Een functionele kijk op wachttijden

Wachttijden in de jeugdzorg begrijpen

Colofon

Auteurs	Frens Pries, Tim Haarlemmer, Eva Legemaate, Julia Stoevelaar	
Met medewerking van	Team Aanpak Wachttijden	
Speciale dank aan	Rik Weeda Jan Menting Jeannet Coens Lizanne van Buuren Timo van Laarschot Janinka Steenkuijl Sanneke Hooft Jurriaan Vrind Regio Hart van Brabant Regio Rijnmond	Ans van der Maat Marjolein Cornelissen Vera Naber Bram Orobio de Castro Illya Soffer Arne Popma Walter Franken Danielle Jansen Tom van Yperen
Contact	wachttijden@vng.nl	
Datum	18 augustus 2022	
Versie	Versie 1.3	

Samenvatting

Deze samenvatting is gelijk aan de conclusies vanaf bladzijde 50. We plaatsen de conclusies hier aan het begin als samenvatting voor ieder die snel een indruk wil krijgen van de inhoud van het document. Heb je tijd om het hele rapport te lezen, begin dan met de introductie.

Meer inzicht nodig, aanpak gericht op in-, door- en uitstroom

Wachttijden zijn gecompliceerder dan ze lijken. De aanpak vraagt een goed begrip van de achterliggende problematiek die het symptoom wachttijden veroorzaakt, maar die kennis hebben we niet. Er is nu geen goed inzicht in wachttijden, laat staan in hoe ze ontstaan. Belangrijk is dat wachttijden een symptoom zijn en daarom niet goed direct aan te pakken zijn op de plek waar ze optreden.

De grote groei van het jeugdzorggebruik en de hoge (werk)druk hebben een groot aandeel in de wachttijdenproblematiek en maken het tegelijk moeilijk om dit probleem aan te pakken. Daarvoor moeten we dus niet naar individuele bottlenecks kijken maar naar de in-, door- en uitstroom van de gehele jeugdzorg. Op deze manier wachttijden aanpakken betekent vanzelf ook de hoge kosten aanpakken want ook die zijn gekoppeld aan het grote gebruik van jeugdzorg. Zo kan de aanpak van wachttijden zich dus dubbel terugbetalen.

Daarnaast hebben we meer inzicht nodig in de effectiviteit, kosten en doorlooptijd van behandelingen. Dan kunnen we mogelijke oplossingen, verbeteringen en behandelingen beter met elkaar vergelijken. Uit onderzoek blijkt dat zo'n 80% van de zorgtrajecten niet bijdraagt aan het oplossen van de problematiek van het kind, dat de (her)instroom toeneemt en de uitstroom achterblijft. Op basis van betere informatie kunnen we gerichter keuzes maken (en dus onderbouwd ook grotere keuzes). Bijvoorbeeld door gevolgen van de ene interventie op de andere te kunnen zien of zelfs voorspellen. Zoals bij knieoperaties: we weten dat een voorlopende (en voorwaardelijke) leefstijlinterventie voor de operatie over het geheel grote, ook financiële, voordelen heeft.

Nu in de praktijk verbeteren, leren en testen

Het verbeteren van de situatie nu vraagt om een aanpak gestoeld op kort cyclisch leren, op testen en verbeteren (in de regionale praktijk) van de effectiviteit. Dat kan niet door aan een of twee knoppen te draaien maar vraagt om samen leren, bijvoorbeeld: via onze regionale Aanpak Wachttijden, of door op basis van de door het NJi beschreven outcome-indicatoren het gesprek aan te gaan met professionals en organisaties. Het gaat erom de 'waardeketen' goed te analyseren en te kijken naar wat we daarbinnen zelf of samen beter kunnen doen om kinderen effectiever te helpen.

Ruimte maken om ruimte te kunnen vinden

Wachttijden zijn inherent aan hoge werkdruk en dat maakt de aanpak ervan extra moeilijk. Professionals zitten al tot over hun oren in het werk en er is vaak sprake van grote doorloop en hoog verzuim. Nog harder werken lost dat niet op. Om te kunnen veranderen moet er dus eerst ruimte worden gemaakt, ook financieel. De focus op anders doen wordt nog eens dubbel moeilijk gemaakt door de vaak prangende problematiek die NU de aandacht vraagt: casussen overnemen van collega's, het in de gaten houden van gezinnen die al veel te lang wachten en ga zo maar door. Dat vraagt om 'schaken op twee borden'. Onderzoek laat zien dat het simpelweg verhogen van de (flexibele) capaciteit vaak geen structurele oplossing biedt en de zorg wel vaak blijvend duurder maakt. Wat kunnen we dan wel doen? Inzetten op een vergrote effectiviteit van de professional. Bijvoorbeeld door de inzet van groepsbehandelingen en van e-health. Of door professionals

beter te ondersteunen in hun werkzaamheden, bijvoorbeeld bij de vereiste administratie, de zoektocht naar de juiste hulp, de inzet van - en samenwerking met andere professionals en bij het helder afbakenen van wie wat doet. Dan kunnen systemen hen ondersteunen en de kwaliteit verbeteren in plaats van dat ze extra werklast en restricties brengen. Door dit slim te doen kunnen we tijd vrijmaken bij professionals en vangen we twee vliegen in een klap: we pakken wachttijden direct aan, maken tijd voor professionalisering en voor ontwikkeling en ook voor innovatie waar nu geen ruimte voor is.

Versterken gewone leven en inzet op preventie

Het versterken van het gewone leven en de inzet van effectieve preventie zijn noodzakelijk om de (jeugd)zorg in Nederland betaalbaar te *houden*. Deze maatregelen hebben logischerwijs het meeste effect omdat kinderen het grootste deel van hun leven, en daarmee een potentieel leven in of buiten de zorg, nog voor de boeg hebben. De rekensom valt dus op de lange termijn snel positief uit naar de inzet van (effectieve) preventie. Bovendien kan de omgeving van het kind beter worden ingezet bij het opvangen van 'uitstroom'. Niet alleen blijven er kinderen onnodig in het systeem zitten omdat ze geen plek hebben om naartoe te gaan, ze vallen ook sneller terug omdat de benodigde lichte ondersteuning niet in hun eigen leefwereld wordt gegeven. Kortom het verbeteren van de weerbaarheid en flexibiliteit van kinderen en hun ouders kan groot effect hebben op het voorkomen van instroom naar jeugdzorg en zelfs op het vergroten van de uitstroom en het doen afnemen van recidieven.

Inzetten op een betere analyse: doe het de eerste keer goed

We zien in retrospectieve onderzoeken dat in 80% van de gevallen een diagnose een tweede keer op basis van dezelfde informatie anders wordt gesteld. We zien ook dat 80% van de zorg die we leveren niet bijdraagt aan het oplossen van de problematiek van de kinderen en dat kinderen in zorg vaak veel verschillende organisaties en behandelingen meemaken. Het inzetten op een betere eerste analyse kan ervoor zorgen dat we (meteen) beter passende zorg inzetten en dat kinderen minder niet helpende trajecten/ gesprekken hebben. Zo kunnen we ook zorgen voor een 'normalisatie'-effect, want niet altijd is jeugdzorg het juiste het antwoord op wat er speelt. In combinatie met het voorgaand punt is dit in onze ogen ook de beste manier om (onnodige) instroom te beperken. We kunnen dat doen door er meer tijd voor te nemen, maar dan moet deze analyse wel minstens net zo goed worden betaald als 'behandelen'. We kunnen daarnaast het kennisniveau verhogen met behulp van cursussen, betere ondersteunende systemen of meer samenwerking met meer senior of hoger opgeleide professionals zoals een GZ-psycholoog. De analyse aan de voorkant (toegang, huisarts, school, etc.) is hier het meest logische punt voor, maar ook als de behandeling al is gestart is het goed om het traject te her-evalueren en te kijken naar betere alternatieven.

Toegankelijkheid, vindbaarheid en duidelijkheid

In de tientallen gesprekken die we in regio's met kinderen en professionals voeren komt één ding steevast naar voren: het is moeilijk je weg te vinden in het (complexe) systeem van jeugdzorg. Dat geldt voor kinderen en gezinnen, maar ook voor professionals. Het is niet altijd duidelijk wie wat doet en waar je voor wat moet zijn, laat staan hoe je daar komt. Soms gaat dat ten koste van een goede doorverwijzing of samenwerking omdat een minder alternatief makkelijker is of minder tijd kost. Een betere toegankelijkheid en vindbaarheid zijn dus wenselijk, bijvoorbeeld in de vorm van een gebruiksvriendelijk interactief overzicht of een centrale toegang. Een duidelijke beschrijving van voor wat je waar moet zijn, en dus een duidelijke afbakening, kan professionals bovendien enorm helpen in hun contact met kinderen en hun gezin. Bovendien zien we dat een goede afbakening tot wel 60% verschil in jeugdzorgvolume kan betekenen zonder dat de kwaliteit van de zorg daaronder hoeft te lijden. Ook de verschillen in doorverwijstijd komen veel naar voren. Als direct doorverwijzen naar de

specialistische jeugdhulp een minuut kost zal de alternatieve (wenselijke) route via de gemeentelijke toegang nooit worden gebruikt als die 45 minuten in beslag neemt. Dit is bovendien een oplossingsrichting die past bij 'Ruimte maken om ruimte te vinden'.

Inzetten op vroegsignalering

Problemen lijken onbehandeld erger te worden. Dat zien we ook in retrospectieve onderzoeken vaak terug. Iets blijft onbehandeld of wordt als iets anders herkend en verkeerd behandeld en gaandeweg worden klachten steeds erger, dus zwaarder, tijdrovender en duurder om te behandelen. Het is dus belangrijk om er zo vroeg mogelijk bij te zijn. Op dit moment kunnen we nog geen (goede) voorspellende data-analyses doen, maar we kunnen wel inzetten op een betere vroegsignalering. Bijvoorbeeld bij problemen in of rondom het gezin. Denk aan (psychische) problemen bij ouders, schulden of een (v)echtscheiding. Of door het systeem rond een kind beter in staat te stellen signalen te zien en daarop te handelen.

Breder kijken en behandelen

Een effectieve behandeling is meer dan de behandeling van de 'directe' (diagnosespecifieke) symptomen. Het is belangrijk om ook te kijken naar zaken die herstel (in)direct beïnvloeden. Denk aan schulden, thuissituatie, gezin en leefstijl, tijdens de behandeling maar ook bij signalering en de analyse aan het begin van een traject. Een integrale aanpak met dito plan dat rekening houdt met al deze factoren en deze aan elkaar verbindt, kan veel tijd schelen van cliënt en van professional. Bovendien kan de effectiviteit van de behandeling sterk toenemen. Als iemand meer redzaam is in zijn of haar eigen omgeving en daar weet om te gaan met de eventuele problematiek, zal dit ook onnodige recidieven kunnen voorkomen.

Door- en uitstroom door perspectief

We kunnen tijdens behandelingen vaak meer doen aan verwachtingsmanagement, hoe ziet het traject eruit? Uit welke fases bestaat de behandeling? En wanneer stroom je uit- of door? En waarheen? Samen uitgaan van eindigheid en hier op plannen leidt tot meer duidelijkheid en vaak kortere trajecten. Hoe we iets brengen en welke verwachtingen dat schept blijkt enorm belangrijk. Door ook in te zetten op nazorg (bijvoorbeeld op basis van een strippenkaart, lichte zorg op een andere plek) kan bovendien de spanning rond uitstroom sterk worden verkleind omdat je zekerheid hebt dat je terug kan komen of dat er een vervolg klaar staat. Dat biedt perspectief waardoor het afronden van de (zware) behandeling minder eng en definitief lijkt.

Inhoudsopgave

Samenvatting 3

Introductie 7

Leeswijzer 9

1. Wachttijden 11
- A | Hoe erg is wachten eigenlijk? 12
- B | Wachttijden: simpel of complex? 13
- C | De definitie van wachttijden: meten is weten? 15
  - Persona: Nour 16
  - Persona: Lotte 17
  - Persona: Luuk 18
- D | Wachttijden zijn een symptoom 21
- E | Wachttijden aanpakken gaat om het grote plaatje 25
- F | Mogelijkheden vanuit het perspectief van het kind 26

3. Voor zorg 27
- Instroom voorkomen 28
- Doorstroom 31
- Uitstroom 32

4. In zorg komen 33
- Instroom beperken 34
- Doorstroom 36
- Uitstroom voorbereiden 40

5. In zorg zijn 41
- Instroom naar effectieve zorg 42
- Doorstroom 43
- Uitstroom voorbereiden 46

6. Uit zorg gaan 47
- (Her)instroom voorkomen 48
- Doorstroom 49
- Uitstroom voorbereiden 49

Conclusies 50

Bijlagen 56
- A | Ervaring van een hulpverlener (1) 57
- B | Ervaring van een hulpverlener (2) 58

Bronnen 59

Introductie

door FRENS PRIES

Een jaar of 25 geleden vertelde mijn moeder me dat ze vroeger in de kinderpsychiatrie heeft gewerkt maar daarmee is gestopt omdat ze haar werk te vaak mee naar huis nam en soms met een gevoel van onmacht bleef zitten. Zelf werk ik nu enkele jaren in het medisch- en jeugddomein, vaak aan wachttijdgerelateerde problematiek. Daarbij werken we samen met jeugdigen, andere cliënten en professionals aan oplossingen, zoals de Fit op weg poli die we samen met GGZ Delfland ontwikkelden en die in de SGGZ het wachttijdenprobleem succesvol aanpakt.

Door mijn werk kan ik nu goed begrijpen wat mijn moeder bedoelde. De verhalen die wij van kinderen en professionals meekrijgen, raken me vaak zo dat ik er soms maar moeilijk mee om kan gaan! Wat sommige gezinnen en kinderen meemaken en waar ze toch nog staan, daar kan je alleen maar bewondering voor hebben. Ik vind dat een belangrijk beeld om neer te zetten. Kinderen en jongeren in jeugdzorg zijn meestal geweldige sterke mensen die het beste van een vervelende situatie maken. We kunnen enorm veel van hen leren. Datzelfde geldt overigens voor de professionals die in jeugdzorg werken. De wil om te helpen is indrukwekkend, en vaak zo sterk dat ze maar al te graag de extra mijl afleggen en af en toe dingen doen en durven waar je versteld van staat.

Een voorbeeld:

> De grote zorgen rondom Henk* zorgen voor enkele crisisopnamen en uiteindelijk voor een gerechtelijke machtiging voor plaatsing in een gesloten jeugdzorg. In overleg met betrokken partijen wordt besloten de jongere 'gesloten thuis' te plaatsen, ondersteund met ambulante zorg. Dit is een enorm risico voor de betrokken professionals want alhoewel het beter passend is en veel minder drukt op kind, gezin en professional, is het niet volgens de regels. En dat kost niet alleen veel extra geregel, als het niet goed gaat ben je bovendien, zeker als je afwijkt van 'het normale pad', verantwoordelijk. – Lees meer in bijlage A.

Aan goede wil en arbeidsethos dus geen gebrek, en toch zijn er lange wachttijden. Helaas is niet alles op te lossen met hard(er) werken. Hoe kies je tussen óf het grotere probleem oplossen zodat kinderen in de toekomst niet meer onnodig hoeven wachten, óf NU kinderen helpen die dat nodig hebben? Het moeilijke is dat door capaciteit het ene het andere in de weg zit. Dat vraagt om het maken van (soms harde) keuzes.

Rondom wachttijden in de jeugdzorg blijkt haast alles complex. Het systeem bestaat uit een flink aantal verschillende systemen met veel onderlinge overlap en afhankelijkheid. Om wachttijden in kaart te brengen moeten we bijvoorbeeld verschillende datasystemen aan elkaar koppelen, en dat kan niet zomaar. Zo is het eigenlijk met elk aspect van wachttijden in de jeugdzorg: elke draad waar

* Namen uit voorbeelden in dit document zijn gefingeerd.

je aan trekt ontwaart tien nieuwe draden, vijf knopen en nog meer afhankelijkheden en nuances. En als je op de ene plek iets verandert, verandert het hele systeem mee.

Toch ben ik ervan overtuigd dat we moeten blijven trekken. We kunnen de wachttijdproblematiek onder controle krijgen, maar dan moeten we dat echt groots aanpakken en er serieus de tijd voor nemen. Zorgen dat we samen blijven leren, gericht op het beste maken van de situatie nu maar tegelijkertijd toewerken naar hoe het zou kunnen zijn. Van de focus op 'solving the problem right' binnen dit systeem: wachttijden aanpakken waar ze problemen veroorzaken, pleister op pleister, etc. naar 'solving the right problem', het aanpakken van het grotere geheel: het systeem, met en voor de kinderen om wie het gaat. Tegelijkertijd voel ik me vaak net als mijn moeder, ik zou graag meer willen doen en lig soms met een gevoel van onmacht in bed te malen over de mogelijkheden en moeilijkheden die wachttijden in de jeugdzorg typeren.

In dit document helpen we enkele van de verborgen complexiteiten rondom wachttijden aan het licht te brengen en schetsen we enkele perspectieven voor een effectieve aanpak. Ik zeg enkele want op dit moment weet niemand, ook wij niet, precies hoe we de wachttijdenproblematiek in Nederland 'op gaan lossen'. Waar ik wel mijn hand voor in het vuur durf te steken is dat we met Team Aanpak Wachttijden de goede dingen aan het doen zijn en dat we door gericht samen te doen en daarvan leren, de situatie sterk kunnen verbeteren. En ik hoop dan ook dat we hiermee helpen om een stap in de goede richting te zetten.

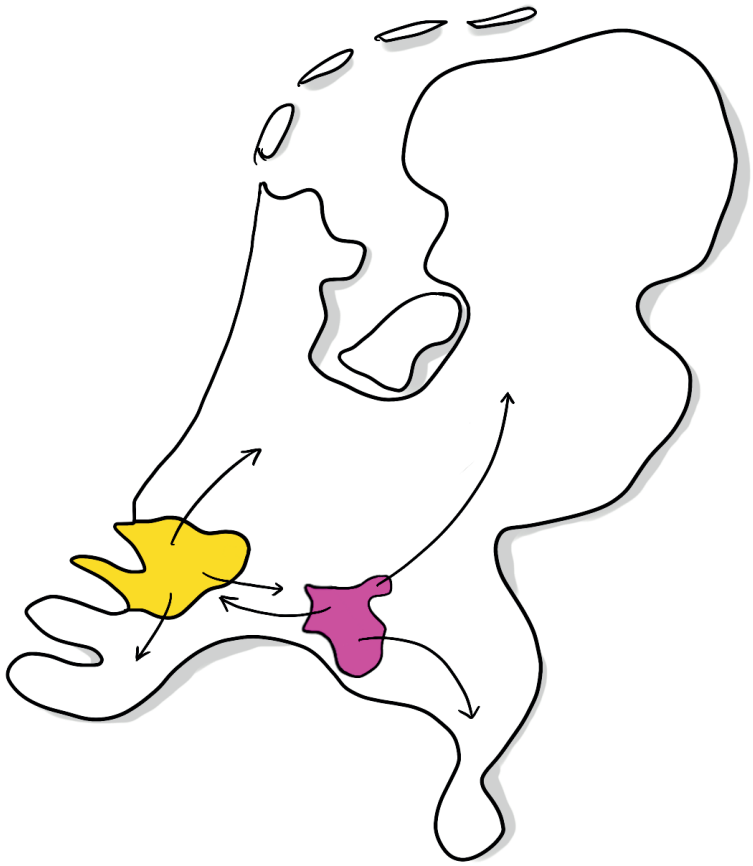
Leeswijzer

Dit document is een bundeling van inzichten uit voorgaande studies en gesprekken die wij in opdracht van VWS en VNG in verschillende gremia en regio's in Nederland hebben gevoerd. Ook is het onderdeel van het programma Aanpak Wachttijden. Bijzondere vermelding verdienen de regio's Hart van Brabant en Rijnmond waar we het leeuwendeel van ons onderzoek hebben uitgevoerd.

Ons doel is om te onderzoeken waar mogelijkheden liggen om het jeugdzorgsysteem te verbeteren en de bijhorende wachttijdproblematiek aan te pakken. En om dat praktisch te maken hebben we dat zoveel mogelijk voor en samen met jeugdzorgregio's gedaan, om zo de situatie lokaal te kunnen verbeteren. Daarbij zoeken we steeds ook naar inzichten en lessen waar mogelijk andere regio's gebruik van kunnen maken of landelijk kunnen worden ingezet . Dit document schetst zeker geen definitief beeld van de wachttijdproblematiek in Nederland maar dient als inspiratie. Het gaat niet om nieuwe dingen of om de beste onderbouwing te vinden maar om mogelijkheden die waarschijnlijk de meeste impact hebben.

