



HOEKSMAN, HOMANS & MENTING  
ORGANISATIEADVISEURS BV

**Eindrapportage  
Onderzoek naar wachtenden  
op provinciale jeugdzorg**





**HOEKSM, HOMANS & MENTING**  
ORGANISATIEADVISEURS BV

THERMEN 1  
POSTBUS 262  
7500 AG ENSCHEDE  
TELEFOON (053) 433 05 48  
FAX (053) 435 49 50  
INFO@HHM.NL  
WWW.HHM.NL  
KVK 08120363

**Eindrapportage**  
**Onderzoek naar wachtenden op**  
**provinciale jeugdzorg**

Enschede, 26 januari 2009  
CY/09/0221/wpjz

mw. ir. G. Vernhout  
mw. drs. C.M. IJland  
mw. drs. E.M. Jeckmans  
ir. L.E. Drouven  
mw. J.E.A. Hartmans-Menting, arts MBA

## Inhoudsopgave

1.	Inleiding .....	4
1.1	Aanleiding .....	4
1.2	Doel .....	4
1.3	Onderzoeksvragen.....	4
1.4	Afbakening onderzoeksdomein .....	6
2.	Aanpak van het onderzoek .....	7
2.1	Inleiding .....	7
2.2	Uitgevoerde werkzaamheden .....	7
2.2.1	Kwalitatief onderzoek.....	8
2.2.2	Kwantitatief onderzoek .....	8
2.3	Verantwoording onderzoeksresultaten .....	9
2.4	Projectorganisatie.....	9
3.	Resultaten.....	10
3.1	Totstandkoming wachtlijstinformatie .....	10
3.1.1	Wachtlijstdefinitie.....	10
3.1.2	Verzamelen van wachtlijstinformatie .....	11
3.1.3	Inhoud wachtlijstgegevens .....	11
3.2	Samenstelling wachtlijst voor provinciale jeugdzorg.....	12
3.2.1	Dubbeltellingen.....	12
3.2.2	Aantal wachtenden per zorgvorm .....	12
3.2.3	Regionale verschillen .....	14
3.2.4	Overlap met andere wachtlijsten .....	17
3.2.5	Aard en ernst van de problematiek .....	18
3.2.6	Relatie aard en ernst van de problematiek met wachtlijsten....	19
3.3	Differentiatie op basis van urgentie .....	19
3.3.1	Urgentiecriteriën.....	20
3.3.2	Risicogroepen en beïnvloedende factoren.....	23
3.4	Beschikbaarheid van alternatieven .....	23
3.4.1	Definitie.....	23
3.4.2	Mate van inzet vervangende zorg .....	24
3.4.3	Vormen en beschikbaarheid van vervangende zorg .....	25
3.4.4	Vervangende zorg in relatie tot de problematiek .....	25
3.5	Rol van de ketenpartijen .....	26
3.5.1	Gehanteerde indicatiesystematiek.....	26
3.5.2	Rol Bureaus Jeugdzorg .....	26
3.5.3	Wachtlijstbeheer en -begeleiding .....	27
3.5.4	Afhandeling crisissituaties.....	28
4.	Conclusies.....	30
4.1	Aard en urgentie van wachtenden.....	30
4.2	Wijze waarop wachttijd wordt overbrugd.....	32
4.3	Rol van provinciale/regionale ketenpartijen .....	33
5.	Aanbevelingen .....	35

**BIJLAGEN**

Bijlage 1	Format uitvraag landelijke wachtlijstinformatie .....	38
Bijlage 2	Overzicht relevant schriftelijk materiaal .....	40
Bijlage 3	Onderbouwing gehanteerde onderzoeksmethodiek .....	41
Bijlage 4	Samenstelling projectorganisatie .....	42
Bijlage 5a	Resultaten interviews cliënten .....	43
Bijlage 5b	Casuïstiekbeschrijvingen op basis interviews cliënten .....	46
Bijlage 6	Analyse-onderdelen dossieronderzoek .....	49
Bijlage 7	Resultaten dossieronderzoek .....	50

## **1. Inleiding**

### **1.1 Aanleiding**

Elk kwartaal geven de twaalf provincies en drie grootstedelijke regio's (GSR's) inzicht in het actuele aantal wachtenden op provinciale jeugdzorg aan het programmaministerie voor Jeugd en Gezin (zie bijlage 1). Naar aanleiding van de ontwikkeling van de wachtlijsten, heeft de minister op 19 juni 2008 in een brief aan de Tweede Kamer (kenmerk JZ/GJ-2858230) aangekondigd een onderzoek te laten uitvoeren naar de aard en urgentie van de wachtlijstproblematiek. Met de publicatie van de wachtlijstcijfers per 1 juli heeft hij dit voornemen op 5 september 2008 nogmaals bevestigd in een brief aan de Tweede Kamer (kenmerk JZ-CB-U-2683112).

De directe aanleiding voor het onderzoek is de gedachte dat een wachtlijst-situatie niet voor elke wachtende even problematisch is. Deze gedachte wordt gevoed door signalen uit de praktijk. Zo wordt bijvoorbeeld verwacht dat er jeugdigen zijn die met vervangende zorg de wachttijd goed kunnen overbruggen en dat in crisissituaties vaak snel een, al dan niet tijdelijke, oplossing kan worden gevonden. Daarnaast wordt verwacht dat de huidige methode van het verzamelen van wachtlijstinformatie tot dubbeltellingen leidt. Hierdoor is de behoefte ontstaan om meer inzicht te krijgen in de achtergrond van de wachtlijst. In de periode oktober en november 2008 is het onderzoek uitgevoerd. De resultaten worden in deze rapportage gepresenteerd.

### **1.2 Doel**

Het onderzoek was gericht op jeugdigen die op de wachtlijst staan voor provinciaal gefinancierde jeugdzorg.

Het doel van het onderzoek was drieledig:

1. Het verkrijgen van inzicht in de aard en urgentie van de problematiek van jeugdigen die op de wachtlijst staan.
2. Het verkrijgen van inzicht in de mate waarin jeugdigen die wachten op provinciale jeugdzorg, de wachttijd op verantwoorde wijze kunnen overbruggen.
3. Het verkrijgen van inzicht in de wijze waarop door de provinciale/regionale ketenpartijen (provincies/grootstedelijke regio's, Bureaus Jeugdzorg en aanbieders van provinciale jeugdzorg) wordt omgegaan met de wachtlijsten.

### **1.3 Onderzoeksvragen**

Om de doelstelling te realiseren is een aantal onderzoeksvragen gesteld. In de eerste plaats is gekeken naar de wijze waarop informatie wordt verzameld voor de wachtlijsten (onderdeel A). Vervolgens is aandacht besteed aan de informatie die verzameld wordt. Daarbij heeft het accent gelegen op gegevens over de ernst van de problematiek (onderdeel B) en gegevens over de urgentie (onder-

deel C). Inzicht in de urgentie van wachtenden en het op basis daarvan definiëren van een aantal categorieën wachtenden, maakt het mogelijk om de aanpak van wachtlijsten specifiek op de 'problematische' categorieën te richten. Onderdeel D heeft betrekking op de beschikbaarheid van alternatieven voor de geïndiceerde zorg om de wachttijd te overbruggen en het effect van het ontbreken van alternatieven op de problematiek van de wachtenden. Het laatste onderdeel van het onderzoek gaat over de wijze waarop de ketenpartijen, in het bijzonder de Bureaus Jeugdzorg, met de wachtlijstproblematiek omgaan (onderdeel E).

Hieronder staan -per onderdeel- de onderzoeksvragen.

**A. TOTSTANDKOMING WACHTLIJSTINFORMATIE**

1. Welke definities worden door provincies en stadsregio's gehanteerd voor het begrip wachtende? Wijken deze af van de landelijke definitie?
2. Op welke wijze worden de wachtlijstgegevens verkregen?
3. Waaruit bestaan de verzamelde wachtlijstgegevens? Alleen uit een opgave van het aantal wachtenden op de peildatum of zijn op provinciaal/regionaal niveau ook de onderliggende cliënt- en zorggegevens beschikbaar?

**B. SAMENSTELLING WACHTLIJST**

1. In welke mate komen dubbeltellingen voor op de wachtlijst?
2. Op welke zorgvormen wordt gewacht en in welke aantallen/verhoudingen?
3. Is er sprake van (grote) regionale verschillen ten aanzien van de samenstelling/aard van de wachtlijsten voor provinciale jeugdzorg?
4. Hoe vaak komt het voor dat er ook op andere vormen van zorg wordt gewacht (bijvoorbeeld op een voorziening in het kader van de AWBZ of Wmo)?
5. Wat is de aard en ernst van de problematiek van jongeren die wachten op provinciale jeugdzorg?
6. In welke mate wordt de aard en ernst van de problematiek en/of de motivatie (van ouders/jongeren) om mee te werken aan de zorgverlening beïnvloed door het bestaan van wachtlijsten? Is daarbij verschil te zien tussen vrijwillig en gedwongen kader (bijvoorbeeld op basis van een jeugd-beschermingsmaatregel)?

