wordt er een GGZ psycholoog binnen het wijkteam aangesteld die door de GGD, het wijkteam zelf of door de huisartsen ingezet kan worden. Deze psycholoog zal zich richten op de probleemherkenning bij een kind zodat gerichte zorg geregeld kan worden. Een ander voorbeeld is dat er bepaalde mensen uit de tweede lijn geraadpleegd kunnen worden wanneer men twijfelt over het type verwijzing. In een van de gemeenten is een pilot opgezet om kinderen van 0 tot 6 jaar sneller naar de 2^e lijn te verwijzen. Dit doen zij door een gedragsdeskundige van Altrecht deel te laten nemen aan de beoordeling over het type verwijzing dat geïndiceerd is. Indien het kind/jongere naar Altrecht doorverwezen wordt, zal er een versnelde intake plaatsvinden. Kinderen ontvangen hierdoor sneller passende zorg. Als gevolg van deze strategie zou er geen intake bij Altrecht hoeven plaatsvinden waardoor er een snellere doorstroom kan worden bewerkstelligd. Ouders voelen zich daarnaast al gehoord en geholpen voordat ze bij de instelling zijn aangekomen.³⁰

Verbeterde samenwerking ketenpartners

De grootste oplossing ligt volgens velen in een verbeterde samenwerking met ketenpartners. Met name het contact tussen JGZ en de wijkteams en het CJG zou op veel plekken verbeterd kunnen worden. Door vaak met elkaar rond de tafel te zitten en casuïstiek te bespreken ontstaan er kortere lijnen en kun je sneller schakelen. Bovendien weet je wat je aan elkaar hebt en kun je bepaalde zaken samen oppakken. Door goede verbindingen met de organisaties rondom de JGZ te creëren kan er een stevig vangnet voor het kind en gezin ontwikkeld worden. Daarnaast heeft men baat bij nauwe contacten met de teams die in verbinding staan met de backoffice van de gemeente. Zij regelen de beschikkingen. Indien er zorg nodig is, zorgt dit team ervoor dat er snel een beschikking komt of ze sturen alvast een bericht naar de aanbieder dat de aanvraag akkoord is en de beschikking later volgt. Hierdoor zullen aanbieders sneller starten met het leveren van zorg.³⁰ Verder kunnen samenwerkingsverbanden met gemeenten, GGZ aanbieders, huisartsen en scholen geïntensiveerd worden.^{12,30} Zo kan de (volwassen)GGZ

Casussen over samenwerking met ketenpartners:

Jeugdarts: "Deze casus betreft een ZMLK kind; zeer moeilijk lerende kinderen. Het kind had moeilijk gedrag en een syndroom. Daarom wilde ik het kind eerst naar het WKZ verwijzen omdat ze daar informatie over het syndroom hadden. Toen werd gezegd dat zij lange wachtlijsten hadden en we beter naar intermezzo konden verwijzen. Deze organisatie zou het kind ook goed verder kunnen helpen. Dit werd ook aan mij als jeugdarts teruggekoppeld met de vraag of dit een optie zou zijn. Ze probeerden dus goed mee te denken en zochten naar een alternatief. Ook ik werd hierover geïnformeerd. Dat was mooi om te zien."

Jeugdverpleegkundige: "Er was een baby geboren waarover het CJG melding kreeg van het ziekenhuis dat de ouders alleen naar huis mochten wanneer er extra ondersteuning verzorgd zou worden. De ouders zouden niet capabel genoeg zijn het kind op te voeden. De JGZ was hierover niet geïnformeerd. Het CJG is daar langs geweest, waar oma en schoonzus vertelden alles in de gaten te houden. Dit zou goed gaan. Twee weken na de geboorte ging een collega van het JGZ op standaard huisbezoek. Zij vond dat het een bijzondere en zorgwekkende situatie was. Deze collega gaf aan dat ze wilde dat ik daar langsging om de module 'Stevig Ouderschap' te starten. Het CJG was toen ook nog bij ouders betrokken maar zij vonden dat zij niks hoefden te doen want de ouders hadden geen vragen. Ik ben een half jaar bezig geweest om het CJG te overtuigen dat extra zorg nodig was. Ik ga nu stoppen met 'Stevig ouderschap' want er gaat nu wekelijks een gezinscoach komen. Wel zullen ze regelmatig op het CB komen en gaan we een frequentie afspreken waarop dit gezin geëvalueerd wordt. Hier verliep de samenwerking en communicatie dus nogal stroef." ³⁰

bijvoorbeeld een vermoeden op opvoedingsproblemen richting de jeugdgezondheidszorg terugkoppelen zodat er tijdig ingegrepen kan worden.

Uit de interviews kwam verder terug dat de samenwerking tussen de GGZ en het wijkteam beter kan. Zij kunnen met elkaar sparren, zorg van elkaar overnemen of samenwerken bij het leveren van zorg.³⁰ Hierdoor kan er ook weer sneller afgeschaald worden.¹² Een van de sleutelfiguren benoemde dat binnen hun gemeente de JGZ in het CJG geïntegreerd is. Ze hebben elke week casusoverleg waarbij er binnen het team van artsen en verpleegkundigen gerouleerd wordt wie er aanwezig zijn. Op deze manier is en blijft iedereen betrokken. Er zijn daar intensieve contacten met de organisaties van het CJG waardoor er altijd snelle zorg geleverd kan worden. Zij hebben dan ook eigenlijk geen last van lange wachttijden.³⁰

Hier volgt een aantal concrete voorbeelden waarop de samenwerking verbeterd zou kunnen worden:

- De GGD heeft een stimulerende en coördinerende rol om mensen bij elkaar te zetten als zaken niet goed lopen. Zij zouden kunnen helpen bij het leggen van goede verbindingen met de wijkteams en CJG's door ze uit te nodigen om in gesprek te gaan.
- Het ontwikkelen van stroomschema's kan behulpzaam zijn om de taakverdeling helder te krijgen. In een gemeente hebben huisartsen het initiatief genomen om met alle betrokkenen rond de tafel te zitten en een stroomschema rondom de ADHD problematiek te ontwikkelen. Hierbij zijn goede afspraken gemaakt wie welke taak op zich neemt. Patiënten zijn hierdoor sneller op de juiste plek.
- Wanneer er korte lijnen en een intensieve samenwerking bestaan, kan de eerste intake door de nulde of eerste lijn (inclusief POH-GGZ) plaatsvinden en hoeft dit niet bij de GGZ instelling zelf. Het kind/jongere kan zo sneller zorg ontvangen wanneer het aan de beurt is bij de tweedelijns GGZ instelling.
- Wekelijkse casusbesprekingen instellen waarbij alle partijen lijfelijk samenkomen, inclusief professionals van de jeugdgezondheidszorg. Zij hebben vaak informatie van langere duur over een kind/jongere en het gezin. Deze mensen kunnen dus een breder beeld van het gezin schetsen en daarbij helpen bij het vinden van de juiste hulp voor het kind/jongere en gezin.
- Door intensief samen te werken en op een flexibele basis de zorg in te brengen die nodig is vanuit verschillende partijen, voorkom je dat het kind van instelling naar instelling moet waarbij er telkens weer eenzelfde traject inclusief intake gestart moet worden. Dit voorkomt dat mensen lang(er) moeten wachten, dat de problematiek zich in de tussentijd verergert en de behandeling langer duurt dan nodig. Over het algemeen zal dit een positief effect op de wachttijden hebben door de snellere doorstroom.³⁰

Er wordt wel aangegeven dat om bovenstaande samenwerking te bewerkstelligen, er extra tijd ingeruimd zou moeten worden voor overleggen met ketenpartners. Het zou al veel schelen als er een secretaresse aangesteld wordt die bepaalde administratieve taken kan overnemen. Hierdoor blijft er meer tijd over voor de samenwerking met ketenpartners en voor contacten met de patiënten. Het leveren van overbruggingszorg is dan ook beter uitvoerbaar.³⁰

Feedback

Men vindt het belangrijk dat er feedback gegeven wordt richting de zorgaanbieders zelf en richting de gemeente. Wanneer doorverwijzingen niet soepel verlopen, wordt dit met de zorgaanbieder besproken om te inventariseren hoe dit verbeterd kan worden. Daarnaast wordt er aan de gemeenten doorgegeven wanneer er lange wachttijden gesignaleerd worden. Gemeenten willen graag weten bij welke instellingen lange wachttijden zijn en wanneer er gezinnen in de problemen komen. Daarnaast willen zij de ervaringen met deze instellingen weten zodat zij de organisaties waar zij contracten mee hebben kunnen beoordelen. Daarbij wordt benoemd dat de GGD een signalerende functie heeft. Zij kunnen deze signalen ook doorgeven richting de gemeenten. Daarnaast hebben ze een adviserende rol en kunnen ze de beleidsagenda van de gemeenten mede bepalen en daarmee dit onderwerp aankaarten. Door van meerdere kanten feedback te geven zal er eerder actie ondernomen worden.

Als aanvulling op bovenstaande moet aangegeven worden dat, hoewel er acties op grote schaal uitgevoerd kunnen worden, de GGD ook op regionaal niveau zou moeten kijken waar zich de knelpunten bevinden en wat oplossingen zouden kunnen zijn. Elke gemeente werkt anders en daar moet het beleid op worden aangepast. Men ervaart dat de GGD nu soms een wat log orgaan is waardoor het lang duurt voordat zaken veranderd kunnen worden. Daarbij werken de plannen niet altijd in de praktijk. Men zou het daarom in sommige gevallen prettiger vinden als zaken dichtbij de werkvloer kunnen blijven en er een betere communicatie plaatsvindt tussen de bovenste lagen en de werkvloer zodat de plannen in de praktijk goed uitvoerbaar zijn.³⁰

Naast bovenstaande oplossingen werden er een aantal (kleinere) interventies benoemd die een bijdrage kunnen leveren aan het bekorten van de wachttijden als geheel of per individu:

- Men probeert rechtstreeks contact op te nemen met de jeugdhulpaanbieder om het proces iets te versnellen. Het gaat immers sneller wanneer je een vooraanmelding doet dan wanneer het een reguliere verwijzing betreft. Daarnaast probeert men er op deze manier druk op te zetten waardoor de aanbieder sneller in actie komt. Het gevaar hierbij is dat dit ten koste kan gaan van een ander kind op de wachtlijst dus dit moet je altijd goed afwegen.³⁰
- In sommige gemeenten wordt er een tekort aan laagdrempelige zorg ervaren of is deze niet goed toegankelijk. Door het aanbieden van meer en toegankelijker laagdrempelige zorg hoeven kinderen/jongeren en gezinnen niet meteen naar de GGZ. Dit zou in samenwerking met scholen, CJG, gemeente en GGD geregeld kunnen worden. Echter op andere plekken is deze zorg juist heel goed geregeld.³⁰
- Het organiseren van avonden waar ouders bij elkaar kunnen komen die te maken hebben met dezelfde problematiek. Door zaken met elkaar te delen kunnen ouders elkaar ondersteunen en kan de hulpverlener soms iets meer aan de zijlijn blijven. Op deze manier wordt geprobeerd de zelfstandigheid van de ouders te stimuleren.³⁰
- Het sociale netwerk van het kind/jongere bij de zorg betrekken. Dit includeert niet alleen de ouders maar ook andere familieleden/vrienden. Door met elkaar aan tafel te zitten kan gekeken worden wie welke taak op zich kan nemen en begeleiding kan bieden.³⁰
- Op regionaal niveau bekijken wat we kunnen bieden, wat we anders kunnen doen en wat we in huis hebben om betere ondersteuning te geven.^{30,32}
- Het leveren van meer aanbod binnen de GGZ blijft dubieus. Een aantal geven aan dat het zou helpen om het personeel uit te breiden zodat er meer zorgaanbod komt. Dit zou de wachttijden verkorten. Echter werken gemeenten met een budgetplafond waardoor je beperkt bent in het aantal behandelingen per jaar. Daarnaast zou een verhoogd aanbod soms ook een verhoogde vraag opleveren waardoor het probleem zou blijven bestaan.³⁰