Daarvoor gebruiken we verschillende design-research methoden: om problemen te ordenen, op te knippen, vanuit een ander perspectief te bekijken of op andere manier praktisch te maken. De meeste inzichten zijn 'an sich' dus niet per se nieuw, en voelen juist door het opknippen, reframen en praktisch maken zo vertrouwd dat we ze vaak al leken te kennen. Dat is goed want dan begrijpen we elkaar en kunnen we ze samen in de praktijk uitwerken en realiseren.

Door onze focus op co-creatie leunt ons onderzoek dus sterk op inzichten van anderen. Deze geven we zoveel mogelijk plaats in de vorm van quotes, voorbeelden en anecdotes. Daarnaast hebben we een aantal persona's opgezet die in onze ogen de kern raken, vanuit het perspectief van het kind.



Figuur 1. Inzichten en lessen die we opdoen in de regio's verspreiden we over het land.

Naast ons eigen onderzoek leunen we natuurlijk sterk op eerder uitgevoerde onderzoeken/rapportages, waarbij we er graag een aantal uitlichten:

- NJi, Wacht maar
- NJi, Het groeiend jeugdzorggebruik
- "Op de Groei" van de Beweging van 0
- Manifest van redesigning psychiatry
- Verwey Jonker, Eigenwijs transformeren
- Toekomst jeugd

Dit document is onderdeel van een serie documenten. Die het beste in de volgorde is te lezen:

- **Een functionele kijk op wachttijden** – De basis, wat moet je echt weten wil je met wachttijden aan de slag (als regio)?
- **De aanpak van het wachttijdenprobleem** – Hoe kan je als regio praktisch aan de slag en wat is daar voor nodig?
- **Wachttijden aanpakken in de praktijk** – Voorbeelden van projecten die je als regio kan oppakken (bijlage bij document aanpak, los lezen is af te raden)
- **Dat doen we al** – een kort overzicht van het geheel

De tweede en derde rapportage worden in de zomer van 2022 gepubliceerd.

Figuur 2. Dit document is onderdeel van een serie documenten, met het document 'dat doen we al' als kort overzicht van het geheel.

HOOFDSTUK 1

Wachttijden

Wachttijden zijn een ernstig probleem in de jeugdzorg, daar lijken we het in Nederland wel over eens te zijn. Dat is ook al jaren zo (Volkskrant, 1995) en het lijkt alleen maar meer en erger te worden. Hoewel wachttijden deels onvermijdelijk (NJi, 2017) zijn, vinden we de situatie rondom wachttijden zoals hij nu is dus niet acceptabel.

A | Hoe erg is wachten eigenlijk?

Hoewel de Nederlandse jeugd tot de gelukkigste ter wereld behoort (Unicef, 2020) maken velen gebruik van jeugdzorg, in totaal zo'n 450.000 jeugdigen (CBS, 2020). Velen van hen moeten wachten op de zorg die hen verder kan brengen in het leven. In absolute aantallen is het dus een groot probleem.

> Jeugdbeschermer: "Op dit moment kunnen we niet eens een crisisbed bieden, omdat er geen crisisbedden zijn. Nu kan een jongere alleen een bed krijgen als er echt bloed aan de muur zit."

Ondanks dat ondersteunings- of overbruggingszorg relatief vaak is gecontracteerd, wordt de beleving van het wachten en ondersteuning tijdens het wachten door kinderen, jongeren en hun gezinnen als slecht ervaren.

Hopeloos lange wachttijden
In de psychiatrie
Eigenlijk slaat het nergens op
Bij hartfalen geldt dat niet?

Maar wat nou als psychiatrische stoornissen
Net zo dodelijk zijn?

Noa Pothoven
Uit haar boek Winnen en Leren (2018)

Is wachten schadelijk?

Een antwoord op deze vraag is niet eenvoudig, de ernst is afhankelijk van de situatie en in ieder geval deels afhankelijk van de zorgzwaarte en mate van urgentie. In een paper van Ballesio (2018) is bijvoorbeeld te zien dat wachten op zorg bij depressieklachten een even groot negatief effect heeft als CGT (een veel gebruike behandelvorm) een positief effect heeft op de klachten. Of dit te veralgemeniseren valt, kan niet worden gezegd. Helaas is er geen sluitend wetenschappelijk onderzoek naar de effecten van wachten op jeugdzorg. Sterker nog, het paper van Ballesio is een van de weinige onderzoeken die uberhaupt iets zeggen over het effect van wachten op (mentale)zorg. Helaas lijkt dat weinige bewijs dus te duiden op een (sterk) negatief effect.

> Nour, jongere: "Toen het niet goed met me ging, verwees de huisarts me naar een behandeling van anorexia nervosa. Er was een wachtlijst. Tijdens het wachten verslechterde mijn gezondheid, waardoor ik uiteindelijk met spoed door het ziekenhuis moest worden opgenomen.

Het gevoel van de kinderen die we spreken lijkt dat te onderschrijven. Zo ervaren ze angst door wachttijden omdat ze bang zijn voor verergering van hun problemen. Je bent bang dat het uitzichtloos is of dat het probleem gevolgen heeft voor je sociale situatie of je relaties (werk, vrienden, gezin). Een aantal van hen geeft aan dat hun situatie, sociaal, financieel of qua diagnose, tijdens het wachten ook daadwerkelijk is verergerd. Deze angst is dus niet onterecht.

Er wachten in Nederland dus veel kinderen op hulp. Dat lijkt wellicht niet altijd erg, maar het blijkt dat vaak wel te zijn. Wachten betekent in die gevallen bovendien het verergeren van de klachten en daarmee dus vaak een zwaarder en langer behandelproces – wat zorgt voor een negatieve spiraal in; en extra druk op, het zorgsysteem, maar daarover later meer.

B | Wachttijden: simpel of complex?

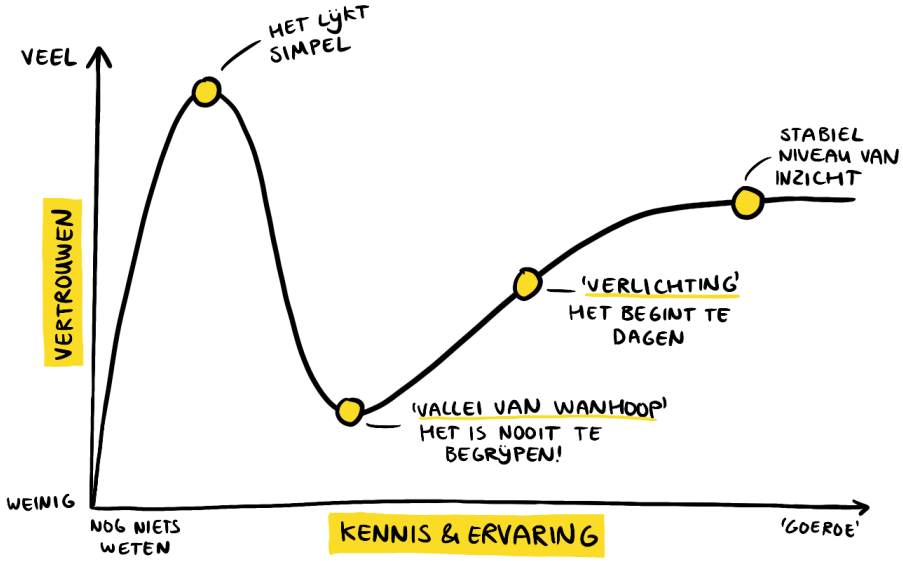
Ondanks de duidelijke urgentie van het probleem is het in voorgaande jaren lastig, zo niet onmogelijk, gebleken om landelijk een duidelijk beeld van de situatie te krijgen (NJi, 2017; Binnenlands Bestuur, 2019). Conclusies die getrokken kunnen worden zijn over het algemeen weinig concreet en niet gemakkelijk om te zetten in oplossingen. Hoe komt dat? En waarom is dit probleem zo moeilijk te doorgronden?

Simpel EN complex?

Wij denken dat dit begint bij de perceptie en het begrip van wat wachttijden zijn. Wachttijden lijken op het eerste oog vrij simpel: de tijd dat iemand wacht (meetbaar in uren, dagen, weken of maanden), bijvoorbeeld op de zorg die hij/zij nodig heeft. En als je dan een kop leest als '*Kind in nood wacht gemiddeld tien maanden op hulp*' die NOS plaatste in juni van 2021, dan begrijp je de situatie: dit kan en mag zo niet langer doorgaan!

Daar staat dan weer tegenover dat als je met een (data)professional over wachttijden praat, het al snel over nuances gaat: zo makkelijk kan je er niet naar kijken, de ene wachttijd is de andere niet. Wacht iemand op hulp bij een ernstige eetproblematiek of op ondersteuning bij dyslexie? Heb je het over een wachttijd of een wachtlijst? Wanneer begint die wachttijd eigenlijk? Soms is wachten niet schadelijk. Als we de hele wachttijd willen meten moeten we systemen aan elkaar koppelen op basis van persoonsgegevens die dus niet anoniem kunnen zijn, en dat lijkt te botsen met AVG wetgeving, etc. Zo blijkt dus dat je de problematiek helemaal niet zo kunt generaliseren als de kop van de NOS doet vermoeden. De werkelijkheid van wachttijden is enorm gecompliceerd.

In deze tegenstrijdigheid van visies op wachttijden zit meteen een deel van het probleem. Wachttijden lijken heel eenvoudig, maar zijn dat absoluut niet. Je hebt heel snel het idee dat je het allemaal begrijpt, vaak onderbouwd met een sprekend verhaal van een schrijnende casus. Bijvoorbeeld het in de media breed uitgemeten verhaal van Charlotte die voor het ministerie van VWS gaat zitten omdat ze al 804 dagen op zorg wacht. Dan lijken nuances niet meer belangrijk, maar toch blijkt de realiteit complex en deze nuances cruciaal voor een goede aanpak.



Figuur 3. De Dunning Kruger curve laat zien dat weinig kennis over een complex probleem het soms doet lijken alsof het heel simpel op te lossen is. Meer kennis en ervaring geeft begrip in de complexiteit van (het aanpakken van) wachttijden.

Oftewel, als je op een basisniveau naar wachttijden kijkt, kan je niet anders dan tot de conclusie komen dat wachttijden een enorm maar vrij simpel probleem zijn dat NU opgelost moet worden. En bij dat (extreme) heel zekere beeld past geen genuanceerd antwoord terwijl een realistisch antwoord weer niet rijmt met verwachtingen. Figuur 3, de Dunning Kruger curve, illustreert dit effect treffend. Bovendien zien we een grote doorstroom bij professionals en ambtanaren die met jeugdzorg te maken hebben. Hierdoor moet het kennisniveau dat nodig is om wachttijden effectief te doorgronden, steeds weer opnieuw worden opgebouwd.

In dit document doen we ons best om hier zoveel mogelijk de juiste balans in te vinden: we willen laten zien dat wachttijden niet zo simpel zijn als ze lijken zonder dat onze woorden te veel scherpte verliezen door oneindige nuances. Om de complexiteit over te brengen gebruiken we zoveel mogelijk beelden en metaforen en beschrijven we dus wellicht zaken die voor sommigen wat kort door de bocht zijn. Zo gebruiken we omwille van de leesbaarheid ‘kinderen’ in plaats van ‘jeugdigen’ (of ‘kinderen EN jongeren’). En ‘ouders’ en ‘gezin’ in plaats van ‘(stief) ouders’ en “verzorgers’.

C | De definitie van wachttijden: meten is weten?

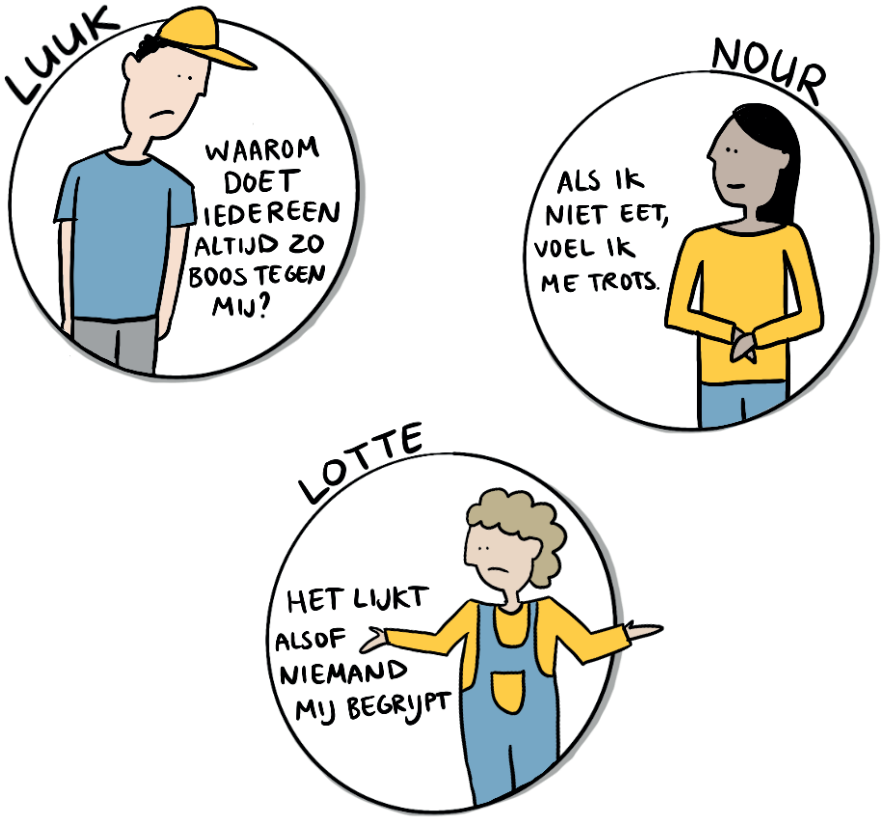
Wachttijden in de jeugdzorg zijn dus een 'wicked problem' met vele nuances. Bovendien is het altijd een momentopname uit het verleden. De wachttijd die je nu kan meten is niet wat iemand moet gaan wachten die nu op de wachtlijst komt, maar: hoelang iemand die nu in zorg komt heeft moeten wachten. Maar ook als je het platslaat blijft het complex. Vanaf wanneer tel je? Wanneer is een wachttijd schadelijk en wanneer niet?

Het antwoord op deze vraag hangt af van perspectief. We splitsen de definitie van wachttijden daarom op in een aantal perspectieven:

1. Het perspectief van het kind/gezin: wachten op passende hulp.
2. Het huidige dataperspectief: wat kunnen we nu zien.
3. Een functioneel data-perspectief: wat is nodig om inzicht in wachttijden te krijgen

1. Onze definitie – gezien vanuit het kind

Wij kijken dus zoveel mogelijk vanuit het perspectief van het kind en gebruiken dit perspectief om te zoeken naar mogelijkheden. Om dit ook in deze rapportage goed naar voren te laten komen hebben we, naast quotes, anekdotes en visuele voorbeelden, ook enkele persona's bijgevoegd die delen van de wachttijdproblematiek die wij belangrijk vinden goed illustreren (figuur 4). Leer deze drie (fictieve) verhalen kennen op de volgende pagina's. De persona's gebruiken we om voorbeelden te geven van het effect van wachttijden en de inrichting van jeugdzorg op dit moment. In het hele document vind je hun verhalen, en die van hun naasten en hulpverleners, als rode draad terug. We gebruiken de persona's bovendien in onze projecten om ideeën en conclusies aan te scherpen.



Figuur 4. In deze rapportage beschrijven we drie fictieve persona's (zie de volgende pagina's) die de verhalen illustreren.

* Ook hier zijn uiteraard weer nuances te maken, gaat het om zorg? Hulp? Het beantwoorden van een hulpvraag?

Nour is groot paardenfan en doet haar best om prijzen te winnen met wedstrijden, net zoals ze haar best doet om er altijd goede cijfers te halen en eruit te zien volgens de laatste mode. Ze is erg perfectionistisch en wordt boos als iets niet lukt of anders gaat dan ze had verwacht.

Ik ben 16 jaar en dit heb ik al meegemaakt ...

12 jaar - Tot groep 8 gaat het goed met Nour. Het is fijn in de klas bij de juf en ze gaat elke dag langs bij haar paarden. Als ze naar het VWO gaat stapt ze een nieuwe, overweldigende wereld binnen. Wat een vrijheid. En in de kantine is zoveel lekkers om te eten.

14 jaar - In de 2e klas constateert de jeugdverpleegkundige op school dat Nour veel te weinig weegt. Ze vermoedt een eetstoornis en verwijst Nour door naar de huisarts. De huisarts denkt dat de oorzaak van Nours eetproblemen van psychische aard is en verwijst haar door naar de GGZ.

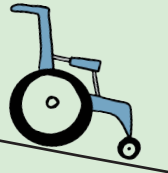
Nour: "Eerst ging ik alleen nog maar lekkere dingen eten, maar toen merkte ik dat mijn lichaam niet zoveel eten nodig heeft."

± 2 maanden wachttijd

14 jaar - Tijdens de wachttijd gaat het zo snel bergafwaarts dat Nour opgenomen wordt in het ziekenhuis. Hier krijgt ze sondevoeding, maar haar ouders schrikken: Nour trekt de sondes eruit omdat ze controle wil houden over wat haar lichaam in gaat. Om ervoor te zorgen dat Nour de sondes laat zitten past het ziekenhuis een fixatiemiddel toe: ze wordt vastgebonden. Wanneer het lichamelijk wat beter met haar gaat mag Nour naar huis.

Nour: "Ik voel me zo schuldig dat onze vakantie niet door kan gaan, ik zit iedereen in de weg met mijn problemen..."

15 jaar - Nour kan terecht bij de GGZ. Die stelt vast dat ze een eetstoornis heeft, maar legt uit dat dit het gevolg is van Asperger (ASS), wat haar primaire stoornis blijkt te zijn. Dat Nour autisme heeft is niet eerder vastgesteld. Waarschijnlijk, legt de psycholoog uit, omdat ze met haar intelligentie goed meekwam op school. Vanwege de ernst van Nours eetstoornis wordt ze doorverwezen naar een eetstoorniskliniek.



± 4 maanden wachttijd

16 jaar - Bij de kliniek wordt Nour niet behandeld voor haar Asperger, want dat kan pas als ze de eetstoornis meer onder controle heeft. Wanneer dat gelukt is en Nour uit de kliniek ontslagen wordt komt ze op de wachtlijst. Ze is er lang tussenuit geweest en Nour voelt zich los staan van alles. Ze krijgt een terugval.

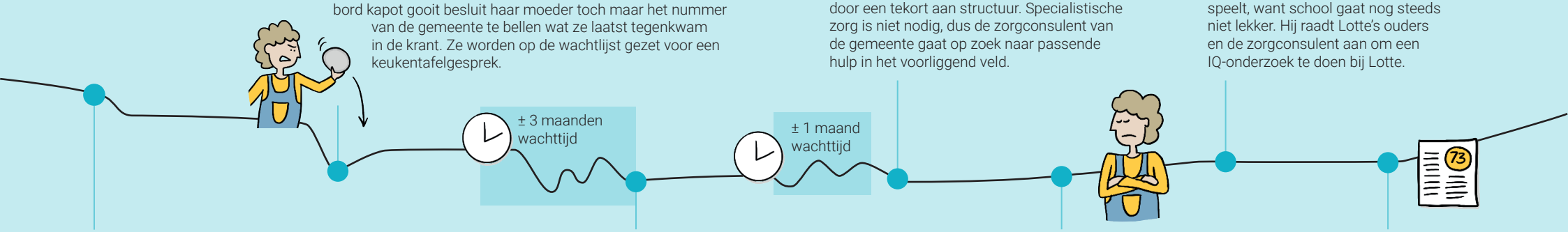
Lotte is iemand die eerst doet, en dan pas nadenkt. Ze is spontaan, maar ook wispelturig. Ze trekt graag op met haar vriendinnen, maar heeft andere verwachtingen van loyaliteit dan anderen. Als iemand iets doet wat haar niet bevalt, vindt ze het erg moeilijk om te vergeven.

Ik ben 15 jaar en dit heb ik al meegemaakt ...

13 jaar - Lotte's ouders vinden haar woede-uitbarstingen nu wel erg vervelend worden, maar weten niet goed wie ze hierover advies moeten vragen. Als Lotte op een dag haar bord kapot gooit besluit haar moeder toch maar het nummer van de gemeente te bellen wat ze laatst tegenkwam in de krant. Ze worden op de wachtlijst gezet voor een keukentafelgesprek.

14 jaar - Uit het onderzoek blijkt dat Lotte's agressie voortkomt uit frustratie die ontstaat door een tekort aan structuur. Specialistische zorg is niet nodig, dus de zorgconsulent van de gemeente gaat op zoek naar passende hulp in het voorliggend veld.