**C. DIFFERENTIATIE BINNEN DE WACHTLIJST OP BASIS VAN URGENTIE**

1. Welke urgentiecriteria worden gehanteerd?
2. Voor welke cliëntgroepen is het feit dat ze moeten wachten op de geïndiceerde zorg een serieus probleem?
3. Welke factoren beïnvloeden de mate van urgentie?

**D. BESCHIKBAARHEID VAN ALTERNATIEVEN**

1. Wat wordt onder vervangende zorg en overbruggingszorg verstaan?
2. In welke mate wordt in de praktijk een eventuele wachttijd overbrugd?
3. Zijn er voldoende mogelijkheden om de wachttijd op een verantwoorde manier te overbruggen?
4. Welk effect heeft het ontbreken van alternatieve vormen van jeugdzorg op de ontwikkeling van de problematiek van wachtenden?

#### **E. ROL VAN DE PROVINCIALE/REGIONALE KETENPARTIJEN**

1. Welke systematiek wordt door Bureaus Jeugdzorg gebruikt om op basis van de problematiek een indicatie voor provinciale jeugdzorg te stellen?
2. Welke rol spelen Bureaus Jeugdzorg bij het bepalen van de volgorde van jongeren op de wachtlijst en het toewijzen van vervangende zorg?
3. Hoe houden Bureaus Jeugdzorg en/of de zorgaanbieders zicht op de ontwikkeling van de wachtende jeugdige, wanneer deze geen enkele vorm van zorg ontvangt?
4. Hoe wordt duidelijk dat een wachtende jongere crisiszorg nodig heeft? Wordt dit tijdig gesignaleerd? En is crisiszorg direct/binnen 24 uur te regelen?

#### **1.4 Afbakening onderzoeksdomein**

Het onderzoek is gericht op wachtenden op provinciaal gefinancierde jeugdzorg. Jeugdigen die wachten op een vorm van Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ-jeugd) of zorg voor licht verstandelijk gehandicapten (LVG-jeugd), vormen niet het onderwerp van dit onderzoek<sup>1</sup>. Hetzelfde geldt voor wachtenden op een onderzoek of consultatietraject door een Advies- en Meldcentrum Kindermishandeling (AMK). Daar waar sprake is van samenloop van deze vormen van zorg met de provinciaal gefinancierde jeugdzorg, is dat wel in het onderzoek meegenomen, voor zover relevant voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen.

---

<sup>1</sup> GGZ en LVG worden gefinancierd vanuit of de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) of de Zorgverzekeringswet (Zvw).

## 2. Aanpak van het onderzoek

### 2.1 Inleiding

Het onderzoek vond plaats in een relatief kort tijdsbestek. Het grootste deel van de werkzaamheden heeft plaatsgevonden in de periode van oktober tot en met november 2008. Om een goed beeld te krijgen van de wachtlijstproblematiek in de provinciale jeugdzorg zijn alle betrokken partijen benaderd. De problematiek is op deze wijze vanuit verschillende invalshoeken belicht. De bereidheid van partijen om deel te nemen aan het onderzoek was groot.

#### **ONDERZOEKSREGIO'S**

Het onderzoek is zowel kwalitatief als kwantitatief van aard en heeft plaatsgevonden in de vijf onderstaande provincies/GSR's:

1. provincie Friesland;
2. provincie Overijssel;
3. provincie Flevoland;
4. provincie Noord-Brabant;
5. stadsregio Amsterdam.

De vijf bij het onderzoek betrokken provincies/regio's zijn in overleg met de begeleidingscommissie geselecteerd op basis van een combinatie van verschillende criteria, zoals de geografische spreiding over Nederland, het aantal wachtenden, de beschikbaarheid van kwantitatieve gegevens en de diversiteit van het aanbod.

### 2.2 Uitgevoerde werkzaamheden

Het onderzoek is op hoofdlijnen op de volgende wijze uitgevoerd:

- Het houden van interviews met provincies/GSR's, zorgaanbieders, Bureaus Jeugdzorg en cliënten/ouders (§ 2.2.1).
- Het bestuderen van cliëntendossiers van Bureaus Jeugdzorg (§2.2.1).
- Het uitzetten van een schriftelijke (kwantitatieve) vragenlijst onder provincies en Bureaus Jeugdzorg (§2.2.2).

Er heeft eerst een oriëntatie op de onderzoeksvragen plaatsgevonden in de vorm van bureauonderzoek. Door de onderzoekers is relevante literatuur/documentatie bestudeerd. Een overzicht van deze documentatie staat in bijlage 2. Verder zijn, aan de hand van interviews, de onderzoeksvragen beantwoord. Voor een beperkt aantal onderzoeksvragen heeft ook een kwantitatieve analyse plaatsgevonden.

In bijlage 3 wordt een nadere onderbouwing van de onderzoeksmethodiek gegeven.



## 2.2.1 Kwalitatief onderzoek

### INTERVIEWS

In het kader van dit onderzoek is gesproken met:

- Provincies/GSR's (veelal met de beleidsambtenaar).
- Aanbieders van provinciale jeugdzorg (ambulante zorg, pleegzorg, dagbehandeling en residentiële zorg).
- Bureaus Jeugdzorg.
- Jeugdigen en ouders/verzorgers.

De interviews hebben veelal op locatie plaatsgevonden. Een aantal interviews (met een deel van de zorgaanbieders en jeugdigen/(pleeg)ouders) heeft telefonisch plaatsgevonden. De geïnterviewden zijn in de gelegenheid gesteld om te reageren op de verslagen van deze interviews. Vervolgens zijn per provincie de resultaten uit de interviews samengevat en zijn de provincies in de gelegenheid gesteld om te reageren op de samenvattingen van de onderzoeksresultaten op provinciaal niveau.

Er hebben tien interviews met cliënten en ouders/verzorgers plaatsgevonden. Dit heeft een beperkt beeld opgeleverd dat in dit onderzoek illustratief is gebruikt (bijlage 5a en 5b). Aan die interviews worden geen generalistische conclusies verbonden

### HET BESTUDEREN VAN CLIËNTENDOSSIEREN VAN BUREAUS JEUGDZORG

Op basis van acht tot tien dossiers per provincie/GSR (in totaal 47 dossiers) is het beeld dat is verkregen in de interviews, getoetst aan de hand van de daarin beschreven casuïstiek. Voor het dossieronderzoek is een vast stramien gehanteerd (zie bijlage 6). De belangrijkste bevindingen met betrekking tot het dossieronderzoek worden in hoofdstuk 3 gepresenteerd. Een totaaloverzicht is beschreven in bijlage 7.

## 2.2.2 Kwantitatief onderzoek

### VERDELING WACHTENDEN NAAR CATEGORIEËN

Voor de onderbouwing van de antwoorden op een deel van de onderzoeksvragen, is een aantal kwantitatieve analyses uitgevoerd. Hiervoor zijn in de onderzoeksregio's gegevens verzameld. De analyses hadden betrekking op:

- herkomst wachtenden;
- aantal wachtenden per zorgvorm, onderverdeeld naar geslacht en leeftijd;
- aantal wachtenden per zorgvorm, onderverdeeld naar huidige zorg;

Voor de voorgenomen analyses met betrekking tot 'reden uitval ('terugtrekking') van wachtenden' en 'herkomst en bestemming van cliënten met crisiszorg' is er gedurende de onderzoeksperiode onvoldoende bruikbaar materiaal verzameld.

Niet alle regio's waren in staat de gevraagde gegevens aan te leveren en niet alle regio's hebben een complete gegevensset aangeleverd. De onderzoekers achten de ontvangen gegevens representatief voor de betreffende regio. Daarmee geven de kwantitatieve resultaten (in tabellen) een indicatief beeld voor

Nederland. Deze resultaten worden voor de onderzoeksvragen waar dit van toepassing is, integraal met de kwalitatieve resultaten gepresenteerd.

### **2.3 Verantwoording onderzoeksresultaten**

Van alle verzamelde gegevens is een landelijke analyse gemaakt. Hierbij hebben de uitkomsten uit de interviews centraal gestaan. Deze zijn getoetst aan de uitkomsten van het dossieronderzoek en de gesprekken met cliënten. Indien de bevindingen onderling op onderdelen afwijkend waren, is dat in de tekst van deze rapportage aangegeven.