Triagemodel

In het landelijk onderzoek wordt verder als optie benoemd dat er, zo lang er wachttijden zijn, er met een triagemodel gewerkt kan worden. Aanbieders toetsen bij de aanmelding de urgentie van de hulpvraag. Bij een hoge urgentie wordt het desbetreffende kind direct of op korte termijn geholpen. Lagere urgentie kinderen komen op de wachtlijst te staan. Deze inventarisatie kan nogmaals gebeuren wanneer het kind enige tijd op de wachtlijst staat omdat er in de tussentijd iets veranderd kan zijn waardoor de urgentie verhoogd is.¹²

6. Conclusie

De wachttijdproblematiek richting de jeugdzorg is een veel besproken en gevoelig onderwerp. Dit is begrijpelijk vanuit het oogpunt van de ouders, die graag willen dat hun kind/jongere meteen geholpen wordt, zeker tijdens crisissituaties. Ook de hulpverleners ervaren de wachttijden als zeer vervelend aangezien zij graag willen helpen maar machteloos staan. In dit onderzoeksrapport ligt de focus op de professionals binnen de jeugdgezondheidszorg. De volgende vragen staan centraal:

- Hoe groot is het probleem van de wachttijden rondom de GGZ voor de jeugdgezondheidszorg?
- Wat zijn de oorzaken van de oplopende wachttijden?
- Hoe zouden de wachttijden beperkt kunnen worden?

6.1 Omvang van het probleem

In de regio Zuidoost Utrecht bestond een gemiddelde wachttijd van 10.2 weken, die onderverdeeld kon worden in een aanmeldwachttijd van 8.4 weken en een behandelwachttijd van 1.8 weken. De beperkte landelijke cijfers lieten wachttijden tussen de 2 en 60 weken zien, met een gemiddelde wachttijd tussen de 8 weken en 3 maanden. Het is lastig deze wachttijden met elkaar te vergelijken omdat er per aanbieder verschillende definities gebruikt worden. Ervanuit gaande dat het in beide gevallen om een totale wachttijd gaat, lijken de wachttijden in de regio Zuidoost Utrecht vergelijkbaar met de landelijke wachttijden, namelijk 10.2 weken versus 8 weken tot 3 maanden. Er is hiermee amper een overschrijding van de totale treeknorm van 10 weken. De professionals uit de verschillende jeugdregio's binnen de regio Utrecht rapporteerden een gemiddelde wachttijd tussen de 6 weken en 3 maanden en komt dus ook overeen met de bovenstaande cijfers. Daarbij kunnen wachttijden naar zeer gespecialiseerde zorg oplopen tot een jaar. Daarnaast bestaan er in sommige gevallen wachttijden richting de 1^e lijn (inclusief CJG en wijkteams) en bij instanties zoals SAVE en Veilig Thuis. Op landelijk niveau gaf één gemeente wachttijden richting het wijkteam aan.

Wat opvalt is dat de geïnterviewden uit de regio Zuidoost Utrecht over het algemeen langere wachttijden rapporteerden dan de hierboven genoemde. Oorzaken hiervoor kunnen zijn dat er een onderrapportage bij MediQuest heeft plaatsgevonden. Er waren immers maar 51 van de 100 aanbieders die hun wachttijden op hun site gepubliceerd hadden. Het kan ook zijn dat de subjectieve inschatting van de wachttijden niet conform de werkelijkheid is en de wachttijden gevoelsmatig langer lijken. Daarnaast blijken de professionals over het algemeen meer last te hebben van de wachttijden dan je op basis van de getallen zou verwachten. Het gaat hierbij voornamelijk om een verhoogde werkbelasting en werkdruk. Men probeert overbruggingszorg te leveren of samen met lokale hulpverleners een passende oplossing te zoeken. Deze extra taken kosten veel tijd naast het normale werk. Daarnaast krijgt men te maken met te zware casuïstiek waardoor de werkbelasting verder toeneemt. Hierdoor is er een verhoogde roulatie binnen het werkveld. Verdere gevolgen van de wachttijden zijn dat problematiek rondom een patiënt kan verergeren en escaleren en dat patiënten hun vertrouwen in de zorg kwijtraken. Dit heeft gevolgen voor de arts-patiëntrelatie. Deze resultaten laten zien dat in sommige regio's de wachttijden wel degelijk een groot probleem zijn voor de professionals en dat hier iets aan gedaan moet worden. Belangrijk hierbij is te vermelden dat dit dus niet binnen alle gemeenten speelt en sommige professionals weinig last ervaren.

6.2 Oorzakelijke factoren

Om deze problematiek aan te pakken, moeten de knelpunten worden geïnterpreteerd. De situatie rondom de wachttijden is een complex geheel waar meerdere factoren aan ten grondslag liggen en waar meerdere partijen onderdeel van zijn.

Een deel van de wachttijdproblematiek is aan de transitie toe te schrijven. Alle ketenpartners moeten nog wennen aan het gedecentraliseerde stelsel en zoeken naar de juiste taakverdeling van de verschillende partijen onderling. Daarnaast blijkt dat er ook niet door alle partijen zorgvuldig wordt

samengewerkt wat vertragingen in het systeem brengt. Daarbij komt dat dit vroegtijdig afschalen, een van de doelen van de decentralisatie, onvoldoende mogelijk maakt. Het feit dat de transitie gepaard ging met bezuinigingen maakt het nog lastiger. De meeste gemeenten hebben hierom volume en budgetplafonds ingesteld. In de meeste gevallen leidt dit niet tot een terugdringen van de wachttijden en kan het zelfs wachtljsten veroorzaken.³¹ Gemeenten en andere betrokken partijen zijn dus nog op zoek naar de juiste organisatie van de zorg en een adequate manier van financieren hiervan.