15 jaar - De hulpverlener heeft het idee dat er toch ook iets anders speelt, want school gaat nog steeds niet lekker. Hij raadt Lotte's ouders en de zorgconsulent aan om een IQ-onderzoek te doen bij Lotte.



13 jaar - Lotte zit op het VMBO en heeft een groepje vriendinnen in haar klas. De laatste tijd worstelt ze steeds meer met haar concentratie en soms barst ze ineens in woede uit omdat niks haar lijkt te lukken. Ook school lukt niet... Lotte moet blijven zitten.

13 jaar - Tijdens het keukentafelgesprek stelt de zorgconsulent verschillende vragen aan Lotte en haar ouders. De consulent merkt dat Lotte soms erg agressief uit de hoek kan komen en vermoedt een agressiestoornis. Ze verwijst haar door naar een zorgaanbieder om hier diagnostisch onderzoek naar te doen.

14 jaar - Lotte wordt doorverwezen naar een maatjesproject, waarbij een hulpverlener een tijdje wekelijks bij haar langs komt om haar te helpen wat structuur aan te brengen in haar dagen. Wanneer ze elkaar de eerste keer zien moet ze weer opnieuw haar verhaal doen, daar heeft ze dus geen zin in.

15 jaar - Uit het IQ-onderzoek blijkt dat Lotte een disharmonisch intelligentieprofiel heeft: qua spraak komt ze goed mee en heeft ze haar woordje klaar, maar haar denkniveau is lager dan gedacht. Dit verklaart waarom ze niet goed meekomt op school en zo vaak gefrustreerd raakt. Lotte wisselt naar een school met kleinere klassen en meer ondersteuning.

Luuk is een creatieve jongen. Via tekeningen of graffiti-kunstwerken kan hij zijn gevoel kwijt, emoties waar hij niet goed over kan praten. Zijn ouders zijn gescheiden en hij woont afwisselend bij zijn vader - die niet naar hem omkijkt - en zijn moeder, die voor zijn broertje en zusje zorgt.

Ik ben 14 jaar en dit heb ik al meegemaakt ...

11 jaar - Luuk belandt regelmatig in vechtpartijen. Hierdoor komt hij vaak te laat. School maakt hier een melding van bij Veilig Thuis. Er wordt contact opgenomen met zijn pas gescheiden ouders, maar die willen onvoldoende meewerken.

12 jaar - Luuk steelt een t-shirt en wordt opgepakt. Ook de politie doet een melding bij Veilig Thuis. Weer wordt geprobeerd contact te krijgen met Luuks ouders, maar weer weigeren ze mee te werken. Veilig Thuis maakt zich ernstig zorgen om de situatie en vraagt advies bij de Jeugdbescherming. Er wordt besloten een raadsonderzoek te starten.

± 6 maanden wachttijd

13 jaar - Uit het raadsonderzoek blijkt dat Luuks ouders pedagogisch onmachtig zijn en de rechter bepaalt dat het kind onder toezicht moet worden gesteld. Er wordt een gezinsvoogd toegewezen, maar daar is een tekort van.

Luuk: 'Ik mag mezelf niet, maar ik kan het niemand vertellen.'

± 2 maanden wachttijd

13 jaar - Tijdens het wachten blijft Luuk niet stilzitten; de aandacht die hij krijgt van jongens als hij een vechtpartij wint voelt goed. Op een dag slaat hij iemand het ziekenhuis in en wordt hij met spoed in een gesloten inrichting geplaatst onder het mom van een agressiestoornis.

Luuk: 'Na mijn eerste jointje wilde ik de volgende dag weer, want ik hoefde dan niet te denken aan thuis'

14 jaar - In de gesloten inrichting krijgt hij een goede band met zijn begeleider, maar Luuk schrikt van wat hij om zich heen ziet. Zo slaat een meisje haar hoofd tegen de muur als ze een paniekaanval heeft en een jongen fluistert hem bedreigingen toe.

Luuk: 'Ik voel me hier eenzaam, alleen, bang en verdrietig.'

We zien de belangrijkste wachttijd dan ook als de tijd dat een kind moet wachten tot het de juiste ondersteuning* ontvangt, in de breedste zin van het woord. Het gaat ons dus niet om wachttijden of wachtlijsten, maar om wachten op de juiste ondersteuning. Wanneer dat wachten begint, hangt af van de zorgvraag of het probleem. Zo kan je al jaren in zorg zijn, maar toch wachten, bijvoorbeeld als je wordt behandeld voor het verkeerde of als er meer speelt dan wat met een behandeling kan worden 'opgelost'. Deze definitie past het beste bij een oplossingsgerichte aanpak en biedt de meeste mogelijkheden. Bovendien voorkomen we zo dat we niet van tevoren groepen of problemen buiten de scope van het programma plaatsen. Maar het is ook een deels 'onmeetbare' definitie, want van wanneer meet je bijvoorbeeld als iemand een probleem heeft maar dat zelf nog niet weet? Echter, dit is waarover wachttijden uiteindelijk gaan. Hoe lang wacht een persoon op passende hulp? We brengen dit perspectief in regio's in kaart met behulp van bijvoorbeeld retrospectieve casusanalyses en onderzoek naar de ervaringen van kinderen, gezinnen en professionals.

> Ervaringsdeskundige: "Ik had soms vier weken dat ik niemand sprak, dan was ik helemaal aan het verzuren in mijn eigen gif. Ik sprak dan niemand en niemand vroeg aan mij: "hé hoe voel je je nu, heb je al hulp gekregen, hoe gaat het daarmee…? Hulp voor mij voelt voor mij alsof je er steeds uit en in gejojoot wordt. Nu dat ik bij de psychotherapeut zit… Tussen sommige afspraken heb ik drie weken dat ik moet wachten, omdat het druk is. Dat is frustrerend. Vooral als ze vier sessies willen nemen om je te leren kennen. Want ik weet heus wel wat er aan de hand is. De eerste sessie was ik er oké mee, in de veronderstelling dat het vier weken zou duren waarin ik iedere week een sessie van drie kwartier had. Maar nu moet ik drie weken wachten voor een half uur waarin ik het dan heb over hoe ik me op het schoolplein voelde. Ik weet dat het relevant is, maar ik kan ook een powerpoint maken. Een heel mooi overzicht van mijn leven, en dan: 'let's goooo'. Het gaat te langzaam. Ik heb zelf ervaring met depressie en PTSS. Dat zijn twee dingen die elkaar de hand schudden en fluctueren. Die blijven en ze komen af en toe terug. Dan moet je het maar zien te overleven. Dat gaat dan een stuk makkelijker met hulp, want hoe ouder je wordt, hoe meer andere hulp je nodig hebt. Ik zie het als natuurlijk proces, maar soms gaat het gewoon niet. Dan zeggen ze: "je moet drie weken wachten, drink maar een theetje". Dat is af en toe moeilijk."

2. Meetbare definitie (wat kan nu)

Een definitie lijkt simpel genoeg: we meten de wachttijd als de tijd die verstrijkt tussen het moment dat iemand aanklopt bij bijvoorbeeld een huisarts tot het moment dat de zorg start. Helaas is dat niet zo simpel als het lijkt: huisartsen gebruiken bijvoorbeeld een ander (registratie)systeem dan lokale teams. En omdat we in Nederland privacy (gelukkig) erg serieus nemen zijn deze systemen niet zomaar aan elkaar te koppelen. Bovendien worden sommige berichten (zoals start zorg) soms automatisch door een systeem afgegeven waardoor de waarde zeer beperkt is.

Figuur 5.

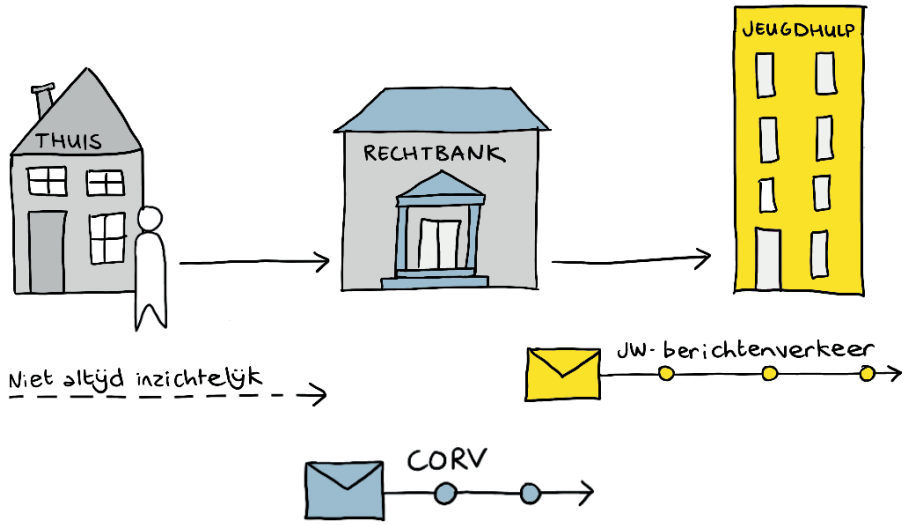
Soms zien we ook dat door een inrichting van een systeem in een regio wachttijden in de data zelfs niet naar voren komen omdat ze in geheel buiten wat gemeten is vallen. Terwijl casussen (en dus kinderen) wel degelijk wachten en soms zelfs meerdere keren heen en weer worden gestuurd tussen verschillende organisaties. Een individuele casus is door betrokken partijen soms nog goed van begin tot eind te volgen, maar als we op grotere schaal willen zoeken naar verbanden wordt het nagenoeg onmogelijk, omdat het complete plaatje mist.

Op dit moment kunnen we dus alleen binnen het berichtenverkeer meten. Verwijzingen van huisartsen of bijvoorbeeld gecertificeerde instellingen vallen daarbuiten. En in het berichtenverkeer kunnen we zien wanneer een gemeente een toewijzing doet (301) en wanneer de zorg start. Maar dat laatste is dus vaak niet eens correct. We kunnen niet zien op welke vorm van zorg hoe lang wordt gewacht. Laat het duidelijk zijn dat deze laatste van zeer beperkte waarde is. Op dit moment hebben we dus GEEN goed bruikbaar inzicht in wachttijden. Dit is landelijk zo en geldt bovendien voor de meeste regio's. Meten is op dit moment dus helaas niet weten.

3. Functionele definitie (wat is nodig om wachttijden inzichtelijk te maken)

Neem als voorbeeld de kop van een NOS-artikel uit juni vorig jaar: 'Kind in nood wacht gemiddeld tien maanden op hulp'. Dit lijkt een heldere niet mis te verstane conclusie: de wachttijd is tien maanden. Maar wat zegt dat? Hangt het niet erg af van op welke zorgvorm iemand wacht? En waarom iemand wacht? Als je tien maanden moet wachten op een plek waar je kan leren omgaan met jouw eetstoornis, is dit onacceptabel lang. Maar als het gaat om lichte ondersteuning op school en je voor je begint eerst nog een half jaar met het gezin naar het buitenland gaat, is dat al een heel ander verhaal. Dit zijn twee uitersten en wellicht niet eens relevant voor het bewuste artikel, maar het punt is duidelijk.

Om iets zinnigs te zeggen over 'de wachttijd' is een onderscheid in de zorgvraag/vorm belangrijk. Bovendien is het belangrijk om de gehele 'reis' in kaart te hebben. Een functionele definitie hangt daardoor af van het 'zorgpad' dat een kind heeft afgelegd. Belangrijk is dat individuele paden door verschillende systemen zijn te volgen van begin (bijvoorbeeld aankloppen bij de huisarts) tot het starten van de ondersteuning, uitgesplitst op zorgvorm. Bovendien wil je zoveel mogelijk tussenpunten meten om te kijken waar het kind binnen dat hele traject moet wachten. Zo kan een kind bijvoorbeeld in totaal zeventien weken moeten wachten waarvan zeven weken op een intake twee weken op een computersysteem en acht weken op de start van de zorg.



Figuur 6. In het zorgpad dat een kind aflegt, wordt gecommuniceerd via verschillende systemen die niet (altijd) met elkaar in verbinding staan. Daardoor is het lastig te bepalen hoe lang een kind al op zorg wacht en waar wachttijden zijn.

D | Wachttijden zijn een symptoom

Het bovenstaande perspectief zou enkele handvatten kunnen bieden om te achterhalen waar de problematiek zich afspeelt, en wellicht kan het enkele bottlenecks in kaart brengen. Dit zijn goede stappen om gerichter wachttijden aan te kunnen pakken. Maar we kunnen er nu weinig mee, en bovendien is wachttijden in beeld hebben niet hetzelfde als weten hoe ze aan te pakken. Wat we wel nu kunnen doen en hoe we wachttijden dan wel kunnen aanpakken, schrijven we hier. Daarvoor zetten we eerst even een stapje terug.

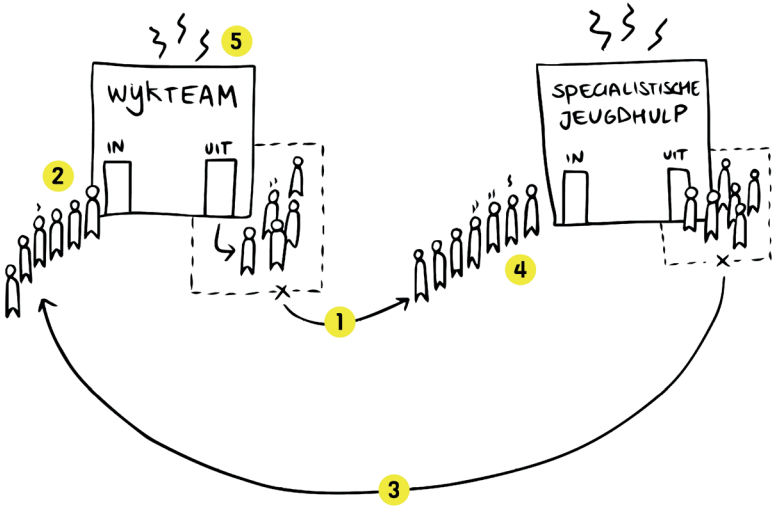
De afgelopen twintig jaar is het gebruik van jeugdzorg met bijna 350% gegroeid (NJi, 2019). Verhoudingsgewijs is de zorgvraag in deze periode bovendien van één op de 27 kinderen naar één op de acht gegroeid. Eén op de acht kinderen ontvangt dus een vorm van jeugdzorg! De directe oorzaak van de groei is onder andere een achterblijvende uitstroom (AEF, 2020). Verschillende (indirecte) oorzaken van die groei zijn prestatiedruk, procentueel meer en langer werkende ouders en sociale media, een verhoogde norm van geluk en het idee van maakbaarheid van dat geluk (NJi, 2019). Mede hierdoor zouden er meer en nieuwe (lichte) zorgvragen ontstaan. Ook de duur van de zorg is de afgelopen jaren met zo'n 21% toegenomen. Zo is het systeem in de afgelopen jaren dus steeds verder volgelopen waardoor er lange wachttijden zijn ontstaan en de jeugdzorg steeds duurder is geworden. Wachttijden zijn dus deels een symptoom van een systeem dat de verhouding vraag-aanbod van zorg niet aankan. Uiteraard zijn er ook wachttijden voor een systeem of procedure, maar in onze ogen gaat dit maar om een zeer klein deel van het probleem. Datzelfde geldt voor andere specifieke bottlenecks. Grote stappen zijn te maken door de in, door- en uitstroom te verbeteren.

Systeemprobleem; en een negatieve spiraal

Wachttijden* zijn dus onder andere het resultaat van groei en een vastgelopen systeem. Omdat er een sterke verbinding tussen de verschillende onderdelen van jeugdzorg bestaat heeft een oplossing op de ene plek vaak gevolgen op een andere plek in dat systeem. Een voorbeeld om dit waterbed effect te illustreren: als je inzet op een sterke(re) afbakening van bijvoorbeeld het aantal doorverwijzingen naar jeugdhulp bij wijkteams, vinden kinderen of hun ouders vanzelf een olifantenpaadje via bijvoorbeeld de huisarts, of wordt er zelfs gestuurd op een iets zwaardere diagnose die nog wel wordt vergoed.

Bovendien zien we vaak dat wachttijden op de ene plek in verband staan met wachttijden op de andere plek. Lange wachttijden bij de jeugdhulp staan logischerwijs sterk in verband met het aantal doorverwijzingen, bijvoorbeeld vanuit de gemeentelijke toegang en huisartsen. En ook kunnen lange wachttijden bij de jeugdhulp weer zorgen voor grotere druk op diezelfde toegangen. Soms krijgen ze bijvoorbeeld een deel van de overbruggingszorg op hun bord. Ook blijven mensen terugkomen omdat ze maar niet worden geholpen – ik moet toch iets! Deze extra druk zorgt er weer voor dat er minder tijd beschikbaar is en er dus ook weer sneller wordt doorverwezen naar de jeugdhulp omdat er geen tijd meer is voor lichte ondersteuning. Wachttijden zijn dus niet alleen problematisch voor kinderen maar voor het hele jeugdzorgsysteem. Ze veroorzaken negatieve spiralen van wachttijden en druk, zoals figuur 7 op de volgende pagina illustreert.

* Wachttijdproblematiek is ook deel aan het eigen probleem. Wachten kan de problematiek verergeren, waardoor er meer of zwaardere zorg nodig is wat weer een negatieve impact heeft op de beschikbare capaciteit in het systeem.



1. Door de wachtlijst bij jeugdhulpaanbieders heeft het wijkteam meer werk: een plek vinden voor de jeugdige en een vinger aan de pols houden.
2. Dat extra werk kan een wachtlijst bij het wijkteam veroorzaken.
3. Door die wachtlijst is het vanuit de jeugdhulp niet mogelijk om af te schalen naar het wijkteam.
4. De druk op jeugdhulp wordt groter, en ook de wachttijd daar loopt op.
5. Op die manier neemt de druk ook toe op het wijkteam, en uiteindelijk overal: op jeugdhulpverleners, wijkteammedewerkers en op de jeugdigen en gezinnen.

Figuur 7. Visualisatie van de negatieve spiraal die kan ontstaan door wachttijden op één plek in het systeem, leidend tot meer wachttijden en hogere werkdruk overal in de keten.

Het direct bestrijden van wachttijden komt dus meestal neer op symptoombestrijding, oftewel dweilen met de kraan open want je pakt het gevolg aan en niet de oorzaak. Het is effectiever om te kijken hoe wachttijden ontstaan en ze in hun oorsprong te bestrijden.

Figuur 8. Dweilen met de kraan open

Systeem onder druk

We schreven al dat een groot gedeelte van de wachttijdenproblematiek wordt veroorzaakt door een systeem dat de vraag niet aankan. Dat brengt ons tot een ander inherent probleem bij de aanpak van wachttijden. De professionals die met (lange) wachttijden te maken hebben en die logischerwijs dus moeten worden betrokken bij het ontwikkelen/uitvoeren van mogelijke verbeteringen, hebben daar geen tijd en ruimte voor. Hoe hard ze vaak ook werken, ze krijgen ook zonder 'nieuwe' dingen vaak hun werk al niet rond. Toch zien we in verschillende onderzoeken (OECD, 2013) dat (flexibele) extra capaciteit vaak niet de oplossing is. Zij leidt tot hogere kosten en loopt net als een badkuip vanzelf ook weer vol*.

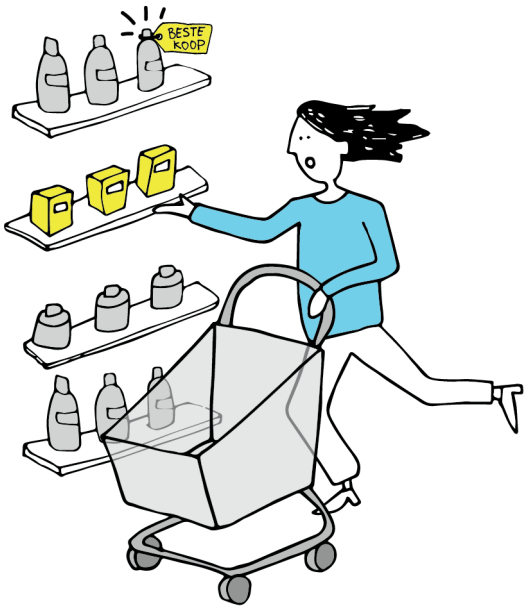
* Toch kan het in sommige gevallen uiteraard wel noodzakelijk zijn de capaciteit te verhogen. Te weinig is te weinig, zo denken we dat het mogelijk een goed idee is om het aantal opleidingsplekken voor GZ- psychologen te vergroten.