De resultaten en de conclusies zijn in een conceptrapportage verwerkt. Deze is besproken met de leden van de begeleidingscommissie en de leden van de klankbordgroep. De belangrijkste conclusies uit de conceptrapportage zijn voorgelegd aan alle provincies/GSR's en Bureaus Jeugdzorg.

De opmerkingen van de partijen op de conceptrapportage en/of de voorlopige conclusies zijn in de onderliggende eindrapportage verwerkt.

### **2.4 Projectorganisatie**

Voor de uitvoering van het onderzoek is een projectorganisatie ingericht die bestaat uit:

- Een begeleidingscommissie, bestaande uit drie vertegenwoordigers vanuit de opdrachtgever (programmaministerie voor Jeugd en Gezin).
- Een klankbordgroep met leden vanuit het IPO, de MOgroep Jeugdzorg, het Nederlands Jeugdinstituut (Nji) en het Landelijk Cliëntenforum Jeugdzorg (LCFJ).
- Een onderzoeksteam onder leiding van de projectleider van bureau HHM.

Zie bijlage 4 voor de personele samenstelling van de projectorganisatie.

### 3. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de onderzoeksvragen zoals geformuleerd in hoofdstuk 1 beantwoord. Deze antwoorden zijn gebaseerd op de interviews met de provincies/GSR's, Bureaus Jeugdzorg en zorgaanbieders in de vijf onderzoeksregio's, het dossieronderzoek en de kwantitatieve gegevens.

#### 3.1 Totstandkoming wachtlijstinformatie

##### 3.1.1 Wachtlijstdefinitie

*Welke definities worden gehanteerd voor het begrip wachtende? Wijken deze af van de landelijke definitie?*

In alle vijf onderzoeksregio's wordt de landelijke definitie gehanteerd conform de kwartaaluitvraag van het ministerie (zie bijlage 1). Als landelijke definitie voor de bruto wachtlijst is gesteld:

*Unieke cliënten die langer dan negen weken wachten op geïndiceerde jeugdzorg voor zover deze geïndiceerde jeugdzorg door de provincie wordt bekostigd. Voor wat betreft de netto wachtlijst wordt gecorrigeerd voor de cliënten die al enige vorm van provinciaal gefinancierde jeugdzorg ontvangen.*

Bij de landelijke definities worden in het kader van dit onderzoek door de geïnterviewden de volgende kanttekeningen gemaakt:

- De negen weken grens wordt als tamelijk arbitrair gezien. Er komen ook problematische gevallen voor bij een kortere wachttijd. Op zich is er wel begrip voor het aanhouden van een zekere minimale wachttijd.
- De geïnterviewden geven aan het onterecht te vinden dat de categorie wachtenden die al enige vorm van provinciaal gefinancierde jeugdzorg ontvangt, in het landelijke beeld van de netto wachtlijsten niet wordt meegeteld. Juist in deze categorie bevinden zich jeugdigen met een hoge urgentie, bijvoorbeeld degenen die zijn geïndiceerd voor verblijfszorg (pleegzorg of residentieel) en ter overbrugging van de wachtperiode ambulante zorg krijgen. Voor deze jeugdigen, veelal geïndiceerd als langdurig zorgafhankelijken, is ambulante zorg geen adequaat alternatief. Aan de andere kant wordt in twee van de vijf onderzoeksregio's door zorgaanbieders aangegeven dat het Bureau Jeugdzorg soms een te zware indicatie afgeeft, bijvoorbeeld een indicatie voor verblijfszorg, terwijl dit in hun ogen niet nodig is.
- Het komt voor dat jeugdigen voor meerdere aanspraken worden geïndiceerd op verschillende tijdstippen en/of dat er, voordat de zorg is gerealiseerd, een herindicatie wordt afgegeven. Het is niet duidelijk vanaf welk moment de wachttijd dan gaat tellen. Vanuit het perspectief van de cliënt lijkt het terecht om uit te gaan van de eerste aanspraak/indicatiedatum maar provincies kunnen besluiten om uit te gaan van de meest recente datum.

In dat geval zijn er minder jeugdigen die langer dan negen weken wachten op zorg.

- Met betrekking tot de wachtenden die al een vorm van provinciaal gefinancierde jeugdzorg ontvangen, is het onderscheid tussen het gegeven of deze zorg wel of niet is geïndiceerd niet overal even duidelijk. Daarnaast is niet altijd duidelijk waarom dit onderscheid wordt gemaakt.

### 3.1.2 Verzamelen van wachtlijstinformatie

*Op welke wijze worden de wachtlijstgegevens verkregen?*

De wachtlijstinformatie wordt op verschillende manieren verzameld. In twee van de vijf onderzoeksregio's (Flevoland en Overijssel) levert Bureau Jeugdzorg de wachtlijstcijfers aan bij de provincie. In de regio Noord-Brabant worden de wachtlijstgegevens door de provincie rechtstreeks opgevraagd bij de zorgaanbieders door middel van een invulsjabloon en een verbinding met de registratiesystemen waar ze mee werken (IJZA). In de overige twee regio's (Amsterdam en Friesland) worden voor de landelijke wachtlijstinformatie zowel gegevens van de zorgaanbieders als van het Bureau Jeugdzorg gebruikt. In Amsterdam gebeurt dit via een datawarehouse waarin maandelijks gegevens vanuit Bureau Jeugdzorg en zorgaanbieders worden opgeslagen. Deze gegevens worden periodiek bewerkt tot beleidsinformatie, waaronder de gevraagde wachtlijstinformatie. In Friesland is er periodiek overleg tussen de zorgaanbieder en Bureau Jeugdzorg om de wachtlijsten te actualiseren.

Uit het onderzoek uitgevoerd door BMC in opdracht van IPO blijkt eveneens dat door de provincies vooral gebruik wordt gemaakt van de informatiesystemen van de zorgaanbieders. Uit dit onderzoek kwam naar voren dat het genereren van gegevens uit IJ (nog) onvoldoende betrouwbaar is wegens het ontbreken of onvolledig zijn van de gegevens over aanvang van de zorg in IJ. Daarnaast bleek ook uit dit onderzoek dat er grote verschillen bestaan tussen de nabewerking van provincies, mede door het ontbreken van een goede koppeling tussen de systemen van de zorgaanbieders en Bureau Jeugdzorg.

### 3.1.3 Inhoud wachtlijstgegevens

*Waaruit bestaan de verzamelde gegevens? Alleen uit een opgave van het aantal wachtenden of zijn op provinciaal/regionaal niveau ook onderliggende cliënt- en zorggegevens beschikbaar?*

Naast de landelijk opgevraagde gegevens zijn in alle onderzoeksregio's op provinciaal/regionaal niveau onderliggende (vooral aanbodgerichte) gegevens beschikbaar, zoals:

- persoonsgegevens (leeftijd, geslacht e.d.);
- gegevens per programma/hulpverleningstraject;
- instroom-, doorstroom- en uitstroomgegevens;
- gegevens per zorgaanbieder;

- gemiddelde wachttijden;
- gemiddelde doorlooptijden van behandeltrajecten.

Wat in deze geaggregeerde gegevens in het algemeen ontbreekt, is een indeling in aard en ernst van de problematiek van cliënten (vraaggerichte gegevens). Deze informatie is in meer diffuse vorm beschreven in de cliëntdossiers. Het standaardiseren, coderen en toevoegen van dit soort gegevens op regionaal niveau, zou meer inzicht kunnen bieden in de relatie tussen hulpvraag/zorgbehoefte en beschikbaar aanbod, waardoor bijvoorbeeld de wachtlijstproblematiek vanuit een ander perspectief kan worden beoordeeld.

### 3.2 Samenstelling wachtlijst voor provinciale jeugdzorg

#### 3.2.1 Dubbeltellingen

*In welke mate komen dubbeltellingen voor op de wachtlijst?*

De vijf onderzoeksregio's claimen dat de (netto) cijfers betrekking hebben op unieke cliënten. Daarmee bedoelen ze dat er (vrijwel) geen dubbele cliënten voorkomen op het niveau van de provincie/regio. Dit betekent dat cliënten die wachten op meer dan één aanspraak en/of bij meer dan één zorgaanbieder binnen de provincie, maar één keer worden meegeteld.

In de regio Amsterdam wordt bijvoorbeeld een uniek cliëntnummer gehanteerd door zowel het Bureau Jeugdzorg als de zorgaanbieders. Dit maakt ontdebellen binnen het gezamenlijke datawarehouse eenvoudig. In andere provincies/regio's vindt op basis van de bruto wachtlijst een ontdebellingsslag plaats (bijvoorbeeld Overijssel).

