

Vergaderjaar 2005–2006

**29 815**

**Jeugdzorg 2005–2008**

**Nr. 71**

## **BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 17 mei 2006

### **1. Overeenkomsten met provincies en GGZ**

Kinderen met opvoed-, opgroei- of psychiatrische problemen wachten vaak veel te lang op jeugdzorg. Dit moet dringend veranderen. In mijn brieven van 13 en 20 maart 2006<sup>1</sup> heb ik aangegeven dat kinderen uiterlijk eind 2006 niet langer dan negen weken na indicatie op provinciale jeugdzorg mogen wachten. Ik heb aangekondigd hiertoe prestatie-afspraken te willen maken met de provincies en grootstedelijke regio's (hierna: provincies), die verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van de jeugdzorg. Ik heb voorts aangekondigd een impuls te geven aan het terugdringen van de wachttijden in de jeugd-geestelijke gezondheidszorg.

Tot mijn grote genoegen kan ik u nu melden op 28 april 2006 goede overeenkomsten te hebben gesloten met alle provincies. Zij nemen dit jaar 7 700 kinderen meer in zorg dan in 2005. Uitgaande van de huidige prognoses over de vraagontwikkeling zal daarmee eind 2006 de situatie zijn bereikt dat kinderen niet langer dan negen weken na indicatiestelling op zorg hoeven te wachten. Naast de € 43 miljoen die al extra was uitgetrokken stelt het kabinet hiervoor € 100 miljoen beschikbaar. Ook heb ik € 31 miljoen beschikbaar gesteld om dit jaar psychiatrische zorg te kunnen bieden aan 9 400 kinderen meer. Hierover heb ik prestatie-afspraken gemaakt met Zorgverzekeraars Nederland en GGZ-Nederland.

### **2. Terugdringing wachttijden provinciale jeugdzorg**

Alle provincies hebben op 14 april 2006 een plan bij mij ingediend waarin zij uitwerken op welke wijze de wachttijd eind 2006 kan worden teruggebracht tot maximaal negen weken. Dit plan gaat niet alleen uit van de bestaande wachtlijst, maar neemt ook de voorziene vraagontwikkeling in 2006 mee. De plannen zijn door mijn departement strikt getoetst aan de randvoorwaarden die zijn gesteld in mijn brief aan uw Kamer van 20 maart. Diverse plannen zijn vervolgens nog bijgesteld.

<sup>1</sup> Tweede Kamer 2005/2006, 29 815, nrs. 55 en 58.

Op 28 april heb ik op grond van deze bijgestelde plannen prestatieafspraken kunnen maken met alle 15 provincies en grootstedelijke regio's:

- Voor in totaal € 100 miljoen nemen zij dit jaar 5 200 kinderen extra in zorg via de zorgaanbieders en circa 600 kinderen via het bureau jeugdzorg<sup>1</sup>;
- Daarnaast wordt aan 1 900 kinderen zorg geboden uit de extra middelen die het kabinet reeds eerder voor dit jaar beschikbaar heeft gesteld (€ 43 miljoen).

Hiermee is de verwachting gerechtvaardigd dat eind dit jaar geen kinderen langer dan negen weken na indicatie op zorg wachten (zie onderstaande tabel).

**Tabel 1. Aanpak wachttijden provinciale jeugdzorg**

	Budget	Aantal kinderen
A Geschoonde wachtlijst > 9 weken 1 januari 2006		5 000
B Voorziene groei wachtlijst 2006 als gevolg van vraagontwikkeling		+ 2 700
C Totaal aantal wachtenden > 9 weken 31 december 2006 (A + B)		7 700
D Reeds extra beschikbaar (hoofdlijnenakkoord en i.v.m. toename uithuisplaatsingen), en daarmee te helpen kinderen	€ 43 mln.	- 1 900
E Resterend aantal wachtende kinderen 31 december 2006 (C-D)		5 800
F Extra inzet in het kader van het aanvalsplan		
- Op te vangen door ambulante zorg bureau jeugdzorg		- 600
- Op te vangen door extra inzet zorgaanbieders	€ 100 mln.	- 5 200
G Wachtlijst > 9 weken 31 december 2006 na toepassing aanvalsplan		0

Provincies krijgen alleen gefinancierd bij prestatie. Dit betekent dat als minder wordt gepresteerd dan overeengekomen, de middelen daarop worden aangepast. In het navolgende wordt nader ingegaan op het aantal wachtenden, de vraagontwikkeling en de aanpak van de provincies.