Een tweede aspect betreft de balans tussen vraag en aanbod. Men ervaart op landelijk niveau een toegenomen vraag naar jeugdhulp met over het algemeen een zwaardere zorgvraag. Een mogelijke oorzaak hiervan is het instellen van wijkteams, waardoor toegang tot de zorg laagdrempeliger is geworden en de zwaardere casussen bij de jeugdhulpaanbieder ondergebracht worden. Verder hebben ook sociaal economische factoren en de wens van ouders invloed op de zorgvraag. Daartegenover staat dat, onder andere door de bezuinigingen, een verminderd aanbod aan jeugdhulp bestaat. Voornamelijk gespecialiseerde zorg is een schaars product geworden en is niet in elke regio verkrijgbaar. Dit geeft wrijving. In de jeugdwet wordt daarnaast aangegeven dat er zorg op maat geleverd dient te worden. Zorg is dus een eenheidsproduct geworden. Dit maakt het nog lastiger vraag en aanbod op elkaar af te stemmen. En zelfs bij een adequate aansluiting van vraag en aanbod, kan er niet voorkomen worden dat er toch wachttijden ontstaan doordat de vraag sterk kan fluctueren en het aanbod niet altijd makkelijk mee kan bewegen.¹² Zeker wanneer het zeer specifieke zorg op maat betreft en er meerdere vormen van zorg tegelijk nodig zijn. Daarnaast geldt dat wanneer er nooit ergens een wachttijd zou zijn, dit zou betekenen dat er een overcapaciteit is.¹² Kortom, er zal altijd een samenspel van vraag en aanbod zijn wat wachttijden tot gevolg heeft. Echter moeten deze niet voor wrijving zorgen en moeten deze binnen beperken blijven.

De verzekeringen zijn ook een knelpunt binnen de wachttijdproblematiek. Ouders kunnen of willen de laagdrempelige zorg die niet vergoed wordt, niet altijd betalen. Ook jongeren vanaf 18 jaar hebben moeite met het financieren van hun eigen risico. Hierdoor wordt er van zorg afgezien en belanden deze kinderen/jongeren later bij de GGZ. Er worden uiteindelijk meer kinderen/jongeren richting GGZ verwezen dan nodig. Dit leidt tot een verhoogde vraag naar jeugdhulp en dus een verdere overbelasting van het systeem.

6.3 Mogelijke oplossingen

Op de korte termijn moet men een manier zien te vinden om met deze wachttijden om te gaan om de verergering van problematiek te voorkomen. Momenteel doet men dit onder andere door het leveren van overbruggingszorg vanuit de 1^e lijn. Met name CJG's en wijkteams kunnen een goede bijdrage leveren. Wanneer hier ook wachttijden zijn, springt de jeugdgezondheidszorg in. Zij hebben hier eigenlijk geen ruimte voor gezien het preventieve karakter van deze gezondheidszorg en het beperkt aantal contactmomenten. Daarnaast zijn ze niet gespecialiseerd in het begeleiden van hun patiënten. Een POH-GGZ van de huisarts kan een mooie overbrugging verzorgen. Er zou een POH-GGZ specifiek voor de jeugd aangesteld kunnen worden. Om de kinderen/jongeren met urgente problemen wel snel te kunnen helpen, kan een triage bij aanmelding plaatsvinden. Gedurende de wachttijd kan nogmaals getriageerd worden om zo de urgente kinderen eruit te filteren.

Het voornaamste is echter om te voorkomen dat de wachttijden verder oplopen en beter nog, ze terug te dringen tot acceptabele niveaus. Een verbeterde samenwerking tussen alle ketenpartners is hierbij het belangrijkste! Het gaat hierbij om de GGD, JGZ, GGZ aanbieders uit de 1^e en 2^e lijn, gemeenten, huisartsen en scholen. Dit leidt tot kortere lijnen waardoor er sneller geschakeld kan worden, zaken samen opgepakt kunnen worden, taken van elkaar kunnen worden overgenomen en men een breder beeld over het kind/jongere kan verkrijgen. Door elkaar vaak lijfelijk te zien en regelmatig casusbesprekingen te organiseren, blijft eenieder nauw betrokken. De GGD zou hierin een coördinerende rol op zich kunnen nemen waarbij men ervoor moet waken dat er teveel van bovenaf georganiseerd wordt en men de relaties met de werkvloer verliest. Voor de professionals is het

belangrijk feedback richting de verschillende partijen te geven en te blijven geven. Het knelpunt hierbij is de beperkte tijd die JGZ professionals ervaren.

Daarnaast leiden effectieve verwijzingen tot een beperking van de wachttijden aangezien het kind/jongere meteen op de juiste plek belandt. Dit is op dit moment niet altijd het geval. Hiervoor zou men een sociale kaart kunnen gebruiken met hierop de recente wachttijden van alle jeugdhulp aanbieders. Een eenduidige definitie van wachttijd en wachtlijst kan hiertoe bijdragen. De GGD kan deze taak op zich nemen maar kan dit ook bij de gemeenten neerleggen. Verder zou men een professional uit de GGZ kunnen raadplegen bij het verwijzen. Dit wordt in diverse regio's al gedaan en wordt als positief ervaren.

Door in te zetten op de zelfstandigheid van ouders, kan de hulpvraag naar zorg verkleind worden. Dit geeft hulpverleners meer ruimte. Zo kan het sociale netwerk van het kind/jongere betrokken worden bij de zorg en kunnen ouders met dezelfde problematiek elkaar ondersteuning bieden.