Het kan voorkomen dat cliënten ook wachten op zorg in een andere provincie/regio maar men heeft geen zicht op het aantal. De inschatting is dat het om een klein aantal gaat (< 3%).

#### 3.2.2 Aantal wachtenden per zorgvorm

*Op welke zorgvorm wordt gewacht en in welke aantallen/verhoudingen?*

Op basis van de wachtlijstcijfers die de onderzoekers van de regio's<sup>2</sup> hebben ontvangen kan worden geconstateerd dat het aantal wachtenden voor de ambulante zorg het hoogst is, gevolgd door residentiële zorg en pleegzorg. Gemiddeld is het aantal wachtenden voor dagbehandeling het laagst. Deze cijfers komen redelijk overeen met de cijfers die de onderzoekers hebben ontvangen van de MOgroep Jeugdzorg. Deze cijfers staan ook gepresenteerd in tabel 1. Hier ligt het aantal wachtenden voor de pleegzorg en dagbehandeling

<sup>2</sup> Deze cijfers zijn van vijf regio's ontvangen, maar in het kader van de kwantitatieve analyses voor vier regio's bruikbaar gevonden.

iets hoger ten gunste van de wachtlijst voor de residentiële zorg. De onderzoeksregio's zijn hiermee redelijk representatief van aard.

Zorgvorm	Gemiddeld percentage aantal wachtenden in dit onderzoek <sup>3</sup>	Gemiddeld aantal wachtenden: cijfers MOgroep Jeugdzorg
Ambulante zorg	46%	48%
Dagbehandeling	14%	14%
Pleegzorg	12%	18%
Residentiële zorg	28%	20%
<b>Totaal</b>	<b>100% (N=1.562)</b>	<b>100%</b>

Tabel 1. Verdeling bruto wachtenden over de vier hoofdvormen van jeugdzorg

Door een aantal respondenten uit de onderzoeksregio's wordt aangegeven dat de wachtlijst voor ambulante zorg niet zozeer wordt veroorzaakt door een (relatief of absoluut) tekort aan ambulante zorg maar juist door een tekort aan residentiële zorg. De jeugdigen die een indicatie hebben voor residentiële zorg ontvangen vaak ter overbrugging ambulante zorg (substitutie). In regio's wordt vervolgens verschillend omgegaan met het registreren van deze groep jeugdigen op de wachtlijst. In een aantal regio's staan deze jeugdigen dan niet meer op de wachtlijst voor de residentiële zorg. Door deze relatief hoger bezetting van de ambulante zorg, geeft dit niet alleen een langere wachtlijst voor ambulante zorg maar dit geeft ook een kortere wachtlijst voor residentiële zorg.

Ook wordt in meerdere regio's aangegeven dat voor ambulante zorg vaak incidentele middelen zijn ingezet. Daarover hebben enkele zorgaanbieders aangegeven dat zij de risico's die dit met zich mee brengt nu niet meer willen dragen (investeringen worden niet terugverdiend of structurele kosten blijven bestaan als de incidentele middelen worden stopgezet) waardoor er geen extra personeel beschikbaar is om de grotere vraag naar ambulante zorg op te vangen.

Naast een overzicht van de wachtenden per zorgvorm is aan de Bureaus Jeugdzorg van de vijf onderzoeksregio's gevraagd hun wachtenden per zorgvorm ook onder te verdelen naar geslacht en leeftijdscategorie (zie tabel 2 op de volgende pagina). Deze gegevens zijn door drie van de vijf regio's volledig aangeleverd. Eén regio heeft deze gegevens alleen op het niveau van de leeftijdscategorieën kunnen aanleveren en één regio kon gezien de noodzakelijke bewerkingen op het databestand in relatie tot de beperkte tijd de gegevens niet tijdig aanleveren.

<sup>3</sup> De getallen uit dit onderzoek betreffen de cijfers van de regio's Friesland, Amsterdam, Flevoland en Noord Brabant.

Zorgvorm	M					V					Totaal
	< 4	5-8	9-12	13-15	> 16	< 4	5-8	9-12	13- 5	> 16	
Ambulant	40%	46%	45%	58%	29%	41%	36%	43%	57%	27%	43%
Dagbehandeling	15%	25%	21%	2%	0%	11%	15%	18%	0%	0%	12%
Pleegzorg	33%	21%	23%	12%	5%	41%	35%	25%	7%	5%	20%
Residentieel	12%	8%	11%	27%	66%	7%	14%	13%	36%	68%	26%
<b>Totaal</b>	10%	15%	14%	10%	8%	5%	8%	8%	11%	11%	<b>100% (N=825)</b>

Tabel 2. Percentage bruto wachtenden per zorgvorm, onderverdeeld naar geslacht en leeftijd gebaseerd op de gegevens van drie van de vijf regio's.

Op basis van de gegevens uit tabel 2 kan worden geconstateerd dat het aantal jongens (57%) dat wacht op zorg groter is dan het aantal meisjes (43%). Bij de jongens is 69% 12 jaar of jonger. Bij de meisjes is de helft 12 jaar of jonger.

### 3.2.3 Regionale verschillen ten aanzien van de samenstelling/aard van de wachtlijsten

*Is er sprake van (grote) regionale verschillen ten aanzien van de samenstelling/aard van de wachtlijsten voor provinciale jeugdzorg?*

In tabel 1 is het aandeel wachtenden naar de verschillende zorgvormen voor vier onderzoeksregio's gepresenteerd. De verhouding tussen het aantal wachtenden voor ambulante zorg, dagbehandeling, pleegzorg en residentiële zorg verschilt echter sterk in de onderzoeksregio's. Dit wordt bevestigd door de cijfers van de MOgroep Jeugdzorg.

In tabel 3 is te zien hoe dit beeld er in de onderzochte regio's uitziet.

Zorgvorm	Gemiddelde in onderzoeksregio's	Variatie in onderzoeksregio's	Variatie regio's op basis van cijfers MOgroep
Ambulante zorg	46%	33% - 76%	42% - 63%
Dagbehandeling	14%	8% - 24%	8% - 16%
Pleegzorg	12%	5% - 14%	7% - 28%
Residentiële zorg	28%	12% - 30%	15% - 25%
<b>Totaal</b>	<b>100% (N=1.562)</b>		

Tabel 3. Verdeling bruto wachtenden over de vier hoofdvormen van jeugdzorg.

Er blijken verschillende factoren te zijn die aan deze onderlinge verschillen tussen de provincies/regio's bijdragen. De onderzoekers hebben de oorzaken

van deze verschillen niet nader kwantitatief en/of inhoudelijk onderzocht. Op basis van de gesprekken is het echter wel mogelijk om een aantal voorbeelden te geven die van invloed zijn op de samenstelling van de wachtlijsten naar de verschillende zorgvormen, zoals:

- verschillen in provinciaal beleid;
- effect van substitutie tussen zorgvormen;
- doorstroommogelijkheden.

### **VERSCHILLEN IN PROVINCIAAL BELEID**

#### *1. Het systeem van indicatiestelling:*

De indicatiestelling is mede afhankelijk van de regionale afspraken met betrekking tot het indiceren en van de mening van het betreffende Bureau Jeugdzorg/indicatiesteller ten aanzien van welke aanbod past bij welke vraag.

Voorbeelden hiervan zijn:

- In de provincie Flevoland is het aantal wachtenden op pleegzorg relatief laag. Gedeeltelijk omdat kinderen boven de 12 jaar niet meer worden geïndiceerd voor pleegzorg omdat ze zeer moeilijk zijn te plaatsen.
- In de stadsregio Amsterdam worden kinderen onder de 6 jaar slechts bij hoge uitzondering geïndiceerd voor residentiële zorg, omdat men vindt dat dit slecht is voor de ontwikkeling van het kind. Jonge kinderen worden, als ze niet thuis kunnen blijven, alleen geïndiceerd voor pleegzorg. In deze regio vind je dan ook een relatief lange wachtlijst voor pleegzorg ten opzichte van de wachtlijst voor residentiële zorg.

#### *2. Aanpak van de wachtlijsten:*

Enkele voorbeelden hiervan zijn:

- Het actief werven van pleeggezinnen.
- Het verkorten van de behandelduur: in meerdere provincies/regio's (onder andere stadsregio Amsterdam, provincie Overijssel en provincie Noord-Brabant) wordt een actief beleid gevoerd om de behandelduur te verkorten, zodat de doorloopsnelheid toeneemt. Er kunnen dan meer cliënten per tijdseenheid worden geholpen en dit heeft een verlagend effect op het aantal wachtenden. De grens aan het verkorten van de trajecten wordt onder andere afgemeten aan het aantal uitbehandelde cliënten dat binnen een half jaar opnieuw een beroep moet doen op jeugdzorg.
- De keuzes die worden gemaakt bij de inzet van incidentele middelen verschilt per provincie. In de ene provincie worden deze middelen uitsluitend ingezet om de ambulante capaciteit tijdelijk uit te breiden, waardoor de wachtlijsten nadien weer oplopen, terwijl in een andere provincie met de inzet van deze middelen een meer structurele oplossing wordt gerealiseerd. Structurele oplossingen met incidentele middelen zijn in de provincie Overijssel gericht op beperking van de instroom in het jeugdzorgaanbod en verbetering van de doorstroom en uitstroom.