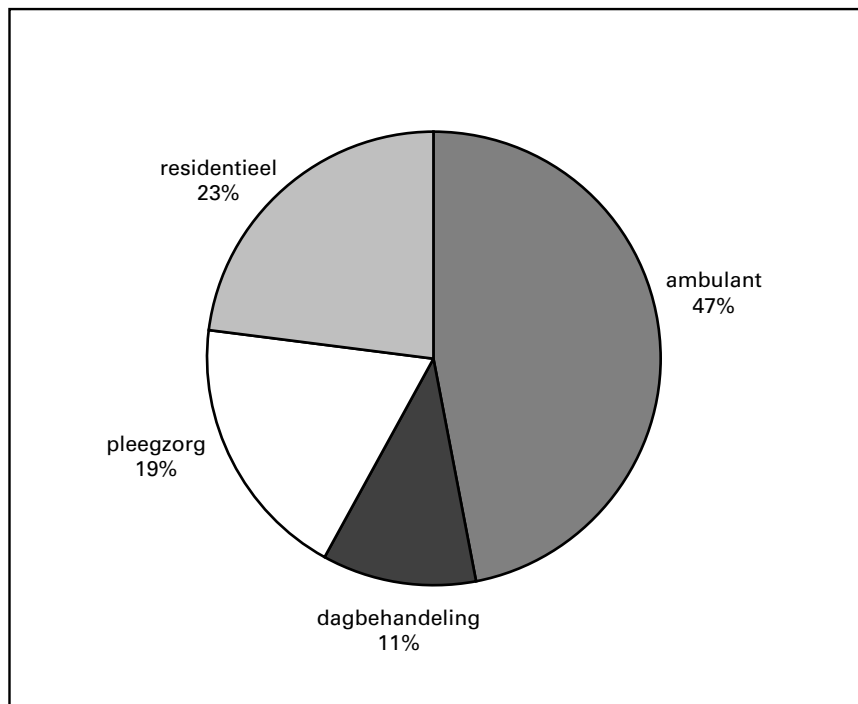
#### *Wachtlijst 1 januari 2006*

Op 1 januari 2006 wachtten 5 000 kinderen langer dan negen weken op provinciale jeugdzorg. Dit cijfer is het resultaat van een opschoonactie door de provincies in overleg met bureaus jeugdzorg en zorgaanbieders. Dubbelingen zijn eruit gehaald, evenals kinderen die al wel zorg ontvangen. Het aantal van 5 000 ligt aanzienlijk lager dan de 6 200 kinderen waarover de MOgroep eerder berichtte (zie ook mijn brief van 13 maart), waarvan de MOgroep overigens aangaf dat dit in enige mate was vervuild. PricewaterhouseCoopers heeft op mijn verzoek waar nodig ondersteuning geboden bij het schonen van de cijfers.

Bijna de helft van de wachtlijst bestaat uit kinderen die wachten op ambulante zorg. Onderstaand figuur geeft inzicht in de samenstelling van deze groep wachtenden naar zorgvorm.

<sup>1</sup> Een aantal provincies heeft ervoor gekozen om het bureau jeugdzorg in het kader van het aanvalsplan in beperkte mate de mogelijkheid te geven zelf ambulante hulp te bieden, waardoor een indicatie voor provinciale jeugdzorg kan worden voorkomen.

**Figuur 1. Wachlijst provinciale zorg naar zorgvorm**



Bron: plannen provincies

#### *Voorziene vraagontwikkeling*

De provincies hebben een schatting gemaakt van de ontwikkeling van de vraag naar jeugdzorg in 2006. Verschillende provincies verwachten dit jaar nauwelijks verdere groei, terwijl andere provincies nog een groei voorzien van 10 tot 20 procent. In de plannen is de geprognosticeerde groei onderbouwd. Uitgaande van deze vraagontwikkeling zal, bij uitblijven van extra capaciteit, de wachlijst verder oplopen met 2 700 kinderen tot 7 700, eind 2006, die langer dan negen weken op zorg wachten.