Het is discutabel of een toename van aanbod werkt. Vaak levert een toename van aanbod extra vraag op. Daarnaast is uit de afgelopen jaren gebleken dat de extra investeringen niet tot de gewenste effecten geleid hebben.¹² Daartegenover staat dat een te klein aanbod natuurlijk ook ongewenste gevolgen heeft. Daarom is het belangrijk dat gemeenten vraag en aanbod monitoren zodat er een betere aansluiting ontstaat.

6.4 Slotconclusie

De wachttijden richting jeugdhulp vormen dus een complex en landelijk probleem waar onder andere JGZ professionals mee belast worden. In de regio Utrecht wordt dit door velen inderdaad als een probleem ervaren. Deze problematiek lijkt deels door de transitie veroorzaakt te worden waarbinnen de samenwerking tussen verschillende partners verbeterd kan worden. Men dient hierbij volgens de jeugdwet op preventie te focussen waardoor er meer in de eerstelijns jeugdhulp kan blijven en er minder gebruik gemaakt wordt van de specialistische hulp. De omstandigheden hiervoor zijn gunstiger omdat het nu meer op lokaal niveau geregeld kan worden. Op het gebied van vraag en aanbod kan beter gemonitord worden zodat deze beter op elkaar kunnen aansluiten en er effectievere verwijzingen gecreëerd kunnen worden. De GGD kan met zijn coördinerende functie verschillende partijen bij elkaar brengen en kan zaken op de beleidsagenda van de gemeente plaatsen. Belangrijk hierbij is te inventariseren binnen welke gemeenten men tegen de wachttijden aanloopt. Hoewel wachttijden over het algemeen als negatief ervaren worden, kan dit ook een functie hebben. In de tussentijd kunnen zaken zich oplossen of kan de patiënt bedenken dat hij elders beter af is.¹² Echter geldt dit maar voor een beperkt deel van de gevallen en zal iedereen het ermee eens zijn dat lange wachttijden in de GGZ in ieder willekeurig geval onwenselijk zijn en dat hier iets aan gedaan moet worden.

6.5 Concrete aanbevelingen voor de GGD regio Utrecht

Enquête uitsturen

Ten eerste is het belangrijk te inventariseren in hoeverre dit probleem speelt binnen de verschillende gemeenten, wat de oorzaken hiervan zijn en welke oplossingen gewenst worden. Hiervoor kan een enquête onder de JGZ professionals uitgestuurd worden. In de bijlage staat een opzet voor de enquêtevragen.

Brainstormsessie

In een bijeenkomst met afdelings- en teammanagers kunnen de antwoorden van de enquête geïnventariseerd worden. Daarnaast kan men een brainstormsessie houden naar verdere mogelijke concrete oplossingen vanuit het management. Er bestaat een nadrukkelijke wens dit op lokaal niveau

toe te passen zodat er korte lijnen tussen management en werkvloer bestaan en de aanpassingen ook daadwerkelijk effect hebben in de praktijk.

Contact met gemeenten en ketenpartners

De GGD regio Utrecht kan binnen zijn adviserende en beleidsvoerende rol bovenstaande punten bespreekbaar maken in overlegmomenten met de gemeenten. Men kan de grootte van het probleem aangeven, interventies vanuit de GGD toelichten en oplossingen aandragen die de gemeenten kunnen doorvoeren. Daarnaast kan de GGD vanuit een coördinerende rol de verschillende ketenpartners stimuleren regelmatig bij elkaar te komen om zo de samenwerking tussen allen te bevorderen. Vanuit verschillende gemeenten is gebleken dat korte lijnen zeer effectief zijn bij het bestrijden van de wachttijden.

Sociale kaart

De GGD regio Utrecht kan zorg dragen voor het leveren van een actuele sociale kaart met daarop de wachttijden van jeugdhulpaanbieders in de verschillende regio's. In een ideale situatie stellen gemeenten jeugdhulpaanbieders verplicht de wachttijden bij hen te rapporteren. Hierdoor spaart men veel tijd uit tijdens het ontwikkelen van een actuele sociale kaart. Indien de GGD hier geen mogelijkheden toe zien, zouden ze het ontwikkelen van de sociale kaart bij de gemeenten kunnen neerleggen.

Regionale samenwerking JGZ

Er bestaat een hoge variëteit in de aanpak van de wachttijdproblematiek tussen JGZ instanties in de verschillende gemeenten. In een aantal gemeenten ervaart men zelfs weinig problemen. Door met elkaar in gesprek te gaan en ervaringen uit te wisselen, kan men van elkaars aanpak leren en dit toepassen binnen hun eigen gemeenten. De GGD regio Utrecht zou hier begeleiding bij kunnen bieden. Daarnaast kan de GGD zelf ook de gemeenten waarin het goed gaat uitnodigen hun beleid toe te lichten en elementen hiervan toepassen binnen gemeenten waar het (nog) stroef verloopt.

E-health

De GGD regio Utrecht is bezig met het ontwikkelen van een digitale vorm van hulp. Mogelijk zou dit ook ingezet kunnen worden bij kinderen/jongeren en ouders die op hulp wachten. Op deze manier is er wel enige begeleiding maar is de professional hier niet te veel tijd mee kwijt. E-health zou namelijk tijdsbesparend moeten werken ten opzichte van een regulier consult.

Groepsbegeleiding

Indien men binnen de jeugdgezondheidszorg ervoor kiest om overbruggingszorg te leveren ten tijde van wachttijden, kan men zich meer toeleggen op groepsbegeleiding. Dit kan door, wat hierboven aangegeven is, verschillende ouders bij elkaar te brengen zodat zij elkaar kunnen ondersteunen. Een andere mogelijkheid is het introduceren van een soort wachtlijstcafé. Dit is eerder door Bureau Jeugdzorg jaren geleden geïntroduceerd en bleek zeer effectief te zijn. Men kon eens per week naar dit 'café' waar men op een informele manier in gesprek kon gaan met medewerkers. De patiënten ervaarden al snel geholpen te worden in plaats van te wachten. Bovendien gaf dit verlichting van de problematiek omdat de problemen al enigszins aangepakt werden en in sommige gevallen konden patiënten zelfs van wachtlijsten af.¹² In het geval van de jeugdgezondheidszorg zou het om lichte hulpverlening gaan. Zo zou men zich bijvoorbeeld kunnen richten op het ouderschap aangezien hier al binnen verschillende modules aandacht aan besteedt wordt.