Om zorg te kunnen bieden aan jeugdigen worden zorgaanbieders betaald door gemeentes. En die staan er (mede hierdoor) financieel niet altijd goed voor. Gemeenten kampen met flinke, oplopende, tekorten (bijvoorbeeld €30 miljoen in de regio hart van Brabant in 2019). Dit zorgt ervoor dat er meer op de financiën wordt gestuurd: er moet bezuinigd worden. Het gevaar hiervan is dat er daardoor te veel direct op (korte termijn) bezuinigingen wordt gestuurd. Op termijn kunnen deze keuzes juist tot een toename in kosten leiden, bijvoorbeeld door het snijden in budgetten voor dure, maar vaak effectieve zorg, of de benoemde budgetplafonds waar regelgeving boven de hulpvraag van de inwoner wordt gesteld.

Ook zorgaanbieders zitten vaak in zwaar weer. Een op de drie aanbieders lijdt verlies, terwijl slechts de helft van de instellingen solvabiliteit heeft om klappen op te vangen. De gemiddelde winstmarge van de zorgaanbieders die wel winst maken is 0,5% (Intrakoop, 2020). Dit is de laagste winstmarge van de hele gezondheidszorg*. Geen ideaal startpunt om veranderingen door te voeren: je kan niet investeren, maar gezien de erger wordende problemen ook niet-niet investeren.

Ondertussen staat het aanbod mede door deze sterke groei steeds verder onder druk. Professionals zitten vaak tot over hun oren in het werk. Zo denkt een op de drie psychiaters door de werkdruk aan stoppen (GGZ nieuws, 2020). Het aantal jeugd- GZ-psychologen is sinds 2015 met 40% afgenomen (Denys, 2020). Dit leidt ook tot een ziekteverzuim dat ruim 30% hoger ligt dan het landelijk gemiddelde (6% vs. 4,5%) (Omroep West, 2020). Bovendien is er een sterke doorloop van 15% op jaarbasis. Dit zorgt ervoor dat professionals zich moeilijk verder kunnen professionaliseren. Op deze manieren draagt druk dus verder bij aan het probleem want er is op ieder moment minder capaciteit beschikbaar. Om diezelfde reden zien we overbruggingszorg niet als functionele oplossing. Je accepteert ten eerste dat de situatie is zoals hij is inclusief de wachttijden die daarbij horen. Belangrijker nog: het draagt weer extra bij aan de werkdruk van professionals en maar zelden aan het oplossen van de problematiek van het kind.

Zo zien we dat huisartsen vanwege tijdsgebrek doorverwijzen naar vaak dezelfde jeugdhulpaanbieders via ZorgDomein, Terwijl ondertussen een breed (basis)aanbod beschikbaar is buiten dat systeem. Huisartsen hebben echter geen tijd om zich daarin te verdiepen.



Figuur 9. Wanneer je haastig door een supermarkt loopt, kies je waarschijnlijk voor producten die in het oog springen en op ooghoogte geplaatst zijn. Een ander product, op de bovenste plank, past wellicht beter bij je. Iets soortgelijks gebeurt bij de huisartsen en lokale teams: het bekende aanbod wordt gekozen – wegens gebrek aan inzicht in het andere aanbod én weinig tijd om dat op te zoeken. De best passende zorg kan echter elders liggen.

* Ondanks dat er kleine spelers zijn in enkelvoudige of basishulp die een winstmarge kunnen behalen van 35%.

Naast werkdruk ervaren professionals ook een sterke (negatieve) druk vanuit de politiek, media en de gemeente. Die druk leidt soms tot kiezen voor regels en zekerheid in plaats van de beste oplossing. Dat vraagt momenteel te veel tijd van professionals en maakt het moeilijk om maatwerk te leveren of af te wijken van de gebaande paden als dat nodig is. Ook instellingen ervaren druk van buitenaf. Een instelling met bedden heeft bijvoorbeeld altijd vraag naar die bedden. De druk om wel op te nemen vanuit de buitenwereld is vaak groot – tot aan burgemeesters die zich er mee bemoeien toe. Als dergelijke klinieken alle kinderen opnemen waarvan de buitenwereld vindt dat dat moet, zouden er wel drie keer zoveel bedden bij moeten komen (NRC, 2021). Dit soort druk kan ten koste gaan van de kwaliteit van de zorg: niet alle kinderen zijn daadwerkelijk gebaat bij een opname en door extra opnames ontstaat er weer extra werk(druk). Dit kan weer ten koste gaan van de kwaliteit die een instelling kan leveren. Ook onderhandelen over budgetten kost instellingen veel tijd (NJi, z.d.), niet in het minst omdat ze vaak met vele verschillende gemeenten (andere) afspraken moeten maken.

Verschillende professionals schatten dat ze zo'n 35% van hun tijd kwijt zijn aan administratief werk. Het exacte percentage hebben we niet goed onderbouwd kunnen vinden, maar nagenoeg alle JZ-professionals zijn het erover eens dat dit te veel tijd kost. Het gaat dan bijvoorbeeld om administratieve verantwoording van het werk dat is geleverd. Om dat verder te benadrukken hebben we een eigen schatting gemaakt op basis van gesprekken die we hebben gevoerd: er lijkt zo'n 10.000 FTE aan administratieve taken in Nederland te zijn bijgekomen.

Figuur 10. Door de vele administratieve taken hebben professionals minder tijd voor de cliënt.

E | Wachttijden aanpakken gaat om het grote plaatje en de effectiviteit van jeugdzorg

Samenvattend: wachttijden zijn gecompliceerder dan ze lijken en de aanpak ervan vraagt een goed begrip van de achterliggende oorzaak van het symptoom wachttijden, maar die weten we niet. Belangrijk is dus te weten dat wachttijden een symptoom zijn en daarom niet goed direct aan te pakken zijn op de plek waar ze optreden.

De sterke groei van het jeugdzorggebruik en de hoge (werk)druk hebben een groot aandeel in de wachttijdenproblematiek en maken het tegelijk moeilijk om deze aan te pakken. Om de wachttijdenproblematiek effectief aan te pakken moeten we dus niet naar individuele bottlenecks of zorgvragen kijken maar naar de in-, door- en uitstroom van de gehele jeugdzorg. Bovendien betekent wachttijden zo aanpakken vanzelf ook de hoge kosten verminderen, want ook die zijn gekoppeld aan het grote gebruik van jeugdzorg. Zo kan de aanpak van wachttijden zich dus letterlijk dubbel terugbetalen.

Figuur 11. Om de wachttijdenproblematiek effectief aan te pakken moeten we dus niet naar individuele bottlenecks of zorgvragen kijken, maar moeten we kijken naar de in-, door- en uitstroom van de gehele jeugdzorg.

F | Mogelijkheden vanuit het perspectief van het kind

In dit document zoeken we zoals gezegd naar mogelijkheden. Om wachttijden effectief aan te pakken moeten dus de in-, door- en uitstroom binnen de gehele jeugdzorg verbeteren. Maar we schreven er ook naar dat we het perspectief van het kind het belangrijkste vinden. In de komende hoofdstukken combineren we beide om te zoeken naar mogelijkheden. Dat doen we vanuit de hieronder beschreven stappen in de cliëntreis:

Figuur 12. Visualisatie van de vier stappen uit de cliëntreis die we in dit rapport gebruiken.

HOOFDSTUK 2

Voor zorg

“Mijn gewone leven”

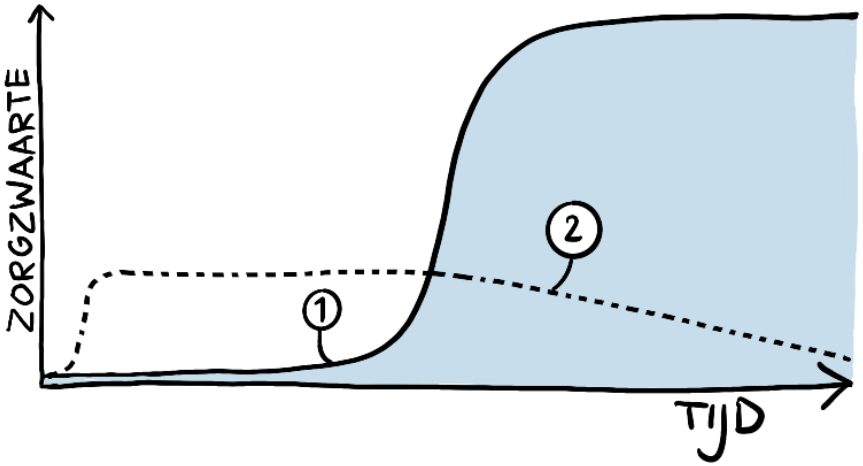
Voor zorg

In deze sectie kijken we naar de mogelijkheden om wachttijden te voorkomen als een kind (nog) niet in zorg is. Wat zijn knelpunten en mogelijkheden buiten het jeugdzorgsysteem? Wat kan er in het gewone leven om de in-, door-, en uitstroom te verbeteren?

Instroom voorkomen

Versterken gewone leven – brede basis
De mooiste oplossing voor het inperken van jeugdzorg is natuurlijk voorkomen dat kinderen tegen problemen aanlopen, of zorgen dat ze op een dusdanig sterke basis kunnen rekenen dat ze door de obstakels die ze tegenkomen niet vastlopen of in de jeugdzorg terecht komen. Denk daarbij bijvoorbeeld aan: 'Het huis' in Haarlem, het 'high scope perry preschool project' of de bewezen effectieve anti-pestmethodiek van KiVa. Denk daarbij bijvoorbeeld aan: 'positive reinforcement' en 'nonviolent discipline techniques'. Logische oorzaak-gevolg-consequenties zijn goede preventieve opvoedkundige technieken die helpen bij het verminderen van disruptief gedrag bij kinderen (Leijten et al., 2019). Uit studies van onder andere de Rabobank (2017) blijkt bovendien steeds weer dat we om de (almaar stijgende) kosten (van Elst, 2022) van de zorg beheersbaar te houden, (veel) meer moeten inzetten op preventie en het versterken van de basis. En dat geldt logischerwijs extra voor jeugdhulp omdat kinderen nog een hele lange toekomst, potentieel vol zorg, voor zich hebben.

De randvoorwaarden voor effectieve preventie en vroeghulp lijken gunstiger dan ooit. De Jeugdwet zorgt voor samenwerking en afstemming op lokaal niveau en een meer vraag- en cliëntgerichte benadering. Studies laten vaak maar een relatief klein effect zien van preventieve interventies. Maar omdat deze interventies vaak een erg groot bereik hebben, niet veel vragen van cliënt of hulpverlener en niet veel kosten, hebben ze toch een (groot) netto positief effect op de maatschappij. Een goed uitgedachte, samenhangende en gecoördineerde aanpak kan dit positieve effect sterk vergroten, aldus het NJi (2019).



Figuur 13. Door te laat zorg in te zetten (1), kan de zwaarte van zorg vele malen groter zijn dan wanneer al vroeg wordt ingezet op het verlenen van lichte zorg (2).

Er is een gat tussen 'op eigen kracht' en specialistische zorg
Uit gesprekken met verschillende gemeentelijke toegangen komt naar voren dat er onvoldoende aanbod is voor gezinnen en kinderen om de eigen kracht te versterken. Het lijkt een valkuil: door nadruk te leggen op eigen kracht wordt te veel verwacht van de gezinnen zelf. Daardoor wordt de afstand tussen 'het op eigen kracht kunnen' en zorg/ondersteuning groter. Problemen kunnen verergeren wanneer er voor een kind of gezin geen laagdrempelige ondersteuning beschikbaar is in de leefomgeving, en er uiteindelijk jeugdzorg nodig is.

Niet alles is jeugdzorg
In hoofdstuk 1 schreven we over enkele veelgenoemde (indirecte) oorzaken van de groei van het gebruik van jeugdzorg in de afgelopen twintig jaar. Als je kijkt naar het beperken van de instroom is 'normaliseren', ofwel het beïnvloeden van de norm van wat normaal is, dus een logische aanpak. We hebben enkele tientallen jeugdzorgprofessionals (onder andere van de toegang) gevraagd een inschatting te maken van welk percentage mensen er bij hen worden behandeld die eigenlijk niet in jeugdzorg thuishoort. Antwoorden daarop lagen tussen de 10% en 50%. Uiteraard verschilt dit enorm per type zorg en cliënt. Dit is op zijn best een ruwe schatting maar lijkt te benadrukken dat hier inderdaad mogelijkheden liggen om (onnodige) instroom naar jeugdzorg in te perken.

Figuur 14. Er lijkt een gat te zijn tussen zelfredzaamheid en jeugdhulp. Het aanbod van ondersteuning voor het versterken van eigen kracht lijkt onvoldoende (op de radar).

Verschillende geïnterviewden omschrijven dat “inmiddels ieder kind in de klas een diagnose heeft”. Mondige ouders vragen om specifiek diagnostisch onderzoek of een behandeling. Meer diagnostisch onderzoek kan ook beangstigend of bevestigend zijn voor het kind of opvoeders: “zie je wel, er is iets ergs aan de hand”. Diagnostisering kan ook stigmatiserend werken en leiden tot neveneffecten zoals sociale uitsluiting, armoede, pesterijen en vooroordelen (Sociale vraagstukken, 2018). Met tijdig en juist signaleren kan de instroom naar (specialistische) jeugdhulp worden verminderd.

Volgens verschillende medewerkers van lokale teams kan er meer aandacht worden gegeven aan het normaliseren van opgroei- en opvoedvragen op zowel scholen als bij de huisarts. Een signaal of probleemgedrag betekent immers niet altijd dat er sprake is van een afwijking of stoornis waarvoor een arts ingeschakeld moet worden of die specialistische zorg behoeft. Daarbij hoeft een school of huisarts niet altijd zelf die hulp te bieden maar is het wel belangrijk om te weten wat nodig en mogelijk is. Het vraagt echter expertise en ervaring (en vaak tijd) om erachter te komen wat daadwerkelijk nodig is en om dat samen met de opvoeders en/of jeugdige te bepalen of bespreken. En juist tijd is vaak een knelpunt.

Om welke (zorg)vragen dit gaat of hoe je dat normaliseren dan doet blijkt een moeilijkere vraag. We hebben met verschillende experts op dit gebied gesproken en een echt concreet antwoord, dat ook nog eens niet voor een hele specifieke plek geldt, is er eigenlijk niet. Om de kennis van professionals (uit verschillende domeinen) te vergroten is een tijdsinvestering nodig voor bijvoorbeeld trainingen, het leren omgaan met vaste methodes (zoals de verklarende analyse) of voor intervisie door professionals.

“Sommige ouders of jongeren zeggen: “We hebben toch recht op zorg!”. Het kan lastig zijn om daarmee om te gaan. Het is als professional belangrijk om uit te dragen dat het niet alleen om dat recht gaat, maar vooral om wat er nodig is. Ouders moeten daarin weleens een drempel over geholpen worden, maar uiteindelijk zien ze meestal wel in dat dat het beste is.” – Beleidsmedewerker Jeugd

Figuur 15. Niet alles is jeugdzorg of behoeft (professionele) zorg.

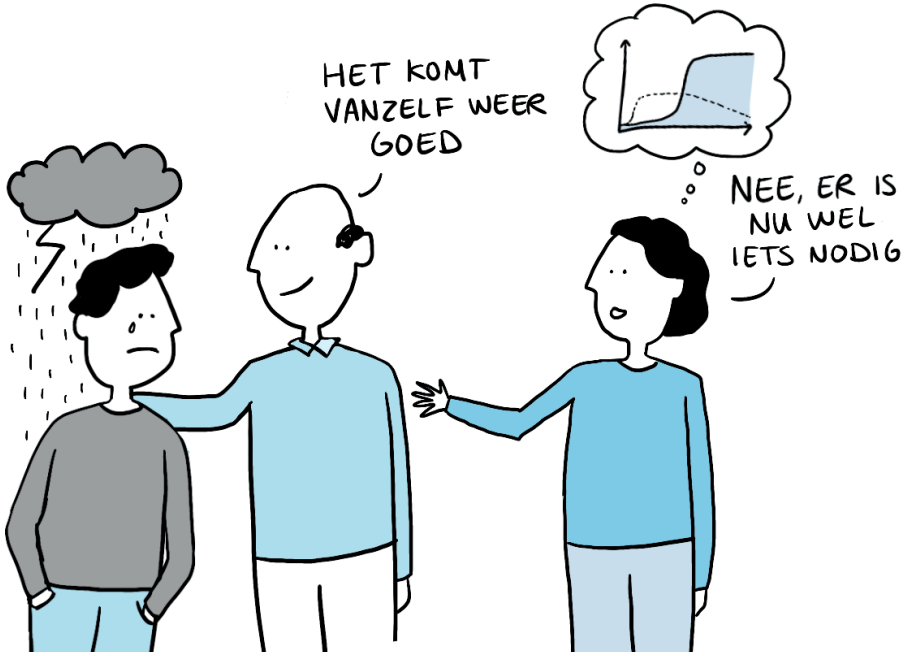
Doorstroom

Vroeg(er) signaleren
Problemen verergeren vaak als ze niet behandeld worden. Voor signaleren geldt dus ook: hoe eerder hoe beter. Soms is het op het moment dat het gezin of het kind met een hulpvraag komt zelfs al te laat omdat de hulpvraag niet goed wordt (h)erkend of omdat het kind en het gezin de juiste toegang niet weten te vinden. Veel problemen zijn (door professionals) al op vroege leeftijd herkenbaar maar worden niet opgemerkt tot zich iets (ergs) voordoet (VNG, 2018), laat staan dat erop gehandeld wordt. Heckman laat goed zien wat de baten van eerder effectief behandelen zijn (Heckman, z.d.).

> Ervaringsdeskundige: "Ik kwam vaak op school met blauwe plekken of een kapotte lip. Maar er was niemand die daar wat van zei of aan me vroeg of er thuis iets aan de hand was."

Wijkteams zijn bijvoorbeeld niet altijd voorzien van de juiste expertise om specifieke problemen te herkennen. Dan wordt soms te lang gewacht met het betrekken van de juiste expertise (NJi, 2017). Ook voor ouders kan het erg moeilijk zijn problemen te herkennen en daar de juiste hulp(vraag) bij te vinden. Bepaalde klachten, zoals autisme bij meisjes, kunnen lastig te herkennen zijn waardoor ze escaleren en er zwaardere zorg nodig is dan wanneer het kind direct goed was geholpen. Inzetten op beter en vroeger signaleren kan dus onnodig(e) zware zorg voorkomen en zo op termijn de druk op jeugdzorg met name stroomopwaarts verlagen. Maar omdat bij vroegsignalering ook meer zichtbaar zal worden, zal er een boeggolf van tijdelijke extra instroom ontstaan.

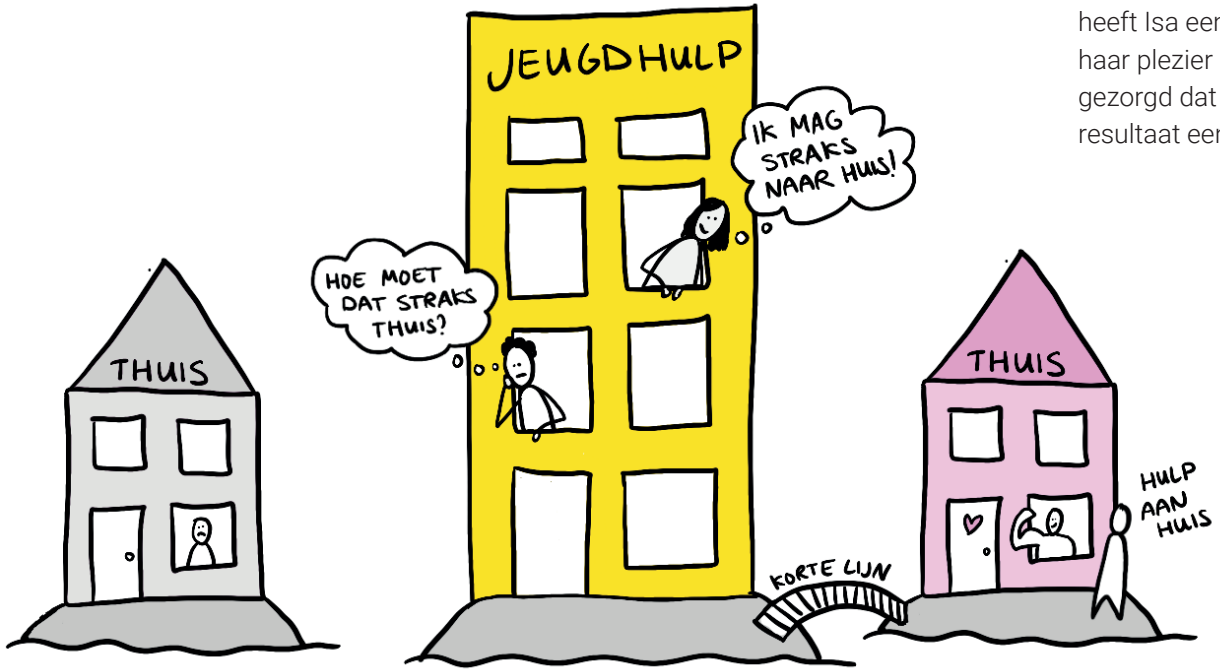
> Ervaringsdeskundige: "Thuis ging het helemaal niet goed en was ik niet veilig, maar mijn schoolprestaties waren prima. Doordat dat de graadmeter was, werd niet opgemerkt dat ik eigenlijk problemen had."