#### *Benodigde extra middelen*

Voor het terugdringen van de wachttijden is vanaf 2006 reeds € 43 miljoen structureel meer beschikbaar ten opzichte van 2005:

- € 33 miljoen in verband met de toename van het aantal uithuisplaatsingen;
- € 10 miljoen uit de oploop van de middelen uit het Hoofdlijnenakkoord.

Provincies geven aan met deze middelen 1 900 meer kinderen te gaan behandelen. Om ook de resterende kinderen dit jaar zorg te kunnen bieden is een additioneel bedrag noodzakelijk van € 100 miljoen. Dit bedrag is berekend door het aantal zorgvragers per zorgvorm te vermenigvuldigen met de IPO-richtprijs voor die zorgvorm, waarbij uit is gegaan van een doelmatigheidswinst van gemiddeld vijf procent (zie ook mijn brief van 20 maart).

#### *Aanpak*

Provincies maken afspraken met de zorgaanbieders om dit jaar meer kinderen zorg te kunnen geven. Naast het aantrekken van extra personeel zijn er creatieve oplossingen gevonden.

- Haaglanden en Zuid-Holland bijvoorbeeld verkorten daar waar dat mogelijk is de doorlooptijd van specialistische verblijfsvormen, waarna aansluitend enkele maanden intensieve gezinsbegeleiding thuis plaatsvindt. Op deze wijze wordt residentiele capaciteit vrijgespeeld waardoor meer kinderen kunnen instromen;
- Zeeland en de Stadsregio Rotterdam zijn in overleg met schippers-internaten over de uitbreiding van residentiele capaciteit;
- een groot aantal provincies spreekt met de gespecialiseerde thuiszorg over de mogelijkheden om via deze weg extra ambulante zorg in te zetten;
- vijf provincies en grootstedelijke regio's hebben ervoor gekozen om het bureau jeugdzorg in het kader van het aanvalsplan in beperkte mate de mogelijkheid te geven zelf ambulante hulp te bieden, waardoor een indicatie voor provinciale jeugdzorg kan worden voorkomen. Ik wil de resultaten hiervan afwachten, alvorens te besluiten of dit verder gestimuleerd kan worden;
- via een landelijke wervingscampagne worden potentiële pleegouders geworven.

#### *Volgen van de behoefte*

Voor het wegwerken van de huidige wachtlijst (de «prop») én het bijhouden van de groei in 2006 is zoals gezegd een incidenteel extra bedrag beschikbaar van € 100 miljoen, naast de € 43 miljoen die het kabinet reeds eerder structureel voor de jeugdzorg beschikbaar heeft gesteld. Om ook in de jaren daarna in de pas te kunnen blijven lopen met de vraagontwikkeling komt er, naast de structurele extra middelen uit het hoofdlijnenakkoord (€ 7,9 miljoen meer ten opzichte van 2006), vanaf 2007 € 40 miljoen structureel meer beschikbaar (zie onderstaande tabel). Met deze extra inzet, en blijvende aandacht voor doelmatigheids- en effectiviteitsverbetering, moeten de wachttijden ook in de toekomst aanvaardbaar blijven.

**Tabel 2. Extra middelen provinciale jeugdzorg t.o.v. 2005**

	2006	2007 en verder
Hoofdlijnenakkoord	10	18
I.v.m. toename uithuisplaatsingen	33	33
Vraagontwikkeling	100*	40
<b>Totaal</b>	<b>143</b>	<b>91</b>

\* Incl. wegwerken huidige wachtlijst > negen weken. Vijftig procent van dit bedrag wordt ingezet in 2006, en vijftig procent in 2007 (in verband met het doorlopen van de zorg over de jaargrens heen)

Ik ben in overleg met het IPO over een nieuwe wijze van financieren van de jeugdzorg. De nieuwe systematiek moet het creëren van wachtlijsten niet belonen, maar moet prikkels bevatten om de middelen doelmatig en effectief te besteden. Ik zal daarbij ook de inzichten betrekken van het Interdepartementaal Beleidsonderzoek naar de jeugdzorg. Dit onderzoek wordt rond de zomer afgerond. De bepaling van het macrobudget voor de jeugdzorg en de verdeelsleutel over de provincies moet zijn gebaseerd op de te verwachten vraag en op prijzen, die een kwalitatief goede jeugdzorg mogelijk maken.