7. Referenties

1. Nederlandse Omroep Stichting (NOS). GGZ: wachtlijsten geestelijke gezondheidszorg steeds langer. [Internet]. Beschikbaar via: <https://nos.nl/artikel/2137296-ggz-wachtlijsten-geestelijke-gezondheidszorg-steeds-langer.html> (Geraadpleegd op 29-08-2017)
2. MediQuest. Wachtijd intake GGZ bij 45% instellingen boven de norm. [Internet]. Beschikbaar via: <http://home.mediquest.nl/persbericht/wachtijd-intake-ggz-45-instellingen-norm/> (Geraadpleegd op 29-08-2017)
3. Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG). Wet- en regelgeving. [Internet]. Beschikbaar via: <https://vng.nl/onderwerpenindex/jeugd/jeugdgezondheidszorg/wet-en-regelgeving> (Geraadpleegd op 30-08-2017)
4. Overheid.nl. Wet publieke gezondheid. [Internet]. Beschikbaar via: <http://wetten.overheid.nl/BWBR0024705/2013-07-01#HoofdstukII> (Geraadpleegd op 30-08-2017)
5. VNG. Factsheet: Nieuw basispakket Jeugdgezondheidszorg. [Internet]. Beschikbaar via: <http://www.ggdghor.nl/media/filebank/baa423a2abf54227ba89c432c3c588c9/factsheet-basispakket-jeugsgezondheidszorg.pdf> (Geraadpleegd op 30-08-2017)
6. Overheid.nl. Besluit van 5 november 2014, houdende aanpassing van het Besluit publieke gezondheid, vanwege een gewijzigd basistakenpakket jeugdgezondheidszorg. [Internet]. Beschikbaar via: <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stb-2014-449.html> (Geraadpleegd op 31-08-2017)
7. Overheid.nl. Besluit publieke gezondheid [Internet]. Beschikbaar via: <http://wetten.overheid.nl/BWBR0024708/2016-11-01> (Geraadpleegd op 30-08-2017)
8. Informatie van Jan van den Brule, arts M&G. Adviseur bij het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid
9. Overheid.nl. Jeugdwet. [Internet]. Beschikbaar via: <http://wetten.overheid.nl/BWBR0034925/2015-01-01/1#Opschrift> (Geraadpleegd op 01-09-2017)
10. Leeftijdsgrens.nl. Leeftijdsgrens Strafrecht. [Internet]. Beschikbaar via: <http://www.leeftijdsgrens.nl/leeftijdsgrens-strafrecht/> (Geraadpleegd op 01-09-2017)
11. VNG. Factsheet J-GGZ in de wijk. [Internet]. Beschikbaar via: https://vng.nl/files/vng/20140604_factsheet_jeugd_ggz_in_de_wijk.pdf (Geraadpleegd op 01-09-2017)
12. Nederlands Jeugdinstuut (NJI). Wacht maar. [Internet]. Beschikbaar via: <https://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Publicatie-NJi/Wacht-maar.pdf> (Geraadpleegd op 04-09-2017)
13. VNG. Factsheet: Jeugdwet. Naar goede jeugdhulp die bij ons past. [Internet]. Beschikbaar via: [http://www.ggznederland.nl/uploads/assets/Factsheet_Jeugdwet\(1\).pdf](http://www.ggznederland.nl/uploads/assets/Factsheet_Jeugdwet(1).pdf) (Geraadpleegd op 01-09-2017)
14. VNG. FAQ's over Toegang Jeugdhulp. [Internet]. Beschikbaar via: <https://vng.nl/onderwerpenindex/jeugd/jeugdhulp/faqs-over-toegang-jeugdhulp> (Geraadpleegd op 05-09-2017)
15. VNG. Gecertificeerde Instellingen (GI's). [Internet]. Beschikbaar via: <https://vng.nl/themas/jeugd/jeugdhulp/gecertificeerde-instellingen-gis> (Geraadpleegd op 05-09-2017)
16. Regionale Inkooporganisatie Groninger Gemeenten (RIGG). Vrij en niet vrij toegankelijke jeugdhulp. [Internet]. Beschikbaar via: <http://www.google.nl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiCgYC9nYvWAhWDZVAKHcuNABwQFggrMAE&url=http%3A%2F%2Fwww.rigg.nl%2FFP%2FageByID.aspx%3FsectionID%3D100547%26contentPageID%3D437736&usg=AFQjCNEg8BaWQmfwsUfEAz0HPRyVJUbgIQ> (Geraadpleegd op 05-09-2017)