Figuur 16. Vroeg(er) signaleren kan verergering van problematiek voorkomen.

Uitstroom

Uitstroom door perspectief
Ook op het gebied van uitstroom liggen er buiten jeugdzorg mogelijkheden om in jeugdzorg wachttijden aan te pakken, bijvoorbeeld door in het systeem of in de omgeving van het kind de situatie te verbeteren. Zo kan een kind sneller en veiliger uitstromen, bijvoorbeeld vanuit de specialistische jeugdhulp. En bovendien is een betere borging in het eigen systeem goed tegen recidive (Associatie Wijkteams, 2020).



Figuur 17. Het versterken van de eigen omgeving kan perspectief op uitstroom verbeteren.

Een voorbeeld
Wanneer de gesloten instelling van Isa noodgedwongen moet sluiten is er geen alternatief. Samen met Isa's moeder wordt besloten dat ze weer thuis komt wonen en acht uur per week begeleiding aan huis krijgt. Vergeleken met de 24 uur zorg per dag van voorheen is dat een enorm verschil! Isa's hulpverlener probeert samen met haar een steunnetwerk op te bouwen, om zo haar negatieve zelfbeeld en uitzichtloosheid (verder) te doorbreken. Naast de acht uur begeleiding heeft de hulpverlener de eerste tijd daarom ook veel contact via WhatsApp met zowel Isa als haar moeder. Dit is een soort 'life line' en geeft hen extra houvast. Het doel van de hulpverlener is om Isa zo snel en vertrouwd als mogelijk is weer deel te laten nemen aan het 'gewone leven'. Op het moment van schrijven heeft Isa een betaalde baan, een vriend en een groot gevoel van zingeving door haar plezier in sport. De abrupte sluiting van de gesloten instelling heeft ervoor gezorgd dat er op een andere manier naar Isa's hulpvraag gekeken werd, met als resultaat een (op dit moment) stabiel leven. Lees het hele verhaal in bijalge B.

HOOFDSTUK 3

In zorg komen

“Heb ik zorg nodig?”

In zorg komen

In deze sectie kijken we naar een sleutelmoment in elke behandeling. Het kind, het gezin of een professional signaleren iets of lopen ergens tegenaan, ofwel het moment dat een kind (potentieel) in zorg komt.

Uit enkele retrospectieve onderzoeken blijkt dat de beslissing of en wat er nodig is, vaak erg moeilijk is. Bij enkele onderzoeken waarin cliënten blind opnieuw werden beoordeeld op basis van dezelfde informatie, werd bijvoorbeeld in zo'n 80%* van de gevallen een andere conclusie getrokken. Door onvoldoende kennis, ervarenheid, of door een incompleet beeld van de situatie worden vaak suboptimale oplossingen aangeboden. En die kosten vaak een veelvoud (van de tijd) die een meer gedegen analyse had gekost.

> Ervaren jeugdbeschermer: "Aspirant jeugdbeschermers hebben vanwege personeelstekort geen 5 jaar werkervaring meer nodig om op een zware casus gezet te worden. Zo gebeurde het dat een jeugdbeschermer die net begonnen was geen goede beschikking indiende, waardoor de rechter deze afwees en het meisje nu nog steeds thuis zit. Nu zit ik met een heel team om het meisje heen om haar toch in jeugdhulp te krijgen."

* Er kwam in zo'n 80% van de gevallen een andere diagnose naar voren. Ook uit een onderzoek waarbij 1100 casussen opnieuw zijn beoordeeld bleek dat er bij zo'n 900 (ook ± 80%) een andere diagnose uitkwam (GGNet). Bij een onderzoek naar complexe casuïstiek bleek dit niet anders, de sample size is wat kleiner, maar de conclusie hetzelfde: 25 van de 32 kinderen werden anders beoordeeld. Nog een voorbeeld , in Flevoland is voor 32 kinderen die in gesloten jeugdzorg zaten gekeken hoe en waarom ze daar terecht zijn gekomen. Voor slechts twee van hen was duidelijk waarom ze in gesloten zorg zaten. Van de overige dertig kinderen was dus niet duidelijk hoe en waarom ze in een gesloten instelling terecht zijn gekomen. Zie ook Tempel et al, 2018.

Instroom beperken

Niet alles is jeugdzorg

Een deel van de hulpvragen zoals hierboven beschreven is zelfs helemaal geen jeugdzorg en valt bijvoorbeeld onder (preventieve) opvoedkundige hulp. In interviews die we binnen de aanpak met professionals hebben, komt toch vaak terug dat een relatief groot deel van de hulpvragen waar jeugdzorg mee te maken heeft eigenlijk valt onder opvoedkundige problemen en dus geen jeugdzorgprobleem zijn. Maar het systeem is ingericht op medisch behandelen (zonder diagnose of indicatiestelling geen financiering). Ook zijn vaak niet alle preventieve mogelijkheden bekend (zoals ouderschapstrainingen van het CJG) Daarom wordt een deel van deze, in oorsprong niet medische vragen, wel medisch behandeld. En dat leidt tot problemen: een deel dat er niet thuishoort komt in jeugdzorg en als je een klacht behandelt met een niet passende oplossing blijft het probleem bestaan en blijf je maar door behandelen zonder het probleem op te lossen.

> Hulpverlener van Luuk: "Een gezinsgerichte interventie had mogelijk kunnen voorkomen dat Luuk naar de gesloten inrichting moest, alleen de wachttijd voor een gezinscoach die een aantal uur per week langs huis komt om het gezin te ondersteunen is al 4 tot 6 maanden."

We signaleren ook dat de druk vanuit ouders en ketenpartners, soms in combinatie met het onderwijs, groot is*. Ook dat leidt tot extra zorg en kosten. Zo zien we veel (bijvoorbeeld in Utrecht) dat hierdoor een buitenproportioneel deel van de zorg wordt opgeslokt door wijken met een hoge sociaaleconomische score (SES) omdat zij de weg goed weten te vinden en eisen dat er wat wordt

* Ook 2e Kamerlid Rene Peters heeft hier aandacht voor gevraagd.

gedaan aan de situatie. Dit is ook een landelijk beeld: het mediane inkomen van de gezinnen die met jeugd in de licht specialistische jeugdzorg zitten, is gestegen terwijl dat gemiddeld gezien juist gezinnen zijn met relatief weinig en kleine problemen (AEF, 2020).

> Consulent van Lotte: "Het doorverwijzen naar een zorgaanbieder was achteraf niet nodig, het wisselen naar een school met kleinere klassen hielp haar al voldoende. Soms is de oplossing eenvoudiger dan ik in eerste instantie denk."- We zien veel dat er via passend onderwijs meer mogelijk is dan bekend is (bijvoorbeeld bij toegansgmedewerkers).

Voor sommige kinderen kan jeugdzorg zelfs averechts werken. Remko Iedema verwoordt dat misschien nog wel het mooist met de titel van zijn boek 'baat het niet dan schaadt het wel'. Het kind maakt gebruik van jeugdzorg die niet effectief zal blijken, bijvoorbeeld omdat het eigenlijk geen medisch zorgvraagstuk is. Tegelijk verwacht het wel dat dit de hulpvraag beantwoordt. Zo wordt het afhankelijk gemaakt van zorg die wordt geleverd maar dus niet oplevert wat ervan verwacht wordt.

Figuur 18. Wat is het beste voor het kind? Een diagnose en therapie is niet altijd passend; soms kan een kind zijn energie en emoties ook kwijt via bokstraining.

Veel gemeenten hanteren geen scherpe definitie en afbakening van wat jeugdzorg is. Hierdoor is het voor zowel de gemeente, als de professionals (maar ook de burgers) moeilijker om in te schatten wat jeugdzorg wel en niet is. Dit lijkt daardoor eerder op de mening van de professional en niet op beleid. Met als gevolg discussies met professionals, ontevredenheid en extra druk op de professional.

Er lijkt bovendien een sterke relatie te zijn tussen jeugdzorggebruik en hoe goed jeugdzorg is afgebakend, ofwel een duidelijke beschrijving van wat jeugdzorg is en wat niet (Jeugdzorg Nederland, 2020). Niet veel gemeenten hebben de ondergrens vastgelegd wat ouders en kinderen zelf (moeten) kunnen. Deze stijging is niet gerelateerd aan de risicofactoren die samenhangen met het gebruik van jeugdzorg zonder verblijf (jb Lorenz, 2020). In hetzelfde rapport is te zien dat het strak afkaderen potentieel 60% van de nu gegeven zorg zonder verblijf kan elimineren zonder gevolgen voor de kwaliteit van de jeugdzorg of voor het welzijn van de kinderen. Combineer dit met de 10% tot 50% die op p.26 als schatting voor onterecht jeugdzorggebruik wordt genoemd, en het mag duidelijk zijn dat hier kansen liggen om onnodige instroom tot jeugdzorg te beperken. Deze data is echter alleen voldoende als aanwijzing en geldt niet als 'de feitelijke waarheid'.

Op de snijvlakken van de Jeugdwet en de Wlz, Zvw, onderwijs, etc is het vaak de Jeugdwet die als voorliggende voorziening wordt gezien waardoor andere partijen zich terugtrekken. Gemeenten lossen soms bijvoorbeeld het gebrek aan voldoende passend onderwijs op door jeugdzorg in te zetten (AEF, 2020). Ook de afbakening met andere wetten heeft (financiële) potentie, zoals passend onderwijs (AEF, 2020).

Voorbeeld: Een school heeft moeite met het gedrag van een kind, maar de oorzaak daarvoor is niet medisch. De school kan dit dan vaak toch onder het mom van handelsverlegenheid doorzetten naar jeugdzorg, terwijl dit daar niet thuishoort.

Figuur 19. Afbakening van jeugdzorg kan professionals én kinderen/ouders helpen om de juiste hulp te bieden en instroom naar jeugdzorg te beperken.

Doorstroom

Verkeerde analyse en overdiagnose

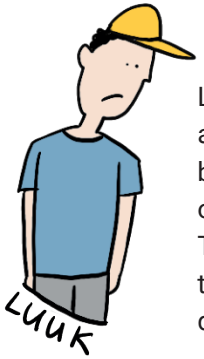
We schreven aan het begin van dit hoofdstuk dat een goede analyse van wat er nodig is, erg moeilijk is en dat in 80% van de gevallen op basis van dezelfde informatie andere conclusies worden getrokken. Dat leidt tot veel onnodige (extra) voordeuren voor de kinderen en gezin: soms gaan zij van hot naar her omdat niet duidelijk is wie of wat er op dit moment nodig is.

"Lage urgentie is niet schadelijk" horen we vaak. Bij een hoge urgentie worden kinderen na triage direct of op korte termijn geholpen, bij een lagere urgentie komt het kind op de wachtlijst. Sommige aanbieders doen dit alleen bij aanmelding en een andere aanbieder doet dit nogmaals gedurende de wachttijd. De urgentie kan immers tijdens de wachttijd veranderen. Deze werkwijze komt overeen met de mening van bijna alle geïnterviewden over de wachttijd: wachten is niet erg zolang er geen sprake is van urgentie. Maar bij urgentie of in geval van crisis mag niet gewacht worden.

Dit brengt echter een nieuw probleem met zich mee: als je de zorg zo inricht wordt namelijk gestimuleerd om zwaarder te diagnosticeren/door te verwijzen omdat je dan sneller wordt geholpen. En overdiagnose creëert weer extra vraag waardoor de druk op het systeem op de verkeerde plek verder toeneemt. Hierdoor ontstaat ook weer het fenomeen van 'upcoding': iemand een zwaardere diagnose geven zodat deze de wachtlijst kan overslaan. Wederom leidt dit tot inefficiëntie en ineffectiviteit, wat weer bijdraagt aan wachttijden. Een voorbeeld:

In Rijnmond zijn de spoedpoli's vol omdat er zoveel kinderen op aangemeld worden, maar ondertussen alsnog geen passende plek bij een zorgaanbieder beschikbaar is. Voor de spoedpoli ontstaat ook een wachtlijst.

Door verschillende achtergronden (en moederorganisaties) van professionals is er bij de verschillende 'toegangen' bovendien vaak een verschil in aanpak. Dat ook maakt dat er verschil is in de methode of aanpak om tot een besluit te komen van wat er aan de hand is en wat er nodig is. Volgens het NJi is de kans groot dat dit leidt tot overdiagnose en het inschakelen van zwaardere zorg dan nodig. We zien ook dat GGZ-instellingen soms het diagnoseproces weer opnieuw doen omdat ze niet vertrouwen op de analyse van het voorliggend veld.

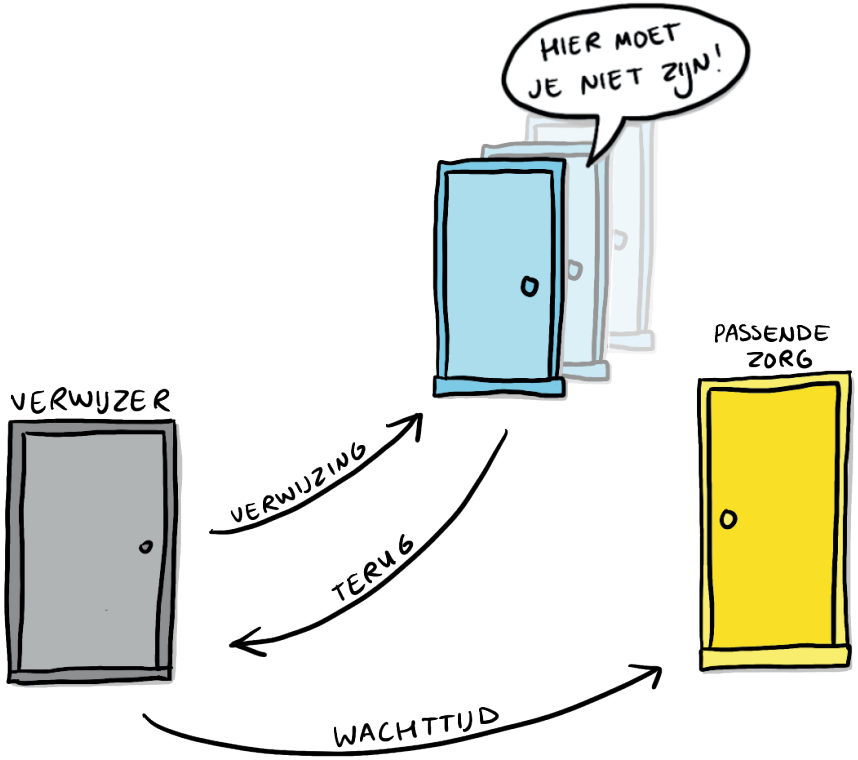


Luuk zit in een gesloten inrichting en wordt behandeld wegens agressieproblemen. Retrospectief blijkt dat zijn ouders hem slecht behandelden, hij veel gepest werd en op een gegeven moment ontdekte dat 'van zich afslaan' hielp om minder gepest te worden. Toen dit een keer erg misliep kwam Luuk in een gesloten instelling terecht waar hij werd behandeld voor agressieproblemen – die later dus niet het probleem maar een symptoom bleken.

Ook blijkt dat kinderen die eenmaal een label (diagnose) hebben daar maar moeilijk vanaf komen en vaak voor langere tijd in jeugdzorg blijven steken. Bovendien wordt het kind dan als 'diagnose X' gezien en wordt er daarna minder goed gekeken en geluisterd naar wat er wordt gevraagd, "want we weten al wat de diagnose is". Dit zorgt er soms dus voor dat de benodigde zorg juist (veel) te laat wordt gegeven, zoals in het voorbeeld hierboven.

Soms ligt de oorzaak niet bij het kind maar worden de klachten elders veroorzaakt, bijvoorbeeld doordat ouders in (v)echtscheiding liggen, ouders mentale problemen hebben, er sprake is van schuldenproblematiek etc. Dan zijn er wel symptomen van bepaalde klachten maar kan de oorzaak elders liggen. Het is dus belangrijk om breed te kijken en ook het systeem rondom het kind erbij te betrekken op een manier die past bij de situatie.

Het is waarschijnlijk dus effectief om meer in te zetten op deze analyse, zowel in de tijd die ervoor beschikbaar wordt gesteld als door in te zetten op de breedte en meer expertise aan de voorkant. Dat kan bijvoorbeeld door samenwerking met specialisten (zoals POH jeugd), het trainen van de toegangen (verklarende analyse), of de inzet van ondersteunend materiaal dat het beoordelen van de situatie verbetert.



Figuur 20. Kinderen worden soms verschillende keren naar de verkeerde 'voordeur' verwezen voordat ze passende hulp krijgen.

Toegankelijkheid en vindbaarheid
Op het moment dat kinderen en/of ouders een hulpvraag hebben en weten te formuleren, is de (goede) toegang soms moeilijk te vinden. Bij wie kan je terecht met die vraag? Kenmerkend voor de huisartsenzorg is dat er geen wachttijd is: de huisarts is direct beschikbaar, vertrouwd en dichtbij. Voor inwoners is dit vaak dus een logische stap als ze een zorg/hulpvraag hebben over hun kinderen. We horen veel dat ouders graag zouden willen dat er één herkenbaar punt is waar je terecht kunt met je hulpvraag. Dat betekent niet per se één toegang, er kan ook gewerkt worden met het 'no wrong door'-principe, waarbij het dus niet uitmaakt waar je aanklopt, de route wordt vanaf daar hetzelfde (figuur 21).

Figuur 21. In plaats van verschillende loketten voor 'afzonderlijke' problemen, zou het 'no wrong door'-principe toegepast kunnen worden om hulp te bieden ongeacht de plek waar kinderen of ouders hulp vragen.

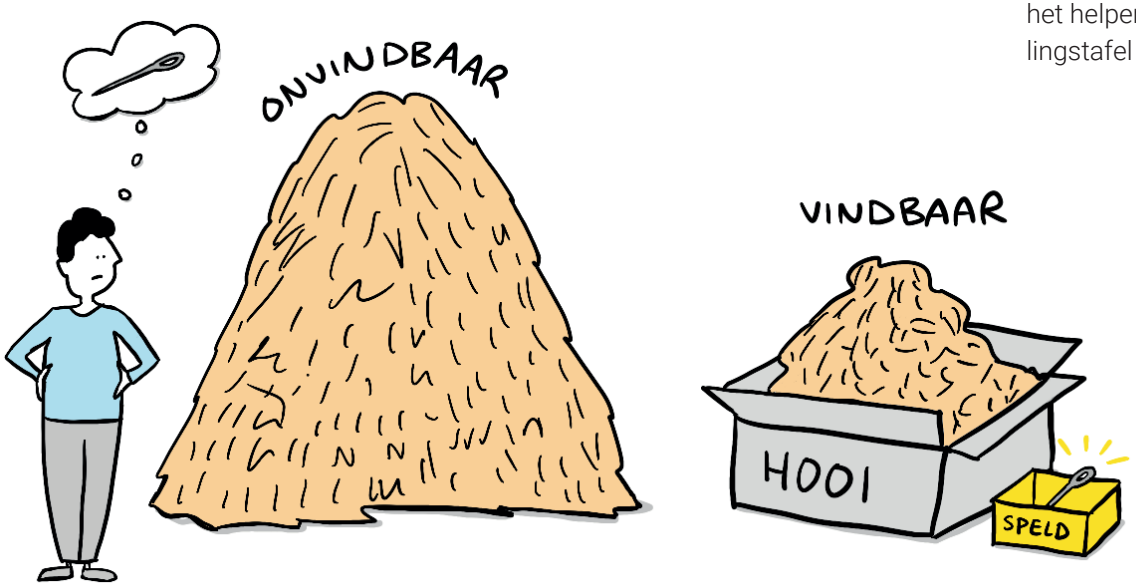
Toegangsmedewerker: "Soms wordt een hele aanvraag voor zware zorg, bij een complexe casus met hoge druk, afgekeurd op een klein detail bijvoorbeeld over het vervoer naar de instelling toe dat ook geregeld moet worden en niet goed staat beschreven in de totaalaanvraag. Dan zijn ze het dus eens dat de zorg nodig is,maar wordt er min of meer op een vormfout toch geen akkoord gegeven. En dan ben je al dagen bezig van 'shoppen' (bellen) bij aanbieders om een plek te vinden!"