Een voorbeeld van beperking van de instroom is: de provincie zorgt voor ondersteuning van de jeugdzorgaanbieders bij de invoering en structurele inbedding van Eigen Kracht conferenties in de eigen organisaties. Met het inzetten van Eigen Kracht conferenties kan het probleemoplossende vermogen van ouders, kinderen en jongeren en van hun sociale omgeving beter worden benut. De vraag naar jeugdzorg wordt hierdoor minder.



Een voorbeeld van verbetering van de doorstroom en de uitstroom is: de provincie ondersteunt vernieuwende projecten van zorgaanbieders met woningcorporaties die de huisvestingscapaciteit willen vergroten voor doelgroepen die wachten op uitstroom uit de Jeugdzorg. Hiermee wordt de duur dat een beroep op jeugdzorg moet worden gedaan korter.

### *3. Regionale capaciteitsverschillen:*

De omvang van het aanbod in verhouding tot de vraag is vanuit de historie per provincie/regio verschillend. In de ene provincie is vanuit het verleden meer of minder residentiële zorg beschikbaar dan in de andere. Hierbij spelen ook regionale verschillen in de capaciteiten van de aanpalende sectoren (justitieel, geestelijke gezondheidszorg of licht verstandelijk gehandicapten) een rol. Dit kan van invloed zijn op de indicatiestelling.

### **DE EFFECTEN VAN BESCHIKBAARHEID EN SUBSTITUTIE TUSSEN DE ZORGVORMEN**

De omvang van de wachtlijst voor verblijfszorg (residentieel en pleegzorg) is in alle regio's van invloed op de omvang van de wachtlijst voor ambulante zorg, omdat deze meestal als vervangende zorg of overbruggingszorg wordt geïndiceerd en geleverd gedurende de wachtperiode. Er is sprake van communicerende vaten. Het effect hiervan is per regio verschillend en hangt onder meer af van de (capaciteit van de) aanwezige voorzieningen. De huidige wachtlijstregistratie geeft op landelijk niveau onvoldoende inzicht in de zorg die wordt gevraagd in relatie tot de zorg die wordt geleverd of waarop wordt gewacht.

In het kader van dit onderzoek is een eerste aanzet gedaan om zicht te krijgen op de zorg die wachtenden vragen en de (substitutie)zorg die eventueel wordt geleverd. In tabel 4 is dit uitgewerkt.

De tabel is gebaseerd op de gegevens van drie onderzoeksregio's. Eén regio heeft aangegeven deze tabel alleen op het niveau van zorgaanspraken in plaats van op het niveau van unieke cliënten te kunnen genereren en is om deze reden niet meegenomen in de analyses. Voor een andere regio gold ook hier dat gezien de noodzakelijke bewerkingen op het databestand in relatie tot de beperkte tijd en interne prioritering van eigen werkzaamheden de gegevens niet tijdig aanleveren.

In de tabel is onder andere goed te zien dat cliënten die wachten op verblijfszorg vaker al enige vorm van provinciale jeugdzorg ontvangen dan cliënten die wachten op ambulante zorg. Opmerkelijk is dat 17% van de wachtenden op residentiële zorg deze zorgvorm ook al ontvangen. Kennelijk is dit dan niet in de goede zorginstelling. Een ander opvallend punt is dat van de wachtenden op pleegzorg, 16% vanuit een zorginstelling op plaatsing in een pleeggezin wacht en 13% vanuit een pleeggezin (kennelijk kunnen ze niet in het betreffende pleeggezin blijven). Van alle wachtenden, krijgt 62% geen zorg. Dit komt overeen met het resultaat van de recente landelijke meting door het ministerie.

Totaal	Ontvangt nu								Totaal
	Geen zorg	Andere zorg of hulp dan provinciale jeugdzorg	Provinciale jeugdzorg waarvoor geen indicatie nodig is	Crisiszorg	Ambulante zorg	Dagbehandeling	Pleegzorg	Residentieële zorg	
<b>100% = 1.381 cliënten</b>									
<b>Wacht op</b>									
Ambulant	70,4%	NB	0,5%	0,0%	8,8%	9,5%	2,7%	8,1%	<b>582</b>
Dagbehandeling	59,3%	NB	0,0%	0,0%	21,4%	3,8%	2,7%	12,6%	<b>182</b>
Pleegzorg	58,3%	NB	0,0%	1,0%	10,2%	1,5%	13,1%	16,0%	<b>206</b>
Residentieel	53,5%	NB	0,0%	1,0%	21,4%	2,2%	4,6%	17,3%	<b>411</b>
<b>Totaal</b>	62,1%	NB	0,2%	0,4%	14,4%	5,4%	4,9%	12,6%	<b>1.381</b>

Tabel 4. Percentage bruto wachtenden per zorgvorm (afgerond), onderverdeeld naar de vormen van zorg die deze wachtenden ontvangen. De tabel is gebaseerd op de gegevens van drie onderzoeksregio's.

#### DOORSTROOMMOGELIJKHEDEN

In enkele regio's is expliciet genoemd dat de gebrekkige doorstroom naar andere voorzieningen (bijvoorbeeld AWBZ) maakt dat de wachtlijsten lang zijn. Dit geldt in het bijzonder voor kinderen met een 'dubbele' grondslag, dat wil zeggen met een lichte verstandelijke handicap of een psychiatrische aandoening (bijvoorbeeld ADHD, autisme). Vaak is sprake van een 'grensgebied' zodat het niet helemaal duidelijk is met welke hulp c.q. vanuit welk domein (Zvw, AWBZ of WJZ) deze kinderen het beste uit zijn. De beperking van de doorstroommogelijkheden heeft ook te maken met de in een bepaalde provincie/regio beschikbare aanpalende voorzieningen (zie tabel 4).

### 3.2.4 Overlap met andere wachtlijsten

*Hoe vaak komt het voor dat er ook op andere vormen van zorg wordt gewacht?*

Er is in de onderzoeksregio's geen goed zicht op het aantal cliënten dat zowel voor provinciaal gefinancierde jeugdzorg als voor een andere voorziening op de wachtlijst staat. Deze informatie is namelijk niet altijd bekend bij de indicatiesteller van Bureau Jeugdzorg en komt dan dus ook niet terecht in het cliëntendossier. Als er sprake is van overlap, dan vindt dit volgens de geïnterviewden vooral plaats op het raakvlak met GGZ- en LVG-voorzieningen (AWBZ) en op het gebied van woonfuncties. De algemene indruk is dat ouders niet vaak bij meer dan één instantie aankloppen met een zorgvraag. Bureau Jeugdzorg beoordeelt een aanvraag eerst door te kijken of het probleem met de inzet van provinciale jeugdzorg verholpen zou kunnen worden. Als blijkt dat een verstandelijke beperking of psychiatrische aandoening meer op de voorgrond staat bij het ontstaan c.q. voortbestaan van bepaalde problemen, vindt een verwijzing plaats

naar het domein van de AWBZ (CIZ) of de ZVW (zorgkantoor). Kortom, verwacht wordt dat niet veel cliënten zowel op de wachtlijst staan voor een vorm van provinciale jeugdzorg als voor AWBZ-zorg en/of voor een andere voorziening.

### 3.2.5 Aard en ernst van de problematiek

*Wat is de aard en ernst van de problematiek van jongeren die wachten op provinciale jeugdzorg?*

Jeugdigen die worden geïndiceerd voor provinciale jeugdzorg hebben in het algemeen vrij ernstige psychosociale problemen, die leiden tot gedrags-, opvoedings- en/of leerproblemen. Uit het (beperkte) dossieronderzoek komt naar voren dat bijna driekwart van de onderzochte jeugdigen te maken heeft met matige tot ernstige problematiek. Uit dit dossieronderzoek blijkt eveneens dat gedragsproblematiek, psychische problematiek en ontwikkelingsachterstanden het meest voorkomen. Gedragsproblematiek en psychische problematiek komen relatief vaak in combinatie met elkaar voor. De aard van de problematiek is daarnaast ook leeftijdsgebonden. Zo blijkt uit het dossieronderzoek dat ontwikkelingsachterstand voornamelijk bij kinderen jonger dan 12 jaar aan de orde is en gedragsproblematiek relatief vaker bij kinderen ouder dan 12 jaar.