17. NJI. JGZ en vrij toegankelijke jeugdhulp: definities en prestaties. [Internet]. Beschikbaar via: <https://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Jgz-en-vrij-toegankelijke-jeugdhulp.pdf> (Geraadpleegd op 06-09-2017)
18. Schulinck. Toegang tot jeugdhulp (infographic). [Internet]. Beschikbaar via: <https://www.schulinck.nl/domeinen/sociaal-domein/jeugd/toegang-tot-jeugdhulp-infographic.17113.lynkx> (Geraadpleegd op 01-09-2017)
19. Rijksoverheid. Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg 2014-2017. [Internet]. Beschikbaar via: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2013/07/16/onderhandelaarsresultaat-geestelijke-gezondheidszorg-2014-2017> (Geraadpleegd op 01-09-2017)
20. GGZ nieuws.nl. Van Rijn eist opheldering van gemeenten over wachtlijsten jeugd-ggz. [Internet]. Beschikbaar via: <https://www.ggznieuws.nl/home/van-rijn-eist-opheldering-van-gemeenten-over-wachtlijsten-jeugd-ggz/> (Geraadpleegd op 06-09-2017)
21. NJI. Wachttijden jeugd-ggz zijn te lang. [Internet]. Beschikbaar via: <http://www.nji.nl/nl/Actueel/Nieuws-over-de-jeugdsector/2017/Wachttijden-jeugd-ggz-te-lang> (Geraadpleegd op 29-08-2017)
22. Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Treknormen GGZ. [Internet]. Beschikbaar via: https://www.nza.nl/1048076/1048155/Brief_aan_VWS_Treknormen_GGZ.pdf (Geraadpleegd op 01-09-2017)
23. Overheid.nl. 31839. Jeugdzorg. Nr. 523. Gewijzigde motie van het lid Keijzer c.s. ter vervanging van die gedrukt onder nr. 522. [Internet]. Beschikbaar via: <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-31839-523.html> (Geraadpleegd op 04-09-2017)
24. Overheid.nl. 19. Stemming motie Wachttijden in de jeugdpsychiatrie. [Internet]. Beschikbaar via: <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/h-tk-20152016-98-19.html> (Geraadpleegd op 04-09-2017)
25. Rijksoverheid. Kamerbrief over de voortgang jeugdhulp. [Internet]. Beschikbaar via: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2017/06/02/kamerbrief-over-de-voortgang-jeugdhulp> (Geraadpleegd op 22-09-2017)
26. NOS. Wanhoopskreet van ouders suïcidaal meisje: help ons aan passende zorg. [Internet]. Beschikbaar via: <https://nos.nl/artikel/2178100-wanhoopskreet-van-ouders-suïcidaal-meisje-help-ons-aan-passende-zorg.html> (Geraadpleegd op 31-08-2017)
27. NOS. Waarschijnlijk plek voor 16-jarig suïcidaal meisje. [Internet]. Beschikbaar via: <https://nos.nl/artikel/2179077-waarschijnlijk-plek-voor-16-jarig-suïcidaal-meisje.html> (Geraadpleegd op 31-08-2017)
28. Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst (GGD) regio Utrecht. Werkgebied: Het werkgebied van de GGD regio Utrecht bestaat uit de onderstaande 26 Utrechtse gemeenten. [Internet]. Beschikbaar via: <https://www.ggdru.nl/over-de-ggd/wat-doet-de-ggd/werkgebied.html> (Geraadpleegd op 07-09-2017).
29. Onderzoeksresultaten MediQuest, verkregen via de mail.
30. Interviews met sleutelfiguren binnen de jeugdgezondheidszorg in de regio Utrecht. Betrokken gemeenten: Zeist, De Bilt, Veenendaal, Amersfoort, IJsselstein, Woerden en Stichtse Vecht.
31. Significant. Sturing op specialistische jeugdhulp. [Internet]. Beschikbaar via: https://vng.nl/files/vng/publicaties/2017/20170302_eindrapportage-zorglandschap-jeugd-def-concept-22-12.pdf (Geraadpleegd op 22-09-2017)
32. VNG. Notitie wachtlijsten. [Internet]. Beschikbaar via: https://vng.nl/files/vng/20161017_notitie_wachtlijstendef.pdf (Geraadpleegd op 20-09-2017)

Bijlage Vragenlijsten voor interview

Sleutelfiguren in de jeugdgezondheidszorg

1. Wat merken jullie van de wachttijden richting de GGZ binnen jullie gemeente?
Kunnen jullie daar iets meer over vertellen: Kunnen jullie een inschatting maken hoe lang deze zijn? En om welk type hulp/jongeren het gaat? Dus zijn er bijvoorbeeld aanbieders waar de wachttijden langer zijn? Is dit de laatste anderhalf jaar toegenomen?
2. Houden jullie bij waar lange wachttijden bestaan, dus qua type hulp en qua organisatie?
Indien ja, wordt hier ook rekening mee gehouden tijdens het verwijzen?
3. Waar lopen jullie tegenaan als professionals? Waar zitten de knelpunten?
4. Wat hebben de lange wachttijden voor gevolgen voor jullie?
5. Wat doen jullie op dit moment om het probleem te verkleinen? (*lijst verwijzers maken, overbruggingszorg leveren..*)
6. Wat zouden verder mogelijke oplossingen voor dit probleem zijn? Wat zou de JGZ/GGD hierin kunnen betekenen?
7. Hebben jullie voorbeelden van situaties waarbij de aansluiting en samenwerking tussen partijen stroef verliep? En mogelijk ook een waarbij dit juist goed verliep en waardoor dit kwam?

Enquête sleutelfiguren jeugdgezondheidszorg

1. Wat zijn uw ervaringen rondom het probleem van de wachttijden? *Met andere woorden, hoe lang zijn de wachtlijsten, om welk type hulp/jongeren gaat het met name, zijn er bepaalde aanbieders waarbij wachttijden langer zijn?*
2. Waar zitten volgens jullie de knelpunten? Waar lopen jullie tegenaan?
3. Wat zouden volgens jullie oplossingen voor dit probleem zijn? Wat zou de JGZ/GGD hierin kunnen betekenen?
4. Hebben jullie voorbeelden van praktijksituaties waarbij u te maken kreeg met de lange wachttijden? Kunt u deze kort beschrijven?