Professionals weten elkaar soms letterlijk niet te vinden door onder andere fysieke afstand, volle agenda's of onwetendheid over wie ze moeten betrekken. Het is ook niet altijd duidelijk wat ieders rol en verantwoordelijkheid in het traject is. Daarvoor zijn heldere afspraken en regels nodig. De acties vinden bovendien veelal na elkaar in plaats van goed op elkaar afgestemd plaats. Ook worden inzichten uit de behandeling niet altijd goed met elkaar gedeeld. Dat is soms door privacywetgeving ook niet makkelijk. Er is onvoldoende vertrouwen in elkaar waardoor professionals ervaren dat ze elkaar elke keer weer moeten overtuigen in plaats van dat ze echt samenwerken. Met als gevolg dat het kind of de jongere moet wachten of heen en weer wordt verwezen.

Medewerker afdeling kinder- en jeugdpsychiatrie: "Bij de meeste patiënten is nog geen wijkteam betrokken omdat zij via de medische route bij ons komen. We proberen als ziekenhuis de wijkteams te betrekken, maar dat is lastig. Er zijn geen vaste contacten, waardoor de afdeling moet bellen naar de algemene nummers of een (onbeveiligde) mail moet sturen naar de backoffice, naar een team dat je niet kent en waarvan je niet weet wanneer en of ze gaan reageren."

> Huisarts: “De gemeente wil dat we alles via het wijkteam doen, maar dat kost veel tijd. Soms is redelijk duidelijk dat het om GGZ-problematiek gaat en kan ik beter direct doorverwijzen naar jeugdhulp dan het kind naar de wachtlijst van het wijkteam te sturen.”

Er zijn gelukkig wel expertisenetwerk opgezet met experts en kennis om hoog-complexe of specialistische zaken in de regio te ondersteunen. Hierin komen knelpunten naar voren die soms wel op casusniveau kunnen worden opgelost, vaak door buiten de kaders te kijken, maar lastig zijn door te vertalen naar (nieuwe) structurele werkwijzen.



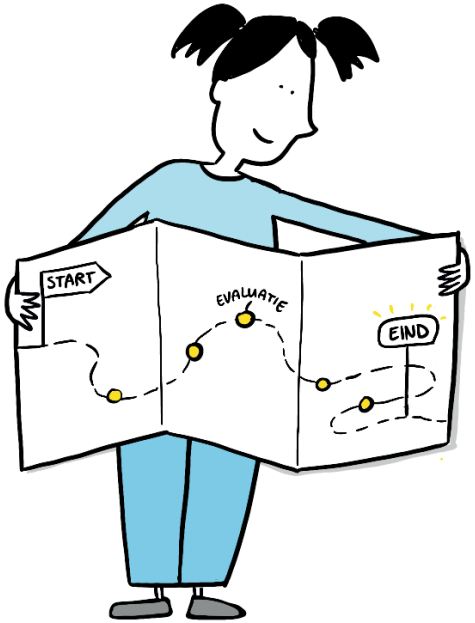
Figuur 22. Er is geen overzicht van de hulp die beschikbaar is; het vinden van passende zorg voelt soms als ‘zoeken naar een speld in een hooiberg’.

> Toegangsmedewerker: ‘Soms denk je: waar kan ik in godsnaam heen, er moet echt iets gebeuren maar ik weet niet waar ik terecht kan. Terwijl dat meisje steeds op het randje van gesloten moeten zitten zat!’

Als de verschillende toegangen zoals huisartsen, gemeentelijke toegang en de juridische route, verwijzen naar jeugdhulp, doen ze dit veelal via gebaande paden. Ze hebben daarin hun eigen, vaak persoonlijk verworden verwijsgedrag en voorkeuren of ervaringen. Soms verwijzen ze dus naar een overvolle organisatie terwijl er bij een andere organisatie wel (sneller) plek is. Bovendien horen we in gesprekken met deze professionals erg veel dat het vinden van de juiste plek vaak enorm veel belwerk vergt, soms zelfs ‘letterlijk dagen shoppen via de telefoon’. Een goede vindbaarheid is dus ook voor verwijzers van groot belang. Dit kan al sterk verbeterd worden met een goede (up-to-date) sociale kaart, of via apps die helpen bij het vinden van de juiste plek en beschikbaarheid. Ook kan het helpen in te zetten op laagdrempeliger samenwerking of een zorgbemiddelingstafel om zorg te verdelen.

Uitstroom voorbereiden

Vooruitkijken vanaf het begin
Bij het in zorg komen is het belangrijk om sterk in te zetten op verwachtingsmanagement: wat gaat er gebeuren, hoelang zal het waarschijnlijk duren en wat hopen we dat het oplevert (en wat het niet). Dit klinkt heel logisch maar kan vaak een stuk beter. Dit kan cliënten veel rust geven, helpen bij het voorkomen van no-shows en bij het vergroten van het effect en de adoptie van e-health. Zo wisten we het effect bij de Fit op weg poli van zo'n 4% naar bijna 98% te vergroten door het onderdeel van de behandeling te maken en niet aan te beiden als 'iets dat je alvast kan doen voor je echte behandeling begint'.



Figuur 23. Uitstroom kan worden voorbereid met een duidelijk zorgpad vanaf het begin van het traject. Niet alleen voor het kind, maar ook voor de zorgprofessionals.

Ook het onderwijs is anders. Kinderen in de JeugdzorgPlus van Parlan gaan naar een gewone school, zij het dat dit meestal bijzonder onderwijs is. "De eerste keer dat de kinderen met een busje naar school gingen, was ik bang voor drama en ramen die er uit gingen", vertelt Terweij. "Maar wat gebeurde er: alle kids stonden opgedoft en opgemaakt te wachten. Want ze gingen eindelijk naar een gewone school." (uit: Parlan pakt de JeugdzorgPlus geheel anders aan, voordejeugd.nl 2022).

Daarbij is het ook erg belangrijk om af te stemmen tot waar het traject loopt. Een (indicatief) eindmoment is natuurlijk niet altijd te bepalen maar als dat wel mogelijk is, kan dit later onduidelijkheid voorkomen. Ook kun je samen kan kijken wat er daarna gaat gebeuren. Dit helpt collega's ook onderling. Als duidelijk is afgesproken tot waar kinderen geholpen gaan worden is het een gedragen beslissing en voelt het minder persoonlijk om een zorgtraject af te sluiten. Kan iemand zich (met ondersteuning) samen met zijn of haar informele netwerk voorbereiden op dit moment? Of is er daarna iets anders nodig en kan dat vast geregeld worden? Zeker als dit lichtere zorg betreft is het belangrijk dat dit geen knelpunt vormt voor uitstromen. Door meteen goede heldere afspraken te maken en vooruit te plannen zijn onnodige wachttijden soms dus al bij voorbaat te voorkomen. Bijvoorbeeld door bij opschalen al meteen na te denken over afschalen.

HOOFDSTUK 4

In zorg zijn

“Zodat ik straks verder kan.”

In zorg zijn

In deze sectie kijken we naar kinderen die al in zorg zijn. Dit lijkt wellicht een vreemde fase om te zoeken naar mogelijkheden om wachttijden te verbeteren. Als je in zorg bent heb je toch geen wachttijdprobleem meer? Behalve dat dit niet altijd klopt, is de zorgfase vooral vanuit systeemtechnisch perspectief enorm interessant. Veruit de meeste tijd van professionals zit namelijk (indirect) in het behandelen van kinderen. Hier is dus in potentie ook de meeste ruimte te vinden.

Of hier inderdaad veel ruimte ligt, hangt sterk af van hoe effectief de zorg is die we nu leveren. Onderzoek laat zien dat geleverde zorg niet altijd een positieve bijdrage levert aan het oplossen van problemen van kinderen (NOS, 2020) (ZonMW, 2020). Onderzoek naar de effect size van jeugdzorg geeft een waarde van 0.4 (NJi, Het groeiend jeugdzorg gebruik, 2019) wat erop neerkomt dat zo'n 80% van de zorgtrajecten geen positieve bijdrage levert aan het oplossen van de problemen die er spelen. Dit percentage is nogal eens onderwerp van discussie maar hoe hoog het ook precies moge zijn, het lijkt zeker te wijzen op het feit dat een groot deel van de capaciteit in de jeugdzorg nu niet optimaal wordt ingezet.

Instroom naar effectieve zorg

Het voorkomen van instroom naar ineffectieve zorg en het stimuleren van instroom naar effectieve zorg hangen zeer nauw samen met de analyse van wat er aan de hand is en wat daar het beste bij past. Inzetten op een betere analyse of verwijzing, zoals in het vorige hoofdstuk beschreven. is hier dus van groot belang.

Om dit gericht te kunnen doen moeten we echter wel weten wat dan effectieve en passende behandelingen zijn. Inzetten op bewezen effectieve interventies en behandeling dus, bijvoorbeeld uit de database van bewezen effectieve behandelingen van het NJi (NJi, z.d.). Jeugdzorg is echter een relatief nieuw kennisveld. Op veel gebieden zijn er (nog) geen bewezen effectieve interventies beschikbaar. Om hier gerichter keuzes in te kunnen maken is er dus meer duidelijkheid nodig over de effectiviteit van behandelingen. We zien ook dat de (wetenschappelijke) kennis om iets effectief aan te pakken er soms wel is, maar dat deze in de praktijk, op de werkvloer, niet bekend is. Er zijn bovendien vaak veel verschillende behandelvormen voor dezelfde zaken (Trouw, 2020) en het verschil in effectiviteit tussen deze behandelingen is niet (altijd) duidelijk. Focus aanbrengen in het aanbod en de effectiviteit van behandelingen kan een positief effect hebben, aldus Damiaan Denys in Trouw.

Figuur 24. We weten op dit moment nog niet goed wat effectieve en passende behandelingen zijn, waardoor deze niet goed met elkaar te vergelijken zijn.

Effectiviteitsonderzoek richt zich vaak op het eindresultaat van een behandeling, bijvoorbeeld in de vorm van ROM-scores (volwassen GGZ), of outcome-indicatoren (NJi, z.d.). Om nog gerichter keuzes te kunnen maken tussen vaak moeilijk te vergelijken behandelingen en interventies, is er meer inzicht nodig in de doorlooptijd en de gevraagde capaciteit (per professie) die een behandeling vereist. Zo kunnen er gerichter en bredere keuzes worden gemaakt bij het inzetten op of verwijzen naar bepaalde behandelingen of interventies.

Doorstroom

Passende en effectieve zorg

Wanneer blijkt dat de hulp niet passend is wordt er vaak toch doorgegaan met dezelfde aanbieder en dezelfde doelen. Het aanmeldproces herhalen is vaak niet wenselijk, dat kost te veel tijd en levert relatief weinig op. Bovendien is er vaak een groot verschil tussen basis- en specialistische jeugdhulp. Kinderen hebben echter vaak iets nodig hebben dat er tussenin ligt of hebben genoeg aan basisondersteuning met af en toe een specialistisch consult. En soms wordt er zoals eerder beschreven gekozen voor de 'iets is beter dan niets'-aanpak. Bovendien werken professionals vaak niet volgens de protocollen omdat ze deze of niet goed kennen of te restrictief vinden (ZonMW, 2020).

Kinderen worden dus niet altijd beter van de hulp die ze krijgen, soms zijn ze zelfs slechter af. Bij retrospectief onderzoek, waarbij is gekeken naar 32 kinderen in een gesloten instelling, bleek niet alleen dat veel kinderen daar om onduidelijke redenen zaten, ook dat 30% van de klachten niet bestonden voordat ze gesloten zaten. Een substantieel deel van deze klachten was dus te wijten aan de behandeling die ze kregen.

> Luuk: "Me echt ontspannen lukte eigenlijk nooit toen ik in een gesloten instelling zat. Als ik op de bank aan het gamen was, was ik toch altijd op mijn hoede want ik wist niet wat er achter me gebeurde. Ook vond ik het altijd spannend welke groepsleider er nu weer kwam."

Figuur 25. Zoals een plant zijn blaadjes verliest wanneer je hem te veel water geeft, zo is het ook niet altijd goed om een kind te lang of te veel te behandelen.

Er zijn ook andere manieren waarop een behandeling het kind in de weg kan zitten. Bijvoorbeeld doordat het zijn vriendjes of vriendinnetjes niet of minder ziet (Kruijf, 2019) terwijl sociale ontwikkeling en 'erbij horen' tijdens het opgroeien enorm belangrijk zijn. Ook als de doorontwikkeling op school tijdelijk stokt heeft dat grote gevolgen. Hoe groter dit gat wordt hoe lastiger volwaardig meedraaien in de maatschappij is. Een groot gedeelte van het bankzitten, kinderen die thuis zitten en daardoor deels stilstaan in hun ontwikkeling, wordt veroorzaakt door wachten op of tijdens behandeling. In JeugdzorgPlus is 'leren' bijvoorbeeld soms gericht op het veranderen van gedrag in de residentiële setting en onvoldoende op het behandelen van de achterliggende problematiek en het leren om zelfstandig mee te doen in de maatschappij. Goed gedrag vertonen betekent vervolgens dat de hulp voor het kind stopt. Daardoor ontstaat weer een periode van onzekerheid omdat een vervolg zelden is geregeld.

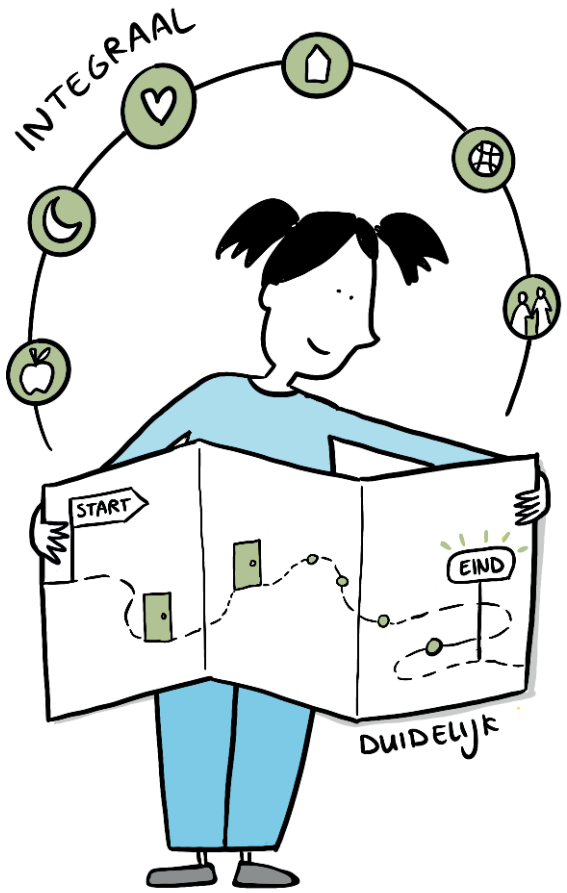
> Vader van Nour: "Doordat Nour eerder terecht kon bij een eetstoorniskliniek in een andere regio waren we altijd lang onderweg als we haar wilden bezoeken. Haar vriendinnen hebben haar slechts enkele keren bezocht omdat ze het te duur vonden. Soms gaven we hen dan geld voor de trein of we reden hen erheen."

Breed behandelen en ondersteunen

We weten al langer dat niet-diagnosespecifieke factoren vaak net zo belangrijk zijn voor het effect van de behandeling als de inhoud ervan. Zaken als vertrouwen in de behandeling, een klik met de behandelaar (Orlinsky et al., 1994), schulden, slechte slaaphygiëne of een slechte leefstijl. Een kind dat achter zijn behandeling staat en het gevoel heeft daarop invloed te kunnen uitoefenen, boekt veel betere resultaten. Daarvoor moeten we de cliënt beter betrekken, meer (eigen) regie geven en beter informeren over de behandeling en mogelijkheden. Goede verwoording en verwachtingsmanagement zijn dan heel belangrijk. Kinderen worden soms overdonderd door alles wat op hen afkomt, wat het potentiële effect van een behandeling ondermijnt.

> Het aanbieden van e-health als 'overbruggingszorg' voordat de 'echte' behandeling begint, komt heel anders over dan een leefstijlmodule waar jouw behandeling mee begint – terwijl het feitelijk hetzelfde kan zijn. Bij de een zien we dat maar een paar procent van de cliënten gebruik maakt van het aanbod terwijl dat bijna 100% is in de andere situatie (FOWP). Bovendien leidde de leefstijlmodule waar we het over hebben tot een uitstroom van 17% omdat verdere diagnose-specifieke therapie niet meer nodig was.

Zorgen dat kinderen en omgeving weten waar ze aan toe zijn en wat ze kunnen verwachten, neemt bovendien een hoop onnodige stress en angst weg. We kunnen dit doen door in te zetten op beter verwachtingsmanagement, feedforward en kortere feedbackloops. Bijvoorbeeld in de vorm van meer visuele informatie, zoals folders of animaties. De doelgroep geeft zelf ook aan dat ze graag meer en betere digitale ondersteuning zou willen krijgen. Naast de toegevoegde waarde voor de cliënt voorkomt dit vragen en bespaart het dus tijd van de behandelaar. Bovendien geldt voor hen hetzelfde een goede digitale ondersteuning kan de behandelaar veel tijd en frustratie besparen.



Figuur 26. Niet-diagnosespecifieke factoren zijn vaak net zo belangrijk voor het effect van de behandeling als de inhoud ervan. Ook een duidelijk zorgpad kan doorstroom in het traject bevorderen.

In een bredere context

De directe omgeving van een kind kan vaak een grote positieve rol spelen bij de behandeling. Het gezin/JIM weet vaak het beste wat er allemaal speelt en wat de voorgeschiedenis is. Bovendien blijven zij steeds betrokken, ook als de behandelingsvorm of instelling verandert. Het gezin krijgt echter vaak al heel veel op haar bord: een opeenstapeling van informatie, verantwoordelijkheden, instellingen en zorgverleners die allemaal het verhaal opnieuw moeten horen. Goede ondersteuning voor hen is dan ook erg belangrijk willen ze dit goed kunnen doen. En ook hier geldt dat er ook niet-behandelinhoudelijk veel te halen is. Ouders van kinderen met jeugdzorg lopen geregeld tegen een burn-out aan door alles wat op hen afkomt. Ondersteuning op dit vlak, bijvoorbeeld door een cliëntondersteuner, kan dan ook veel bijdragen aan het verbeteren van de situatie, met een positief effect op de inhoudelijke behandeling. Zo kunnen zij wel bij alles worden betrokken zonder dat ze overlopen of beslissingen moet maken die ze niet overzien.

> Moeder van Nour: “In de tijd dat we moesten wachten op een plekje voor Nour in de eetstoorniskliniek heb ik mij zoveel zorgen gemaakt om Nour dat ik daar eigenlijk graag eens over zou praten met iemand. Alleen dan moet ik daar zelf achteraan gaan en daar heb ik echt geen puf voor.”

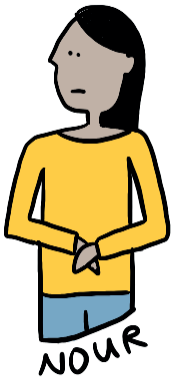
> Vader van een kind dat suïcidepogingen doet: “En dan racete ik met Kim, die net twee flessen chloor en bleek had gedronken, achterin de auto naar het ziekenhuis. En dan krijg je een paar weken later een paar dikke bekeuringen omdat je te hard reed. Ik heb ze maar betaald want daar achteraan gaan, daar heb ik echt geen tijd voor met alles dat speelt. Kan je nagaan, veel mensen hebben dat geld niet – en dan kom je nog dieper in de sh*t.”

Deze omgeving kan echter ook deel van het probleem zijn. Vaak wordt er al naar het gezin gekeken, maar dit kan soms beter. Ook ouderschap is heel belangrijk. Zo hebben kinderen van ouders met mentale klachten 60% meer kans om zelf ook mentale klachten te ontwikkelen. Uit wetenschappelijk onderzoek is bijvoorbeeld gebleken dat ouders met een trauma soms niet goed in staat zijn om anders te handelen dan hun trauma hen ‘toelaat’. Ook blijkt hieruit dat de prevalentie van trauma in de algehele populatie wordt geschat op 25-65% (Harder et al., 2020).

Samenwerking en goede casusregie is nodig

Kinderen in jeugdzorg krijgen vaak te maken met verschillende professionals en instellingen tegelijk, maar de verschillende hulptrajecten sluiten vaak niet goed op elkaar aan. Dat zorgt voor ‘heen en weer’ verwijzen, onnodig wachten, suboptimale zorg en extra kosten. Het lukt bijvoorbeeld nog te vaak niet om integrale, passende jeugdzorg te bieden aan kinderen met meervoudige, complexe problematiek (AEF, 2020). Daarvoor is het nodig kennis en expertise uit verschillende disciplines, liefst zo vroeg mogelijk in het proces, met elkaar te verbinden. Samenwerking wordt onder andere beperkt door de volgende zaken: rol-en taakonduidelijkheden, juridische en financiële afspraken, wantrouwen, trots, organisatiecontinuïteit en een grote doorstroom bij professionals.