Voor bijna 40% van de wachtenden (zie tabel 5) is de veiligheid zodanig in het geding dat een jeugdbeschermingsmaatregel volgt zoals een ondertoezichtstelling (OTS) of een (al dan niet tijdelijke) uithuisplaatsing (UHP). Als dit niet het geval is, volstaat meestal een vorm van ambulante zorg of dagbehandeling. Bij ernstige problemen wordt geïndiceerd voor een vorm van gesloten jeugdzorg (vrijwillig kader), maar deze vorm valt nog niet onder de provinciaal gefinancierde jeugdzorg.

De problematiek van jeugdigen hangt veelal samen met:

- individuele beperkingen, stoornissen of andere problemen (met betrekking tot gedrag, leren, opgroeien en dergelijke);
- de gezinssituatie (bijvoorbeeld onvermogen van de ouders en onveiligheid in het gezin);
- de externe leefomgeving (school, wijk enzovoort).

Op geaggregeerd niveau worden geen gestandaardiseerde, vraaggerichte gegevens over de ernst en de aard van de problematiek vastgelegd (deze informatie is in diffuse vorm terug te vinden in de individuele cliëntdossiers).

### 3.2.6 Relatie aard en ernst van de problematiek met wachtlijsten

*In welke mate wordt de aard en ernst van de problematiek en/of de motivatie om mee te werken beïnvloed door het bestaan van wachtlijsten? Is daarbij verschil te zien tussen vrijwillig en gedwongen kader (bijvoorbeeld op basis van een jeugdbeschermingsmaatregel)?*

Gedurende de wachttijd kan zowel de aard als de ernst van de problematiek toenemen. Om dit te voorkomen wordt vaak vervangende zorg geboden. Op basis van de bevindingen uit de interviews is de schatting dat in 5 tot 10% van de gevallen de problemen gedurende de wachttijd erger worden en soms zelfs leiden tot een crisissituatie. Overigens komen crisissituaties ook voor bij jeugdigen die al wel zorg ontvangen.

Het komt ook voor dat de problemen minder worden of zelfs verdwijnen. In drie van de vijf regio's wordt in de gesprekken aangegeven dat 20 tot 25% van de wachtenden voortijdig zijn hulpvraag intrekt, dat wil zeggen voordat een passend zorgaanbod beschikbaar is. Voor een deel kan dit terecht zijn (het probleem is opgelost of er is een andere oplossing voor gevonden) maar het zal voor een deel ook onterecht zijn (cliënten haken af omdat ze niet meer gemotiveerd zijn om mee te werken). In het kader van dit onderzoek is het niet mogelijk gebleken voor deze redenen te kwantificeren. Deels vanwege de beperkte doorlooptijd, deels omdat regio's een dergelijke reden niet altijd (uniform) registreren en voor een nadere analyse afstemming met de zorgaanbieders nodig is.

In een gedwongen kader ziet de gezinsvoogd/jeugdbeschermer van Bureau Jeugdzorg toe op het welzijn van het kind en probeert de ouders gemotiveerd te houden, maar als sprake is van een vrijwillig kader, dan is er beperktere wachtlijstbegeleiding waardoor hier minder zicht en invloed op is. Ouders trekken dan de hulpvraag in of oudere kinderen vertonen wegloupedrag, terwijl de problematiek nog steeds aanwezig is (zie ook tabel 8).

### 3.3 Differentiatie op basis van urgentie

Er zijn op dit moment onvoldoende mogelijkheden om een goed onderscheid te maken naar urgentie.

Daarbij spelen twee zaken:

1. Er vindt nog geen urgentiebepaling plaats op basis van een landelijk uniforme en objectieve methode en er worden ook geen vraaggerichte gegevens vastgelegd op grond waarvan een dergelijke indeling is te maken (zie ook paragraaf 3.5).
2. Er is weerstand tegen het expliciet maken van gradaties van urgentie. Deze weerstand is zowel bij vertegenwoordigers van aanbieders als vertegenwoordigers van Bureaus Jeugdzorg (zij het in iets mindere mate) geconstateerd. Volgens de meeste respondenten hebben alle wachtenden de geïndiceerde zorg hard nodig en men is bang dat er door de kwalificatie 'meer' of 'minder' urgent een deel van de wachtenden door de Overheid wordt 'weggeredeneerd'. De voormalige opzet van de uitvraag van wachtlijstinformatie

door het ministerie heeft zeker aan dit wantrouwen bijgedragen. Dit format is inmiddels aangepast (zie bijlage 1).

De Bureaus Jeugdzorg drukken de mate van urgentie uit in de termijn waarop de zorg zou moeten starten. Vervolgens bepalen de zorgaanbieders van de wachtenden met de hoogste urgentie wie het eerst in zorg wordt genomen.

### 3.3.1 Urgentiecriteriën

*Welke urgentiecriteriën worden gehanteerd?*

Uit het onderzoek is gebleken dat er formeel nog geen uniforme criteria zijn voor het bepalen van de urgentie. Het vaststellen van de urgentie gebeurt tussen en in de regio's op verschillende wijze. In de praktijk blijkt in veel gevallen dat impliciet de onderstaande criteria worden gehanteerd:

- veiligheidsrisico;
- aanwezigheid van zorg/hulp;
- draagkracht van het cliëntsysteem;
- benodigde zorg;
- beperkingen van de cliënt;
- leeftijd van de cliënt.

In het dossieronderzoek zijn, onder andere met behulp van het (Quick)STEP instrument (zie bijlage 7), de wachtenden gecategoriseerd naar urgentie-categorieën. Een derde van de onderzochte dossiers is te typeren als niet tot laag urgent, de overige tweederde is matig tot hoog urgent. Hoge urgentie komt voornamelijk voor bij jeugdigen met een wachttijd korter dan een half jaar.

#### **VEILIGHEIDSRISICO**

Het veiligheidsrisico is het belangrijkste criterium dat bepaalt of een jeugdige voorrang moet krijgen op de wachtlijst. Dit wordt door alle geïnterviewden aangegeven. In principe wordt de volgorde op de wachtlijst gebaseerd op de indicatiedatum maar als de veiligheid van de jeugdige in het geding is, dan gaat deze voor op andere wachtenden. Een probleem dat voor veel wachtenden geldt, is dat er sprake is van een sluimerend tot expliciet aanwezig veiligheidsrisico en er onvoldoende capaciteit is om deze categorie tijdig te voorzien van de eerst aangewezen zorg. Hierbij is wachtlijstbegeleiding noodzakelijk.

Op het moment dat de veiligheid te zeer in het geding komt, wordt in alle regio's crisiszorg ingezet. Dit gebeurt met cliënten die al op de wachtlijst staan maar ook bij cliënten zonder indicatie c.q. cliënten die nog niet bekend zijn bij Bureau Jeugdzorg. Als blijkt dat na de maximale crisisopvang (vier weken met eventuele verlenging) een terugkeer naar huis niet mogelijk is, moeten deze jeugdigen zo snel mogelijk doorstromen naar een reguliere plaats zodat de crisisplaatsen weer vrijkomen voor nieuwe crisisgevallen. Een deel van de wachtenden komt via deze route versneld aan zorg (zie tabel 9). Naarmate de urgentie toeneemt, neemt het aantal crisissituaties ook toe. Ruim de helft van de jeugdigen heeft geen crisissituatie gehad, één op de vijf heeft één of meerdere crisissituaties

meegemaakt en in tien van de gevallen van het dossieronderzoek is dit onbekend.

#### **AANWEZIGHEID VAN ZORG/HULP**

Het maakt uit of al enige vorm van hulp wordt geboden, vanuit de jeugdzorg, maatschappelijk werk of iets dergelijks. Een hulpverlener kan een dreigende escalatie van de situatie vroegtijdig signaleren. Ook kan - vanuit het belang dat wordt gehecht aan zorgcontinuering - voorrang worden verleend aan een cliënt die al zorg ontvangt (dit laatste gebeurt bijvoorbeeld in Friesland).

#### **DRAAGKRACHT VAN HET CLIËNTSYSTEEM**

De mogelijkheid om de zorgverlening uit te stellen is sterk afhankelijk van de draagkracht van het 'cliëntsysteem', dat wil zeggen het netwerk rond de jeugdige. De draagkracht wordt bepaald door het probleemoplossend vermogen van ouders, de jeugdige zelf, de aanwezigheid van sociale steunfactoren en overige beschermende factoren<sup>4</sup>. De draagkracht van een gezin is bijvoorbeeld laag als er sprake is van opvoedkundige, financiële of andere problemen (verslaving, handicap, relatie e.d.) bij de ouder(s).