Onderzoek wachtlijsten specialistische jeugd-ggz Utrecht-West (april 2018)



Specialistisch ggz aanbieders	Mei 2017			April 2018			Bijzonderheden
	Van aanmelding tot intake (weken)	Van intake tot start behandeling (weken)	Totaal Mei 2017	Van aanmelding tot intake (weken)	Van intake tot start behandeling (weken)	Totaal april 2018	
<u>Altrecht</u>							
Autisme jeugd 6+	18	0	18	18	6	24	
Poli het jonge kind	--	-	--	10	6	16	
Eetstoornissen (regionaal)	20-24	0	20-24				
Eetstoornissen landelijk	20-24	3	23-27	20-24	9	29-33	
Kinder en jeugdpsych							
- adhd en gedrag	8	1	9	8	1	9	
- Stemming en angst	15	1	16	8	1	9	
- Poli het jonge kind	--		--	10	1	11	
Act jeugd west	13		13	0			Nieuwe aanbieder
Aventurijn poli lvb jeugd	12		12	8	?	8	Fivoor
<u>Arkin, Stichting</u>	6	5	11	10	11	21	
<u>Berkel B</u>	0			0			Zit in het oosten van het land, klopt dit?
<u>Bosman GGZ</u>	16	0	16	13	0	13	
Diakonessenhuis	?		?	?		?	
<u>Driestroom, Stichting De</u>	?		?	?		?	Is dit spec. Jeugd-ggz?
<u>Eleos, gereformeerde GGZ</u>							
Specialistische ggz	8	2	10	5	3	8	
Basis ggz	--	--	--	9	1	10	

Specialistisch ggz aanbieders	Van aanmelding tot intake (weken)	Van intake tot start behandeling (weken)	Totaal Mei 2017	Van aanmelding tot intake (weken)	Van intake tot start behandeling (weken)	Totaal april 2018	Bijzonderheden
Focuz, Behandelcentrum Kind en Jeugd	0		0	0	0	0	
Forensische Zorgspecialisten, De Herengracht (Psychologenpraktijk) Weesp	4	7	13	?	?	?	
HIPPP Breukelen	2-4	?	2-4	4-6	0	4-6	
Impegno Begeleiding B.V	?		?	?		?	
Invivo Kids	?		?	?		?	
Kabouterhuis, 't M.O.C.	16	?	16	2		2	
Kenter Jeugdhulp Amstelveen	?		?	?		?	
Kenter Jeugdhulp Amstelveen	10	8	18	8	2	10	
KidzTower B.V.	?		?	2-6		2-6	Kinderdagcentrum
Kinderkwesties Bodegraven	?		?	?		?	Is dit spec. Jeugd-ggz?
Kindertherapeuticum Zeist, Stichting Leer- en gedragsadviezen, Praktijk voor (Adviespraktijk A. Bar) Hilversum Huizen	?		?	?		?	
Leeuwen Treffers, Van (Praktijk voor kinder- en jeugdpsychotherapie)	12-16	2	14-16	12-16	2	14-16	
Mentaal Beter Cure B.V. Kinderpsychologie Woerden	8-12		8-12	5-8		5-8	
MoleMann Mental Health B.V. Amersfoort of Hilversum	12	0	12	Aanmeld stop		Aanmeld stop	
MoleMann Mental Health B.V. Amersfoort of Hilversum	12-16		12-16	16	0-2	16-18	

Specialistisch ggz aanbieders	Van aanmelding tot intake (weken)	Van intake tot start behandeling (weken)	Totaal Mei 2017	Van aanmelding tot intake (weken)	Van intake tot start behandeling (weken)	Totaal april 2018	Bijzonderheden
OOPP	1-2		1-2	1-2		2	
Opvoedpoli B.V.	Opnamestop mei 2017		Geen plek	8	?	8?	
Parnassia Groep: i-psy Utrecht	11	5	16	5	3	8	
Posthumus, Heleen / De Gooische Praktijk	?		?				
Psycho Informa groep	10-12		Geen plek	0-2		0-2	Waarschuwing van de inspectie.
PsyMens Woerden	1-2	8-10	9-12	8-10		8-10	
RIOzorg Zeist	0		0	0		0	
Siriz , Stichting zwangerschap tieners etc	?		?	?		?	
St. Antonius Ziekenhuis, Stichting	?		?	?		?	
Uden, Van / Vleuten (Psychologenpraktijk)	Meer dan 8, geen nieuwe aanmelding		Geen plek	Meer dan 8, geen nieuwe aanmelding		Meer dan 8, geen nieuwe aanmelding	
Virenze Algemeen Beheer BV	12		12	Failliet	--	--	
Wiedijk, Floor (kinder en jeugdpsychiater) Uithoorn	8-9		8-9	8-9		8-9	
Yes We Can Clinics	3 + gemeente beschikt	8	11	6+beschikkin gemeente	?	?	
Youké	?		?	?	?	?	Is dit spec. jeugd-ggz?

Nieuwe aanbieders specialistische jeugd-ggz

Nieuwe aanbieders specialistische jeugd-ggz	Van aanmelding tot intake (weken)	Van intake tot start behandeling (weken)	Totaal april 2018	Bijzonderheden
Ambulatorium FSW UU	Stoppen			Gaan sluiten en zijn aan het afbouwen
Basic trust	?	?	?	Expertise centrum hechting en basisvertrouwen
D. Zwarts	Alleen als er plek is			
De Hoop Houten	6	2	8	
De Zwaan beeldende therapie Leidsche Rijn	?		?	Dit is geen specialistische jeugd-ggz
GGZ centraal Fornhese				
0-6 jaar	8		8	
6-12 jaar	6		6	
13-18 jaar	25		25	
Plushome				Is dit specialistisch jeugd-ggz?
Praktijk GZ psychologie	4-8		4-8	
Praktijk Hylkema	Alleen als er plek is			
Praktijk zelfregulatie	?	?	?	
Stichting Baantraject				Is geen specialistische jeugd-ggz.
Stichting De rading	?		?	Is dit specialistische jeugd-ggz?
Stichting Intermetzo zorg	10-16	1-4	11-20	
TOPP-zorg	10		10	
UvA Minds	8-9	?	8-9	

? = geen wachttijden gevonden op de website van de aanbieder.