#### *Terugdringing doorlooptijden bureaus jeugdzorg*

Uw Kamer heeft in april 2006 de motie-Lambrechts<sup>1</sup> aangenomen, die de regering verzoekt zich bij de aanpak van de wachttijden niet uitsluitend te

<sup>1</sup> Motie van 11 april 2006, Tweede Kamer 2005–2006, 29 815, nr. 68.

richten op de wachttijd *na* de indicatiestelling, maar ook de wachttijden *daarvóór* mee te nemen. Ik sta sympathiek tegenover deze motie. De provincies hebben op mijn verzoek in hun plannen ook aandacht gegeven aan het verkorten van de wacht- en doorlooptijden bij de bureaus jeugdzorg. Meer provincies gaan de doorbraakmethode toepassen, en verwachten daarmee een aanzienlijke reductie van de doorlooptijd te realiseren. Daarnaast zal verkorting van de wachttijd na indicatiestelling, die door het aanvalsplan wordt bewerkstelligd, een gunstig effect hebben op de doorlooptijden van het bureau jeugdzorg. De bureaus bieden gedurende deze wachttijd immers overbruggingszorg of casemanagement aan. Als de wachttijd op zorg korter is, dan zal deze inzet af kunnen nemen. De capaciteit die daardoor vrijvalt binnen bureau jeugdzorg kan worden ingezet om de wacht- en doorlooptijden bij het bureau jeugdzorg terug te brengen. Ik overweeg daarnaast om de flexpool van het Leger des Heils ook toegangstaken te laten uitvoeren, zodat ook via deze weg een impuls wordt gegeven om de doorlooptijd van de indicatiestelling te verminderen.

### 3. Terugdringing wachttijden jeugd-geestelijke gezondheidszorg

Ik heb ook met GGZ-Nederland en Zorgverzekeraars Nederland prestatieafspraken gemaakt. Deze afspraken zijn erop gericht dat met ingang van 2008 alle kinderen binnen de door de sector gestelde treeknormen de zorg krijgen die noodzakelijk is. GGZ-Nederland heeft hiertoe een plan bij mij ingediend.

Op dit moment wachten 8 500 kinderen langer dan de treeknormen op jeugd-geestelijke gezondheidszorg. Met het terugdringen van die wachtlijst is zowel in 2006 als in 2007 een bedrag van € 14 miljoen gemoeid.

Het kabinet stelt daarnaast extra middelen beschikbaar om de autonome groei op te kunnen vangen. De sector houdt voor de resterende maanden van dit jaar rekening met een groei van de vraag van 6 procent. Dit komt overeen met 5 100 kinderen. Om ook deze kinderen tijdig zorg te kunnen bieden is € 17 miljoen extra nodig. De verwachte groei in 2007 bedraagt 12 procent ten opzichte van 2005, waarvoor het kabinet € 34 miljoen beschikbaar stelt. Dit laatste bedrag is ook vanaf 2008 structureel beschikbaar.

Aan deze middelen zijn dezelfde voorwaarden verbonden als bij de provinciale jeugdzorg: alleen financiering bij prestatie. Op de tarieven van de ggz is evenals bij de provinciale jeugdzorg, een doelmatigheidskorting ingehouden van vijf procent. De onderstaande tabel geeft een overzicht van het aantal kinderen dat door de ggz de komende jaren extra in behandeling wordt genomen, en de middelen die het kabinet daar tegenover stelt.