In de onderzochte dossiers komen alle jeugdigen die één of meerdere crisissituaties hebben meegemaakt, uit een eenoudergezin. De jeugdigen die geen crisis hebben meegemaakt tijdens de wachtperiode maken deel uit van zowel één- als tweeoudergezinnen. Daarnaast bevindt ruim de helft van de onderzochte jongeren zich in een slechte tot matige kwaliteit van omgeving. Uit het dossieronderzoek blijkt de mate van kwaliteit bij tweeoudergezinnen hoger dan bij eenoudergezinnen.

#### **BENODIGDE ZORG**

Ook de benodigde zorg zelf is bepalend voor de urgentie. Het kan voorkomen dat een jeugdige die is geïndiceerd voor ambulante zorg, moet wachten op een jeugdige die deze zorg net iets harder nodig heeft ter overbrugging van zijn wachttijd op een plek in een pleeggezin of instelling. Ook het eventuele gedwongen kader (OTS of UHP) dat aan de benodigde zorg ten grondslag ligt, speelt een rol in het bepalen van de prioriteit (gedwongen kader gaat vóór vrijwillig kader).

Op de volgende pagina staat een overzicht van de achtergrond van wachtenden op provinciale jeugdzorg. De tabel 5 is gebaseerd op de verzamelde kwantitatieve gegevens van alle (vijf) onderzoeksregio's. Op de gegevens van één onderzoeksregio hebben de onderzoekers een bewerking uitgevoerd om deze mee te kunnen nemen in de analyses.

---

<sup>4</sup> Bron: Handboek Indicatiestelling Bureaus Jeugdzorg.

<b>Herkomst</b>	<b>Aantal</b>	<b>Percentage</b>
Vrijwillig kader	1.218	60%
Beschermingsmaatregel	782	38%
Strafmaatregel	37	2%
Anders	0	0%
<b>Totaal</b>	<b>2.037</b>	<b>100%</b>

Tabel 5. Aantal/percentage wachtenden naar herkomst.

#### **BEPERKINGEN VAN DE CLIËNT**

Een eventuele beperking van de jeugdige op psychisch of verstandelijk gebied speelt een rol vanwege de kwetsbaarheid die daardoor ontstaat (laag probleemoplossend vermogen).

#### **LEEFTIJD VAN DE CLIËNT**

Kinderen in de leeftijd van 0 tot 4 jaar zijn kwetsbaarder dan oudere kinderen omdat ze gezien hun ontwikkelingsstadium minder weerbaar zijn en geen mogelijkheden hebben om te 'ontsnappen' aan een bedreigende situatie. Ze gaan nog niet naar school en zijn volledig afhankelijk van hun ouders. Pubers zijn ook een kwetsbare groep. Dit heeft deels te maken doordat ze vanwege hun leeftijd zich ontwikkelen op verschillende gebieden (seksueel, zelfstandig functioneren, financieel). Daarnaast hebben ze de mogelijkheid zich te onttrekken aan de situatie (gezin, school, hulpverlener) waardoor de kans dat ze in problemen raken, toe kan nemen (school niet afmaken, zwerfgedrag e.d.). Dit blijkt ook uit het dossieronderzoek. Hier is naar voren gekomen dat bij jeugdigen ouder dan 12 jaar relatief meer matig tot hoog urgente gevallen voorkomen.

#### **KWALITEIT VAN DE OMGEVING**

Aan de hand van dossieronderzoek is een relatie gevonden tussen de mate van kwaliteit van de omgeving en de mate waarin ambulante zorg en/of dagbesteding wordt geïndiceerd. Wanneer de kwaliteit van de omgeving als matig tot slecht wordt gekwalificeerd, is ongeveer de helft van de jeugdigen geïndiceerd voor ambulante zorg en/of dagbesteding tegenover bijna alle jeugdigen in een redelijke tot goede kwaliteit van omgeving. Wordt de geïndiceerde zorg als uitgangspunt genomen dan bevindt ruim een derde van de voor ambulante zorg en/of dagbesteding geïndiceerde jeugdigen zich in een matige tot slechte kwaliteit van omgeving, tegenover tweederde in een redelijke tot goede kwaliteit van omgeving. Van de jeugdigen geïndiceerd voor een vorm van verblijf bevindt het merendeel zich in een matige tot slechte kwaliteit van omgeving. Het dossieronderzoek bevestigt in feite het beeld dat als er sprake is van een matige tot slechte kwaliteit van de leefomgeving, een jeugdige eerder uit huis wordt geplaatst.

### 3.3.2 Risicogroepen en beïnvloedende factoren

*Voor welke cliëntgroepen is het feit dat ze moeten wachten op de geïndiceerde zorg een serieus probleem en welke factoren beïnvloeden de mate van urgentie?*

In het licht van de in paragraaf 3.3.1 genoemde criteria, wordt door de partijen in de onderzoeksregio's het volgende beeld geschetst van risicogroepen en factoren die het risico beïnvloeden. De combinatie tussen deze twee, bepaalt de ernst van de situatie c.q. de mate van urgentie.

---

#### **Groepen met verhoogd risico**

---

Kinderen (<12 jaar) met ouders die zelf problemen hebben (financieel, psychisch, verslaving e.d.), hiertoe behoren ook de zogenaamde 'multi-probleem gezinnen'.

Jonge kinderen (<6 jaar) die wachten op pleegzorg omdat ze thuis niet veilig zijn of worden bedreigd in hun ontwikkeling.

Jeugdigen met ernstige gedragsproblemen (bijvoorbeeld agressie).

Jeugdigen op het grensvlak van psychiatrie en/of LVG.

Zwangere meisjes en tienermoeders.

Meisjes die in de prostitutie terechtkomen (loverboy-problematiek).

Meisjes die worden bedreigd door hun familie vanwege eerwraak.

Zwerfjongeren.

Jeugdigen in een situatie die dreigt te escaleren.

*Tabel 6. Risicogroepen op de wachtlijst*

---

#### **Factoren die het risico verlagen**

---

Jeugdigen in een stabiele, veilige en draagkrachtige omgeving, die zijn geïndiceerd voor ambulante zorg en/of dagbehandeling.

Jeugdigen/ouders die willen én kunnen wachten op capaciteit bij een aanbieder van voorkeur.

Jeugdigen/ouders met een hoge motivatie en probleembesef.

Jeugdigen die adequate (!) zorg/hulp krijgen om de wachttijd te overbruggen.

Jeugdigen met een sterk sociaal netwerk (schoolgaand, bijbaantje e.d.).

*Tabel 7. Beschermende factoren wachtenden*

## 3.4 Beschikbaarheid van alternatieven

### 3.4.1 Definitie

*Wat wordt onder vervangende zorg en overbruggingszorg verstaan?*

Onder vervangende zorg wordt in de praktijk de geïndiceerde 'second best' zorg verstaan, die kan worden geleverd om de wachttijd tot het verkrijgen van de



'first best' zorg te overbruggen of als adequaat alternatief voor de 'eerst aangewezen' zorg.

Ook het begrip 'overbruggingszorg' wordt in de jeugdzorg verschillend gehanteerd. Het wordt als synoniem gezien voor 'vervangende zorg' of gebruikt om aan te geven dat er minder zorg of andere zorg wordt geleverd dan dat is geïndiceerd. In enkele regio's wordt overbruggingszorg gezien als niet-geïndiceerde wachtlijsthulp. Dit is een lichte vorm van begeleiding (bijvoorbeeld enkele gesprekken met ouders of jeugdigen) gedurende de wachttijd om een vinger aan de pols te houden en te voorkomen c.q. tijdig te signaleren dat de situatie verergert.

Aangezien de begrippen verschillend worden geïnterpreteerd en om begripsverwarring te voorkomen, is door de leden van de klankbordgroep voorgesteld om alleen de begrippen die in de landelijke definitie worden gehanteerd, te gebruiken. Hierin worden de termen 'vervangende zorg' en 'overbruggingszorg' bewust omzeild.

### 3.4.2 Mate van inzet vervangende zorg

*In welke mate wordt in de praktijk een eventuele wachttijd overbrugd?*

Uit de landelijke wachtlijstinformatie blijkt dat ruim 40%<sup>5</sup> van alle cliënten die langer dan negen weken wachten op provinciale jeugdzorg een alternatieve vorm van provinciale jeugdzorg ontvangt (peildatum 1 juli 2008). De provincies Friesland, Overijssel, Flevoland en Noord Brabant liggen daar (ruim) boven, variërend van 44 tot 50% en de stadsregio Amsterdam ligt daar behoorlijk onder met 31%. Van de cliënten die onderzocht zijn in het kader van het dossieronderzoek heeft iets meer dan een kwart vervangende zorg en/of overbruggingszorg ontvangen tijdens de wachtperiode. Daarnaast is er uit het dossieronderzoek een verschil geconstateerd ten aanzien van de leeftijd in relatie tot vervangende zorg en/of overbruggingszorg. Bij de jeugdigen jonger dan 12 jaar heeft het overgrote deel geen vervangende zorg en/of overbruggingszorg ontvangen, tegenover iets minder dan de helft van de jeugdigen ouder dan 12 jaar.