> Wanneer Nour behandeld wordt voor haar Asperger krijgt ze een terugval wat betreft haar eetstoornis. De specialist voor Asperger geeft aan haar niet meer te kunnen behandelen omdat ze behandeld moet worden voor haar eetstoornis. Maar de eetstoorniskliniek geeft aan dat ze Nour niet kan aannemen omdat ze behandeld moet worden voor haar Asperger. Zo valt ze tussen wal en schip.



Uitstroom

Het percentage kinderen dat uit het jeugdzorgsysteem stroomt is al jaren kleiner dan de instroom. Dat heeft voor een deel te maken met de effectiviteit van de geleverde zorg. Maar ook (te) ambitieuze doelstellingen leiden tot overmatig lange behandelingen. Regelmatig evalueren of het huidige traject nog het juiste is kan sterk bijdragen aan het vergroten van uitstroom. Het lijkt effectief om hier standaardprocessen voor in te richten.

Dit probleem heeft echter ook te maken met vervolgmogelijkheden, perspectief bieden na de behandeling en het wegnemen van angst voor uitstromen bij zowel het kind, het gezin als de behandelaar. Ook hier geldt dat verwachtingsmanagement erg belangrijk is en vaak achterblijft. Soms hoort een cliënt pas enkele weken of zelfs dagen ervoor dat de behandeling gaat stoppen. En dan ontbreekt soms ook nog eens een vervolg of perspectief daarop. Dit gebrek aan perspectief veroorzaakt opstoppingen en onnodige wachttijden.

Figuur 27. Regelmatig evalueren of het huidige traject nog het juiste is kan sterk bijdragen aan het vergroten van uitstroom.

HOOFDSTUK 5

Uit zorg gaan

“Ik kan zelf verder!”

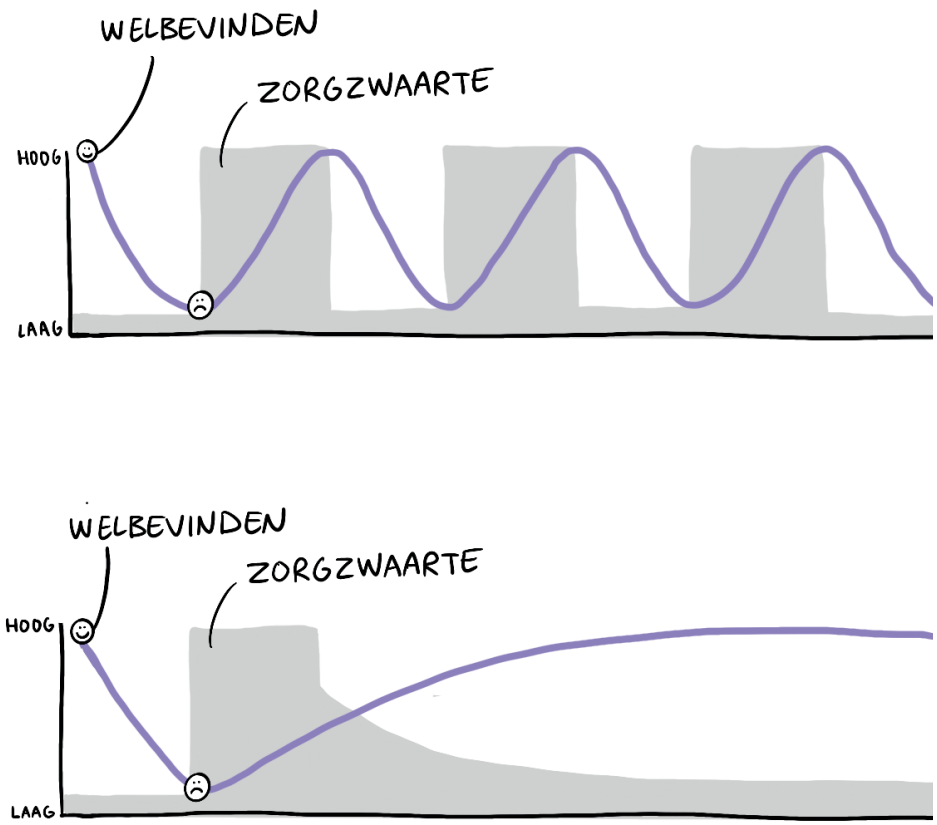
Uit zorg gaan

Deze sectie gaat verder waar de vorige eindigde, het percentage kinderen dat uitstroomt blijft achter en dat stuwt de wachttijdenproblematiek verder op.

(Her)instroom voorkomen

Een groot gedeelte van de kinderen dat gebruik maakt van jeugdzorg is al eerder in zorg geweest maar valt weer terug. Een deel daarvan is zichtbaar in beschikbare data, maar niet alle recidive wordt herkend. Uit de rapportage 'Jeugdzorg-Plus plaatsings en uitstroom gegevens' uit 2020 kwam naar voren dat 23-27% van de aanmeldingen in 2016 en 2017 een hernieuwde aanmelding betreft. In de regio bleek dit uit een inventarisatie door TOLCC en Sterk Huis niet anders, daar bleken 55/198 casussen gerecidiveerd. Dit betekent dat voor ongeveer een kwart van de kinderen de hulp niet beklijft, niet voldoende houvast geeft om zelf verder te kunnen of dat het vervolgtraject niet goed genoeg aansluit om terugkeer te voorkomen. Het versterken van de basis kan, zoals eerder geschreven helpen, maar ook inzetten op nazorg kan recidieven voorkomen.

> "Ik kreeg te horen: 'We kunnen je pas weer helpen als er spoed is, we kunnen nu helaas niks doen.'" - meisje met zware eetproblematiek. In plaats van zorg bij spoed, kan (lichte) nazorg zorgen voor blijvend effect.



Figuur 28. Door zorgzwaarte geleidelijk te laten aflopen - en langer lichte zorg te verlenen - kan worden voorkomen dat zware zorg steeds opnieuw nodig blijft.

Doorstroom

Blokkade

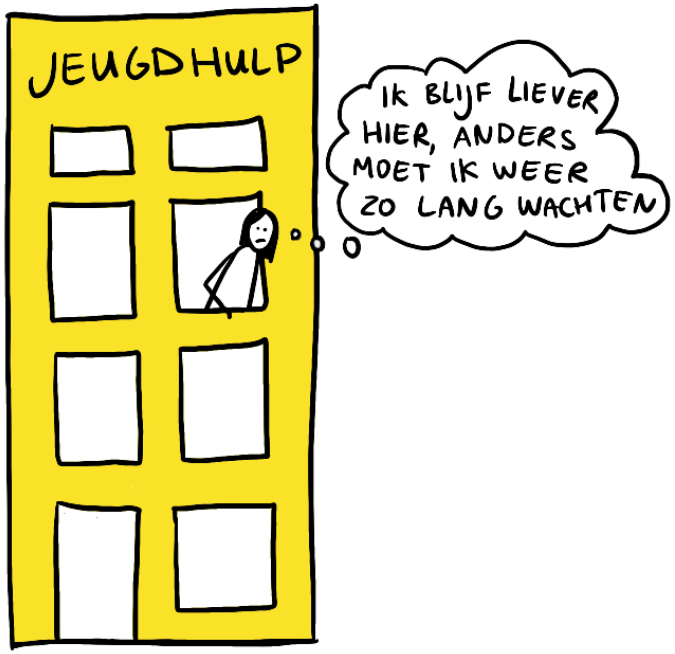
Snel in zorg terugkeren is soms dermate lastig dat cliënten voor de zekerheid blijven zitten uit angst dat het zo toch misgaat en je dan weer heel lang moet wachten op de hulp die je dan nodig zou hebben. Dit zorgt voor een neerwaartse spiraal: je blijft in zorg omdat het moeilijk is er weer terug in te komen waardoor het moeilijker wordt voor anderen om er weer in te komen, etc.

Uitstroom

Perspectief

Soms is uitstromen lastig omdat er geen goede vervolgplek is. Kinderen uit een gesloten instelling bijvoorbeeld kunnen, als ze mogen uitstromen, niet zomaar overal terecht. Van gesloten naar volledig open is een enorme overgang. Dat maakt uitstromen uit bijvoorbeeld een gesloten instelling vaak erg lastig. Bijvoorbeeld omdat de situatie thuis moeilijk is, of omdat er voor andere zorg en ondersteuning weer een hoop geregel nodig is, er geen plek is of omdat professionals (nog) niet durven loslaten, omdat afschalen niet lukt of omdat de betrokken hulpverleners niet durven loslaten. Maar onnodig blijven is slecht voor het kind, soms heel erg duur en zorgt ervoor dat een ander kind dat deze zorg misschien wel meer nodig heeft, moet wachten. Toch is het duwen op uitstroom ook risicovol. Tijdens de behandeling kunnen er nieuwe inzichten naar voren komen, kunnen zaken complexer blijken en ga zo maar door. Kijken naar uitstroom moet dus wel steeds in de context van de situatie.

> Luuk: “Ik ben weggestopt geweest in gesloten, wie wil mij dan nu nog? En ik word ook bijna 18…”



Figuur 29. Soms is uitstromen lastig omdat er geen goede vervolgplek is.

Conclusies

Conclusies

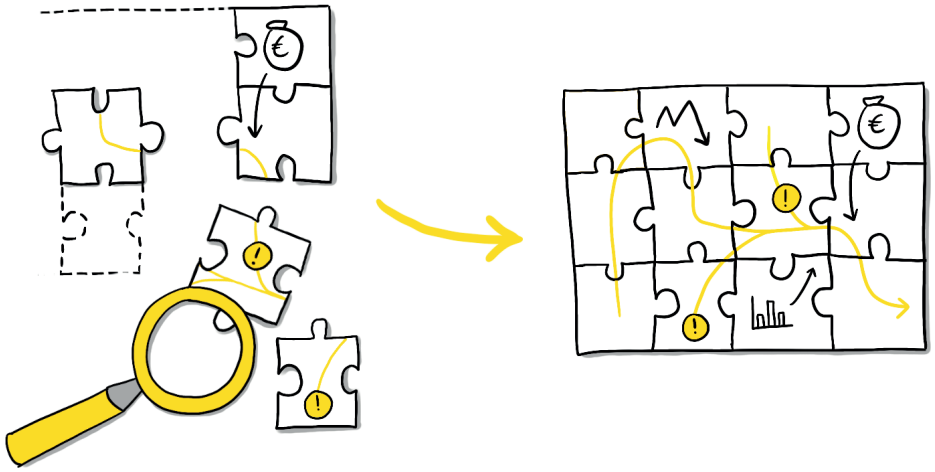
Wat in de ene regio werkt hoeft niet ook in een andere te werken. Dit hangt sterk af van de regionale situatie en hoe de jeugdzorg lokaal is geregeld. De implementatie en het effect van de adviezen in deze sectie verschillen dus per regio. Over onze regionale aanpak kun je meer lezen in het document Aanpak wachttijden.

1. Meer inzicht nodig, aanpak gericht op in-, door- en uitstroom

Wachttijden zijn gecompliceerder dan ze lijken. De aanpak vraagt een goed begrip van de achterliggende problematiek die het symptoom wachttijden veroorzaakt, maar die kennis hebben we niet. Er is nu geen goed inzicht in wachttijden, laat staan in hoe ze ontstaan. Belangrijk is dat wachttijden een symptoom zijn en daarom niet goed direct aan te pakken zijn op de plek waar ze optreden.

De grote groei van het jeugdzorggebruik en de hoge (werk)druk hebben een groot aandeel in de wachttijdenproblematiek en maken het tegelijk moeilijk om dit probleem aan te pakken. Daarvoor moeten we dus niet naar individuele bottlenecks kijken maar naar de in-, door- en uitstroom van de gehele jeugdzorg. Op deze manier wachttijden aanpakken betekent vanzelf ook de hoge kosten aanpakken want ook die zijn gekoppeld aan het grote gebruik van jeugdzorg. Zo kan de aanpak van wachttijden zich dus dubbel terugbetalen.

Daarnaast hebben we meer inzicht nodig in de effectiviteit, kosten en doorlooptijd van behandelingen. Dan kunnen we mogelijke oplossingen, verbeteringen en behandelingen beter met elkaar vergelijken. Uit onderzoek blijkt dat zo'n 80% van de zorgtrajecten niet bijdraagt aan het oplossen van de problematiek van het kind, dat de (her)instroom toeneemt en de uitstroom achterblijft. Op basis van betere informatie kunnen we gerichter keuzes maken (en dus onderbouwd ook grotere keuzes). Bijvoorbeeld door gevolgen van de ene interventie op de andere te kunnen zien of zelfs voorspellen. Zoals bij knieoperaties: we weten dat een voorlopende (en voorwaardelijke) leefstijlinterventie voor de operatie over het geheel grote, ook financiële, voordelen heeft.



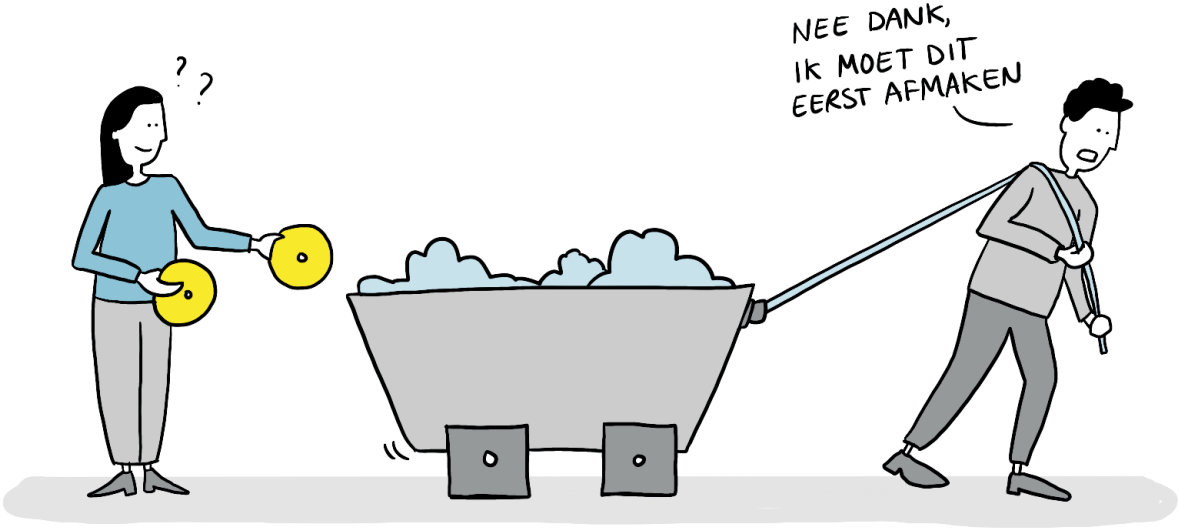
Figuur 30. Er is nu geen goed inzicht in wachttijden, een overzicht van het hele plaatje ontbreekt. Op basis van betere informatie kunnen we het geheel overzien en gerichter keuzes maken.

2. Nu in de praktijk verbeteren, leren en testen

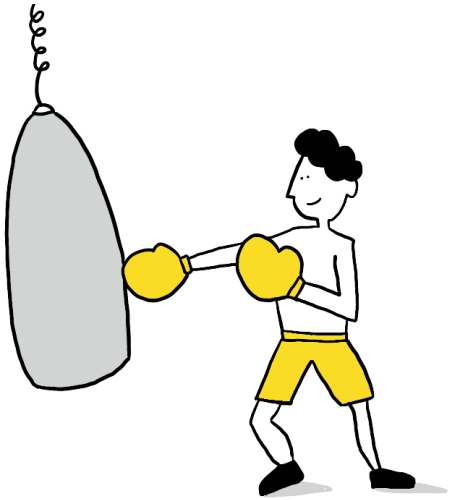
Het verbeteren van de situatie nu vraagt om een aanpak gestoeld op kort cyclisch leren, op testen en verbeteren (in de regionale praktijk) van de effectiviteit. Dat kan niet door aan een of twee knoppen te draaien maar vraagt om samen leren, bijvoorbeeld: via onze regionale Aanpak Wachttijden, of door op basis van de door het NJi beschreven outcome-indicatoren het gesprek aan te gaan met professionals en organisaties. Het gaat erom de 'waardeketen' goed te analyseren en te kijken naar wat we daarbinnen zelf of samen beter kunnen doen om kinderen effectiever te helpen.

3. Ruimte maken om ruimte te kunnen vinden

Wachttijden zijn inherent aan hoge werkdruk en dat maakt de aanpak ervan extra moeilijk. Professionals zitten al tot over hun oren in het werk en er is vaak sprake van grote doorloop en hoog verzuim. Nog harder werken lost dat niet op. Om te kunnen veranderen moet er dus eerst ruimte worden gemaakt, ook financieel. De focus op anders doen wordt nog eens dubbel moeilijk gemaakt door de vaak prangende problematiek die NU de aandacht vraagt: casussen overnemen van collega's, het in de gaten houden van gezinnen die al veel te lang wachten en ga zo maar door. Dat vraagt om 'schaken op twee borden'. Onderzoek laat zien dat het simpelweg verhogen van de (flexibele) capaciteit vaak geen structurele oplossing biedt en de zorg wel vaak blijvend duurder maakt. Wat kunnen we dan wel doen? Inzetten op een vergrote effectiviteit van de professional. Bijvoorbeeld door de inzet van groepsbehandelingen en van e-health. Of door professionals beter te ondersteunen in hun werkzaamheden, bijvoorbeeld bij de vereiste administratie, de zoektocht naar de juiste hulp, de inzet van - en samenwerking met andere professionals en bij het helder afbakenen van wie wat doet. Dan kunnen systemen hen ondersteunen en de kwaliteit verbeteren in plaats van dat ze extra werklast en restricties brengen. Door dit slim te doen kunnen we tijd vrijmaken bij professionals en vangen we twee vliegen in een klap: we pakken wachttijden direct aan, maken tijd voor professionalisering en voor ontwikkeling en ook voor innovatie waar nu geen ruimte voor is.



Figuur 31.



Figuur 32.

4. Versterken gewone leven en inzet op preventie

Het versterken van het gewone leven en de inzet van effectieve preventie zijn noodzakelijk om de (jeugd)zorg in Nederland betaalbaar te *houden*. Deze maatregelen hebben logischerwijs het meeste effect omdat kinderen het grootste deel van hun leven, en daarmee een potentieel leven in of buiten de zorg, nog voor de boeg hebben. De rekensom valt dus op de lange termijn snel positief uit naar de inzet van (effectieve) preventie. Bovendien kan de omgeving van het kind beter worden ingezet bij het opvangen van 'uitstroom'. Niet alleen blijven er kinderen onnodig in het systeem zitten omdat ze geen plek hebben om naartoe te gaan, ze vallen ook sneller terug omdat de benodigde lichte ondersteuning niet in hun eigen leefwereld wordt gegeven. Kortom het verbeteren van de weerbaarheid en flexibiliteit van kinderen en hun ouders kan groot effect hebben op het voorkomen van instroom naar jeugdzorg en zelfs op het vergroten van de uitstroom en het doen afnemen van recidieven.

5. Inzetten op een betere analyse: doe het de eerste keer goed

We zien in retrospectieve onderzoeken dat in 80% van de gevallen een diagnose een tweede keer op basis van dezelfde informatie anders wordt gesteld. We zien ook dat 80% van de zorg die we leveren niet bijdraagt aan het oplossen van de problematiek van de kinderen en dat kinderen in zorg vaak veel verschillende organisaties en behandelingen meemaken. Het inzetten op een betere eerste analyse kan ervoor zorgen dat we (meteen) beter passende zorg inzetten en dat kinderen minder niet helpende trajecten/ gesprekken hebben. Zo kunnen we ook zorgen voor een 'normalisatie'-effect, want niet altijd is jeugdzorg het juiste het antwoord op wat er speelt. In combinatie met het voorgaand punt is dit in onze ogen ook de beste manier om (onnodige) instroom te beperken. We kunnen dat doen door er meer tijd voor te nemen, maar dan moet deze analyse wel minstens net zo goed worden betaald als 'behandelen'. We kunnen daarnaast het kennisniveau verhogen met behulp van cursussen, betere ondersteunende systemen of meer samenwerking met meer senior of hoger opgeleide professionals zoals een GZ-psycholoog. De analyse aan de voorkant (toegang, huisarts, school, etc.) is hier het meest logische punt voor, maar ook als de behandeling al is gestart is het goed om het traject te her-evalueren en te kijken naar betere alternatieven.