**Tabel 3. Extra middelen jeugd-ggz en extra te behandelen kinderen t.o.v. 2005**

	2006		2007		2008 en verder	
	kinderen	Budget	kinderen	budget	kinderen	budget
Terugdringen wachtlijst	4 250	€ 14 mln	4 250	€ 14 mln	0	0
Opvangen groei	5 140	€ 17 mln	10 280	€ 34 mln	10 280	€ 34 mln
Totaal	9 390	€ 31 mln	14 530	€ 48 mln	10 280	€ 34 mln

## Aanpak

De zorgaanbieders in de jeugd-ggz hebben in het plan van aanpak van GGZn en ZN creatieve voorstellen gedaan om de nu beschikbaar komende middelen zo efficiënt mogelijk in te zetten. Binnen de jeugd-ggz zijn de laatste jaren veel nieuwe, evidence based methodieken beschikbaar gekomen die het mogelijk maken om psychische stoornissen bij jeugdigen sneller en effectiever te behandelen. Doelstelling van het plan van aanpak is om deze technieken breed toe te passen bij zoveel mogelijk instellingen, in nauwe samenwerking met andere partners in de zorgketen. Enkele voorbeelden ter illustratie:

- Vroegsignalering en vroeginterventie

In deze aanpak krijgen kinderen in een vroeg stadium diagnose en behandeling. Dit voorkomt stagnatie van de ontwikkeling en een negatieve spiraal vanwege sociale en maatschappelijke consequenties van de psychiatrische ziektebeelden bij de kinderen of bij hun ouders. Dit krijgt vorm via vroegsignalering op consultatiebureaus en basisscholen, uitbreiding van preventieactiviteiten op het voortgezet onderwijs, signalering en (vroeg)interventie bij kindermishandeling/huiselijk geweld en uitbreiding van Assertive Community Treatment-activiteiten (bemoeizorg) voor jeugdigen van 14 tot 24 jaar (o.a. voor zwerfjongeren)

- GGZ-hulpverlening buiten de school en op straat

De jeugd-ggz gaat zich (nog meer) richten op jongeren met ernstige emotionele- en gedragsproblemen op meerdere levensgebieden. Nu krijgt deze groep vaak nog niet de noodzakelijke hulp. Een deel van de jongeren onttrekt zich bijvoorbeeld aan de bemoeienis van hulpverleners of pedagogen. Deze aanpak kenmerkt zich door een «vindplaatsgericht», en «outreaching» karakter, het voorkomen van ernstige ontwrichting van het leven van de jongeren (bijvoorbeeld criminaliteit, suicidaliteit, geschorst worden van school of vastlopende stage-/werksituaties) en voorkomen van maatschappelijke overlast. De hulpverlening springt in op meerdere levensgebieden tegelijk en in de context van het gezin. In de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg is hiermee tot nu toe nog niet veel ervaring opgedaan. In het buitenland zijn deze vormen van hulp wel al onderzocht en op effectiviteit bewezen.

- Chathulpverlening thuis

Ook met deze vorm van preventie en hulpverlening zijn goede resultaten te behalen, zo blijkt uit experimenten. Doelgroepen zoals allochtone jongeren, die normaliter niet snel een vraag aan een professionele hulporganisatie stellen, zijn langs deze weg wel goed te benaderen.

## 5. Ten slotte

Ik ben diep onder de indruk van alle inzet die de afgelopen weken is gepleegd. Er liggen prima plannen van alle provincies en grootstedelijke regio's en van GGZ-Nederland. IPO, GGZ-Nederland en Zorgverzekeraars Nederland zijn met mij van mening dat de ambities te realiseren zijn met het extra geld dat het kabinet beschikbaar heeft gesteld. Kinderen met vaak ernstige problemen zullen hierdoor veel sneller de noodzakelijke zorg kunnen krijgen.

Het komt nu op de uitvoering aan. Dat zal een ongelofelijke inspanning vragen van met name alle hulpverleners en behandelaars. Ik heb veel vertrouwen in het resultaat. Ik zal u per kwartaal via de voortgangsberichten jeugdzorg informeren over de stand van zaken.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
C. I. J. M. Ross-van Dorp