Figuur 33.

6. Toegankelijkheid, vindbaarheid en duidelijkheid

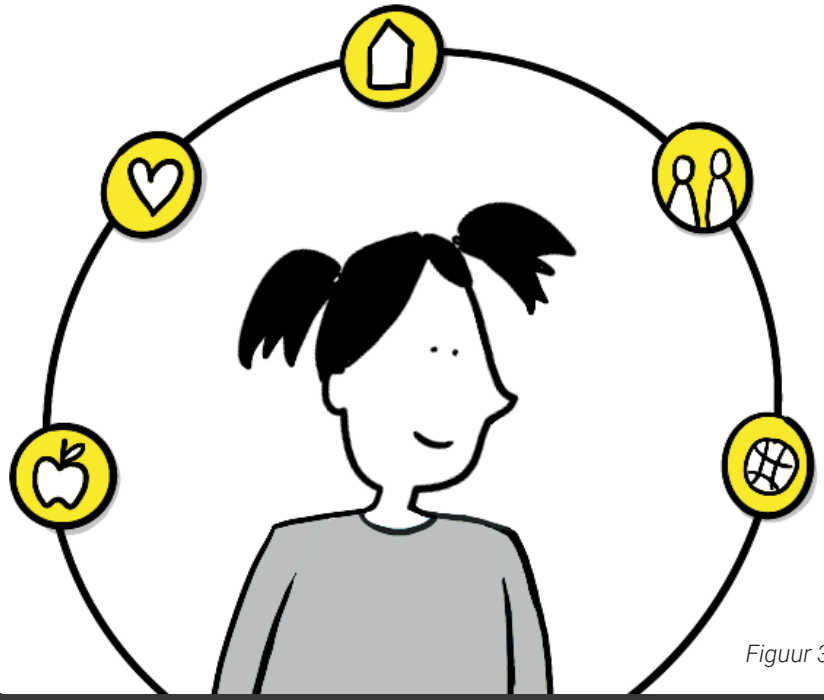
In de tientallen gesprekken die we in regio's met kinderen en professionals voeren komt één ding steevast naar voren: het is moeilijk je weg te vinden in het (complexe) systeem van jeugdzorg. Dat geldt voor kinderen en gezinnen, maar ook voor professionals. Het is niet altijd duidelijk wie wat doet en waar je voor wat moet zijn, laat staan hoe je daar komt. Soms gaat dat ten koste van een goede doorverwijzing of samenwerking omdat een minder alternatief makkelijker is of minder tijd kost. Een betere toegankelijkheid en vindbaarheid zijn dus wenselijk, bijvoorbeeld in de vorm van een gebruiksvriendelijk interactief overzicht of een centrale toegang. Een duidelijke beschrijving van voor wat je waar moet zijn, en dus een duidelijke afbakening, kan professionals bovendien enorm helpen in hun contact met kinderen en hun gezin. Bovendien zien we dat een goede afbakening tot wel 60% verschil in jeugdzorgvolume kan betekenen zonder dat de kwaliteit van de zorg daaronder hoeft te lijden. Ook de verschillen in doorverwijstijd komen veel naar voren. Als direct doorverwijzen naar de specialistische jeugdhulp een minuut kost zal de alternatieve (wenselijke) route via de gemeentelijke toegang nooit worden gebruikt als die 45 minuten in beslag neemt. Dit is bovendien een oplossingsrichting die past bij 'Ruimte maken om ruimte te vinden'.

7. Inzetten op vroegsignalering

Problemen lijken onbehandeld erger te worden. Dat zien we ook in retrospectieve onderzoeken vaak terug. Iets blijft onbehandeld of wordt als iets anders herkend en verkeerd behandeld en gaandeweg worden klachten steeds erger, dus zwaarder, tijdrovender en duurder om te behandelen. Het is dus belangrijk om er zo vroeg mogelijk bij te zijn. Op dit moment kunnen we nog geen (goede) voorspellende data-analyses doen, maar we kunnen wel inzetten op een betere vroegsignalering. Bijvoorbeeld bij problemen in of rondom het gezin. Denk aan (psychische) problemen bij ouders, schulden of een (v)echtscheiding. Of door het systeem rond een kind beter in staat te stellen signalen te zien en daarop te handelen.

8. Breder kijken en behandelen

Een effectieve behandeling is meer dan de behandeling van de 'directe' (diagnosespecifieke) symptomen. Het is belangrijk om ook te kijken naar zaken die herstel (in)direct beïnvloeden. Denk aan schulden, thuissituatie, gezin en leefstijl, tijdens de behandeling maar ook bij signalering en de analyse aan het begin van een traject. Een integrale aanpak met dito plan dat rekening houdt met al deze factoren en deze aan elkaar verbindt, kan veel tijd schelen van cliënt en van professional. Bovendien kan de effectiviteit van de behandeling sterk toenemen. Als iemand meer redzaam is in zijn of haar eigen omgeving en daar weet om te gaan met de eventuele problematiek, zal dit ook onnodige recidieven kunnen voorkomen.



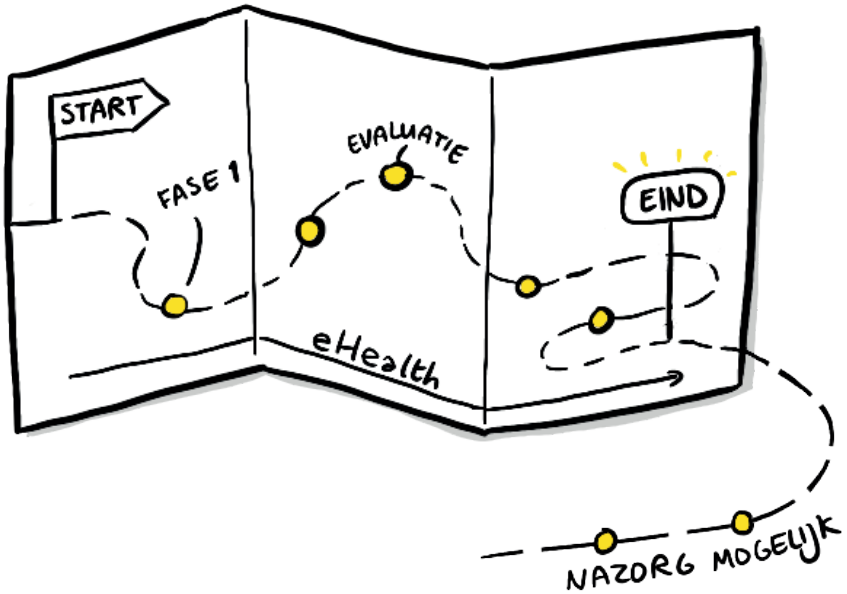
Figuur 34.

9. Door- en uitstroom door perspectief

We kunnen tijdens behandelingen vaak meer doen aan verwachtingsmanagement, hoe ziet het traject eruit? Uit welke fases bestaat de behandeling? En wanneer stroom je uit- of door? En waarheen? Samen uitgaan van eindigheid en hier op plannen leidt tot meer duidelijkheid en vaak kortere trajecten. Hoe we iets brengen en welke verwachtingen dat schept blijkt enorm belangrijk. Een voorbeeld:

> **Als dezelfde e-health module los of als overbruggingszorg wordt aangeboden zien we een zeer lage adoptiegraad, bijvoorbeeld onder de 5%. Als een klinisch psycholoog dezelfde module aanbiedt en zegt: 'In deze fase van de behandeling werken we aan de basis en dat doen we met deze e-health module', zien we een toename van substantieel gebruik van dezelfde e-health tool naar bijna 98%. – Fit op weg poli**

Door ook in te zetten op nazorg (bijvoorbeeld op basis van een strippenkaart, lichte zorg op een andere plek) kan bovendien de spanning rond uitstroom sterk worden verkleind omdat je zekerheid hebt dat je terug kan komen of dat er een vervolg klaar staat. Dat biedt perspectief waardoor het afronden van de (zware) behandeling minder eng en definitief lijkt.



Figuur 35.

Bijlagen

A | Ervaring van een hulpverlener (1)

Een gesloten thuisplaatsing

Er zijn veel zorgen rondom een jongere en een gesloten Jeugdzorg Plus plaatsing wordt overwogen, echter is er niet direct plek en ontbreekt de machtiging. De GGZ-aanbieders geven aan dat een tijdelijke overbrugging in een (gesloten) GGZ-voorziening niet passend is vanwege de, in hun ogen forse gedragsproblematiek. De situatie verslechtert en de betreffende jongere wordt met een crisismaatregel alsnog opgenomen in de gesloten GGZ.

De crisismaatregel is voor korte duur uitgesproken en de betreffende jongere is snel weer thuis om vervolgens wederom in fors risicovol gedrag te vervallen. Op dat moment is er nog steeds geen passende plek binnen de Jeugdzorg Plus, wel is de machtiging gesloten jeugdzorg inmiddels aangevraagd.

Na enkele crisisopnames zoals hierboven beschreven besluit de gezinsvoogd om een spoedmachtiging gesloten jeugdzorg aan te vragen bij de rechtbank. De rechtbank gaat akkoord maar nog steeds is de gewenste specialistische plek nog niet beschikbaar. In overleg tussen de jeugdbeschermer en betrokken partijen wordt besloten om de gesloten plaatsing vooralsnog thuis vorm te geven. Dit levert een hoop extra vraagstukken op zoals de inzet van middelen en maatregelen etc.

Na het maken van enkele basis afspraken waarin moeder en de jeugdbeschermer een centrale rol hebben wordt er gebruik gemaakt van 6 tot 10 uur (!) ambulante hulp per dag. Een klein team medewerkers dat affiniteit heeft met de hulpvraag van betreffende jongere gaat de ambulante hulp uitvoeren.

Op het moment van schrijven is de betreffende jongere tóch in de Jeugdzorg Plus geplaatst. Echter zijn er een hoop inzichten opgedaan gedurende de 'gesloten plaatsing thuis'. Het idee om na een korte periode (ter stabilisatie) de Jeugdzorg Plus te verlaten wordt door alle betrokken hulpverlening én betreffende jongere omarmd. Het kleine team medewerkers blijft gedurende de gesloten plaatsing indirect betrokken om de stap naar huis in de nabije toekomst zo klein mogelijk te laten zijn.

B | Ervaring van een hulpverlener (2)

Van gesloten naar ambulant

Medio 2019 moet de Hoenderloo Groep noodgedwongen sluiten. Voor veel jongeren die verblijven op de Hoenderloo Groep moet een nieuwe woon of- behandel voorziening gevonden worden. Een van de jongeren verblijft op een specifieke afdeling op de Hoenderloo Groep. Deze afdeling biedt 1 op 1 en 1 op 2 zorg en behandeling op maat, een alternatief is er op dat moment in Nederland niet. Moeder van betreffende jongere besluit (i.o. met de Jeugdbescherming en de behandel coördinator) dat een thuisplaatsing gerealiseerd moet worden. De overstap van gesloten 24 uurs zorg naar volledig thuis wonen zonder begeleiding en dagbesteding is enorm. Zodoende wordt er een indicatie voor 8 uur ambulante hulp per week aangevraagd, vergeleken met de gesloten 24 uur zorg alsnog een enorm verschil.

Moeder en jongere hebben gedurende de ambulante begeleiding vooral zelf de regie over 'hun leven'. Risico's zoals automutilatie en medicatie misbruik worden met de ambulant begeleider besproken, vanuit de hoofdaannemer die de ambulante begeleiding aanbiedt kijkt een gedragswetenschapper 'op afstand' mee en voert inhoudelijk overleg met de ambulant begeleider.

Naast de 8 uur 'fysieke' begeleiding is er gedurende de eerste periode sprake van veel telefonisch contact in de vorm van WhatsApp voor zowel de jongere als moeder. Deze vorm van een 'life line' geeft extra houvast in de gezinssituatie.

Vanuit de ambulante begeleiding wordt er snel ingezet op het creëren van een steunnetwerk in de vorm van onderwijs, dagbesteding en zingeving. In relatief korte tijd is er een steunnetwerk opgebouwd van een stageplaats, onderwijs locatie en zelfs een vrijwillig logeergezin. Het idee hiervan is dat de betreffende jongere zo snel en vertrouwd mogelijk kan gaan deelnemen aan het 'gewone leven' in de maatschappij. Dit om o.a. de cirkel van het negatieve zelfbeeld en uitzichtloosheid (verder) te doorbreken.

Op het moment van schrijven heeft de betreffende jongere de leeftijd van 18 jaar bereikt. De ambulante begeleiding is afgebouwd naar minimale inzet en het steunnetwerk heeft deze 'functie' vrijwel in zijn geheel op een natuurlijke wijze overgenomen. Betreffende jongere heeft een betaalde baan, een vriend en een grote mate van zingeving door o.a. sport. De inzet zoals beschreven was een vrij abrupte door de sluiten van de Hoenderloo Groep. De sluiting heeft er echter ook voor gezorgd dat er op een andere manier naar de hulpvraag en situatie van betreffende jongere gekeken is met als resultaat een op dit moment stabiel leven.

Bronnen

AEF (2020). Rapportage veldscan: Expertisecentra specialistische jeugdhulp. Utrecht.

AEF (2020). Stelsel in groei. Een onderzoek naar financiële tekorten in de jeugdzorg. Utrecht: Andersson Elffers Felix.

Associatie Wijkteams (2020). Wijkgericht samenwerken bij huiselijk geweld en kindermishandeling. Associatie Wijkteams.

Ballesio et al., A. (2018). The effectiveness of behavioural and cognitive behavioural therapies for insomnia on depressive and fatigue symptoms: A systematic review and network meta-analysis. Sleep Medicine Reviews 37, 114-129.

Binnenlands Bestuur (2019, december 4). Geen zicht op wachttijden jeugd. Opgehaald van Binnenlands Bestuur: https://www.binnenlandsbestuur.nl/sociaal/onbekende-wachttijden-jeugdzorg

CBS (2020, april 30). 443 duizend jongeren met jeugdzorg in 2019. Opgehaald van CBS: https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2020/18/443-duizend-jongeren-met-jeugdzorg-in-2019

Denys, D. (2020). Het tekort van het teveel. De paradox van de mentale zorg. Amsterdam: Nijgh & Van Ditmar.

GGZ nieuws (2020). Bijna 1 op de 3 psychiaters denkt aan stoppen vanwege emotionele uitputting. Opgehaald van GGZ nieuws: https://www.ggznieuws.nl/bijna-1-op-de-3-psychiaters-denkt-aan-stoppen-vanwege-emotionel-uitputting/

Harder et al. (2020). In Uithuisgeplaatste jeugdigen. Amsterdam: SWP.

Heckman Equation (z.d.). Webpagina geraadpleegd op 28 april 2022: https://heckmanequation.org/

Intrakoop (2020). Continuïteit jeugdzorg verder in het geding. https://www.intrakoop.nl/kennisbank/details/artikelen/2020/11/09/continu%C3%AFteit-jeugdzorg-verder-in-het-geding

jb Lorenz (2020). Onderzoek afbakening jeugdhulp zonder verblijf. jb Lorenz.

Jeugdzorg Nederland (2020). Plaatsings en uitstroomgegevens 2021. Opgehaald van https://www.jeugdzorgnederland.nl/wp-content/uploads/2021/04/Jeugdzorg-Plus-2020-2.pdf

Jeugdzorg Nederland (2020, september 16). BGZJ: wetsvoorstel rechtspositie jongeren onvoldoende. Opgehaald van Jeugdzorg Nederland: https://www.jeugdzorgnederland.nl/actueel/bgzj-wetsvoorstel-rechtspositie-jongeren-onvoldoende/

Kruijf, d. J. (2019). 'Gesloten jeugdhulp mag nooit de enige overgebleven optie zijn'. Opgehaald van Universiteit Leiden: https://www.universiteitleiden.nl/nieuws/2019/03/gesloten-jeugdhulp-mag-nooit-de-enige-overgebleven-optie-zijn

Leijten et al., P. (2019). Meta-Analyses: Key Parenting Program Components for Disruptive Child Behavior. American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 180-190.
NJi (2019). Het groeiend jeugdzorggebruik. Duiding en aanpak. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

NJi (z.d.). Databank Effectieve jeugdinterventies. Opgehaald van NJi: https://www.nji.nl/interventies

NJi (z.d.). Kwaliteitskompas: sturen op kwaliteit bij jeugdbeleid. Opgehaald van NJi: https://www.nji.nl/transformatie-jeugdhulp/kwaliteitskompas

NJi (z.d.). Kwaliteitskompas: sturen op kwaliteit bij jeugdbeleid. Opgehaald van NJi: https://www.nji.nl/transformatie-jeugdhulp/kwaliteitskompas

NJi (z.d.). Outcome-indicatoren. Opgehaald van NJi: https://www.nji.nl/monitoring/outcome-indicatoren

NJi (2017). Wacht maar. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

NOS (2020, mei 19). Nederlandse jongeren positief over hun leven, gebruiken relatief weinig sociale media. Opgehaald van NOS: https://nos.nl/artikel/2334365-nederlandse-jongeren-positief-over-hun-leven-gebruiken-relatief-weinig-sociale-media

NOS (2020, september 11). 'Hulptrajecten Jeugdzorg bij vechtscheiding nauwelijks effectief'. Opgehaald van NOS: https://nos.nl/artikel/2347799-hulptrajecten-jeugdzorg-bij-vechtscheiding-nauwelijks-effectief.html

NOS (2020, september 3). Nederlandse kinderen zijn het meest tevreden over hun leven. Opgehaald van NOS: https://nos.nl/artikel/2346522-nederlandse-kinderen-zijn-het-meest-tevreden-over-hun-leven

NRC (2021, juli 28). 'Niemand slaat zijn kind voor de lol'. NRC.

NRC (2021, juli 28). 'Niemand slaat zijn kind voor de lol'. NRC.
Omroep West (2020, september 1). Opnieuw manifestatie zorgmedewerkers in Den Haag: 'We hebben gezien wie dit land draaiende houdt'. Opgehaald van Omroep West: https://www.omroepwest.nl/nieuws/4103784

Orlinsky et al (1994). Process and outcome in psychotherapy: Noch einmal. American Psychological Association.

Rabobank (2017, november 24). De stijgende zorguitgaven in perspectief. Opgehaald van RaboResearch - Economisch Onderzoek: https://economie.rabobank.com/publicaties/2017/november/stijgende-zorguitgaven-in-perspectief/

Tempel, H., Vissenberg, C. (2018) Een gat tussen wetenschap en praktijk. Een explorerend onderzoek naar de wijze waarop behandelingen in de residentiële zorg worden vormgegeven. Tijdschrift voor Orthopedagogiek 11&12 57: 22-28. Opgehaald van: https://www.researchgate.net/publication/329453039_Tempel_H_Vissenberg_C_2018_Een_gat_tussen_wetenschap_en_praktijk_Een_explorerend_onderzoek_naar_de_wijze_waarop_behandelingen_in_de_residentiele_zorg_worden_vormgegeven_Tijdschrift_voor_Orthopedagogie

Trouw (2020, oktober 30). 'Er zijn niet te weinig psychiaters, er zijn er te veel'. Opgehaald van Trouw: https://www.trouw.nl/zorg/er-zijn-niet-te-weinig-psychiaters-er-zijn-er-te-veel~b1a508cc/

van Elst, L. (2022, februari 1). Zorgkosten rijzen komende jaren explosief de pan uit. Opgehaald van Skipr: https://www.skipr.nl/nieuws/zorgkosten-rijzen-komende-jaren-explosief-de-pan-uit/?daily=1&utm_medium=email&utm_source=20220202%20skipr%20daily%20nieuwsbrief-daily&utm_campaign=NB_SKIPR&tid=TID-P1178340X46670493868D4BAB9315FA9CC7FDBB41YI4

VNG (2018, februari). De meerwaarde van Integrale Vroeghulp in uw gemeente. Opgehaald van VNG: https://vng.nl/files/vng/20180219_de_meerwaarde_van_integrale_vroeghulp_def.pdf

Volkskrant (1995, mei 20). Aantal plaatsen in jeugdzorg wordt uitgebreid. Opgehaald van Volkskrant: https://www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/aantal-plaatsen-in-jeugdzorg-wordt-uitgebreid~b585cb07/

ZonMW (2020, november). Minder praten, meer doen. Opgehaald van ZonMW: https://publicaties.zonmw.nl/bouwstenen-voor-effectonderzoek/minder-praten-meer-doen/

ZonMW (2020, oktober). Een goed aanbod verbeteren en verfijnen. Opgehaald van ZonMW: https://publicaties.zonmw.nl/bouwstenen-voor-effectonderzoek/een-goed-aanbod-verbeteren-en-verfijnen