De mate waarin het mogelijk is om vervangende zorg in te zetten, is uiteraard afhankelijk van de beschikbare capaciteit en die is beperkt (zie volgende paragraaf). Toch zijn op grond van die uitkomsten de verschillen tussen provincies/regio's niet te verklaren. Het lijkt erop dat met betrekking tot het aanbieden van vervangende zorg, verschillende beleidskeuzes worden gemaakt.

<sup>5</sup> In de onderzochte regio's (zie tabel 4) is dit 38%.

### 3.4.3 Vormen en beschikbaarheid van vervangende zorg

*Zijn er voldoende mogelijkheden om de wachttijd op een verantwoorde manier te overbruggen?*

In tabel 4 is een overzicht gepresenteerd op welke wijze de wachttijd wordt overbrugd:

- zonder zorg;
- met andere hulp/zorg dan provinciaal gefinancierde jeugdzorg (dat kan zijn zorg vanuit de AWBZ of de Zvw maar ook hulp van vrijwilligers uit de omgeving van de cliënt);
- met vrij toegankelijke, provinciaal gefinancierde, jeugdzorg;
- met provinciaal gefinancierde jeugdzorg waarvoor een indicatie van Bureau Jeugdzorg nodig is.

In alle onderzoeksregio's, met uitzondering van de stadsregio Amsterdam, wordt aangegeven dat er onvoldoende mogelijkheden zijn voor het inzetten van vervangende zorg. Er is vooral een tekort aan capaciteit voor ambulante zorg, waarmee wachtenden op residentiële en pleegzorg tijdelijk geholpen kunnen worden. Daarbij wordt opgemerkt dat als er voldoende verblijfszorg beschikbaar zou zijn voor jeugdigen die hiervoor zijn geïndiceerd, het tekort aan ambulante zorg waarschijnlijk geheel of voor een belangrijk deel is opgelost (een gevolg van de in paragraaf 3.2.3 besproken substitutie-effecten).

### 3.4.4 Vervangende zorg in relatie tot de ontwikkeling van de problematiek van wachtenden

*Welk effect heeft het ontbreken van alternatieve vormen van jeugdzorg op de ontwikkeling van de problematiek van wachtenden?*

In alle onderzoeksregio's wordt ervaren dat de inzet van vervangende zorg een verergering van de problemen van wachtenden voor een belangrijk deel kan voorkomen of uitstellen. Aanvullend blijkt uit het dossieronderzoek dat de ernst van de problematiek ook een relatie vertoont met het ontvangen van vervangende zorg of overbruggingszorg. In het dossieronderzoek kregen deze jeugdigen op basis van de toegepaste methodiek gemiddeld veelal ook een hogere urgentie toegekend.

De aanwezigheid van andere zorgvormen, binnen en buiten de provinciaal gefinancierde jeugdzorg, verkleint het risico op escalatie. Dat de aanwezigheid van alternatieven niet afdoende is, blijkt uit het gegeven dat er toch crisissituaties ontstaan bij jeugdigen die op de wachtlijst staan (zie tabel 9).

In één regio is aangegeven dat het beleid van extramuralisering van enkele jaren geleden te ver is doorgevoerd waardoor er een structureel tekort aan verblijfszorg is ontstaan. Dit tekort kan niet adequaat worden opgevangen door de inzet van ambulante zorg. Met betrekking tot het tekort aan pleegzorg wordt onderscheid gemaakt tussen het ontbreken van voldoende pleeggezinnen, het ontbreken van geld en/of personele capaciteit om de pleeggezinnen te begeleiden en het probleem dat voor sommige (met name oudere) kinderen en

meerdere kinderen uit één gezin (broers en zussen) moeilijk een geschikt pleeggezin kan worden gevonden.

### 3.5 Rol van de ketenpartijen

#### 3.5.1 Gehanteerde indicatiesystematiek

*Welke systematiek wordt gebruikt om op basis van de problematiek een indicatie op te stellen?*

In het kader van het landelijke project 'Verbetering indicatiestelling Bureau Jeugdzorg' (VIB) is recent door de branche een 'Handboek Indicatiestelling Bureaus Jeugdzorg' opgesteld (zie literatuuroverzicht in bijlage 2). Hierin wordt aangegeven dat de Bureaus Jeugdzorg met behulp van de (Quick)STEP instrument de ernst van de problematiek in kaart moeten brengen. De invoering van het nieuwe indicatieprotocol is in de ene regio verder gevorderd dan in de andere regio maar in alle regio's nog zo 'vers' dat er op dit moment nog geen effecten te meten zijn. In de dossiers die in het kader van dit onderzoek zijn bestudeerd, kon in één regio (Amsterdam) gebruik worden gemaakt van de gestandaardiseerde indeling in aard en ernst van de problematiek van wachtenden.

#### 3.5.2 Rol Bureaus Jeugdzorg bij bepaling urgentie en toewijzen vervangende zorg

*Welke rol spelen Bureaus Jeugdzorg bij het bepalen van de volgorde van jongeren op de wachtlijst en het toewijzen van vervangende zorg?*

Voor het bepalen van de urgentie wordt (nog) geen gebruik gemaakt van een objectieve methode. In voorkomende gevallen speelt Bureau Jeugdzorg wel een (adviserende) rol in het bepalen van de voorrang op de wachtlijst. Dit gebeurt dan (impliciet) aan de hand van criteria die in paragraaf 3.3.1 zijn beschreven. Vooral de afweging draaglast/draagkracht speelt hierbij een rol.

De draaglast heeft betrekking op:

- de aard en ernst van de problematiek;
- de beleving van de problematiek door de cliënt (mate van probleembesef);
- de gevolgen voor het dagelijks functioneren.

(bron: Handboek Indicatiestelling Bureaus Jeugdzorg).

Voor het toewijzen van vervangende zorg vindt volgens de geïnterviewde Bureaus Jeugdzorg een afweging plaats van diverse factoren:

- Ontvangt de jeugdige al hulp vanuit een ander domein? (bijvoorbeeld maatschappelijk werk, training sociale vaardigheden en dergelijke)?
- Is er sprake van een verhoogd risico?
- Wat is de lengte van de wachtlijst voor de eerst aangewezen zorg? (Bij korte wachttijd wordt minder vaak vervangende zorg geïndiceerd.)

Vaak wordt voor het bepalen van de urgentie en de noodzaak om vervangende zorg in te zetten, gebruik gemaakt van de deskundigheid van een gedragswetenschapper (orthopedagoog, GZ-psycholoog e.d.) of een multidisciplinair overleg en in ten minste één regio ook van een risicotaxatie-instrument. In sommige regio's (onder andere regio Amsterdam en provincie Overijssel) wordt ambulante zorg standaard als second best zorg geïndiceerd bij een indicatie voor verblijfszorg.

### 3.5.3 Wachtlijstbeheer en -begeleiding

*Hoe houden Bureau Jeugdzorg en/of de zorgaanbieder zicht op de ontwikkeling van de wachtende jeugdige, wanneer deze geen vervangende zorg, overbruggingszorg of zorg uit een ander domein ontvangt?*

#### **VERANTWOORDELIJKHEID**

Opmerkelijk is dat van de regionale ketenpartijen zowel provincies als Bureaus Jeugdzorg vinden dat ze geen wettelijke verantwoordelijkheid hebben voor het wachtlijstbeheer c.q. de begeleiding van cliënten die op de wachtlijst staan. De toeleiding naar het aanbod eindigt volgens hen op het moment dat een cliënt wordt overgedragen aan de beoogde zorgaanbieder en het casemanagement begint op het moment dat de zorglevering start. De tussenliggende wachtperiode valt daarmee buiten hun verantwoordelijkheid. Zorgaanbieders zijn formeel niet verantwoordelijk voor de wachtlijst maar hebben wel met de cliënten te maken die bij hen op zorg wachten. In dat kader hebben ze in meer of mindere mate contact met hen gedurende de wachttijd.

Wat het voor Bureaus Jeugdzorg lastig maakt is dat ze niet altijd een actueel beeld hebben van wie van hun cliënten wachtend is en wie niet omdat de berichtgeving door zorgaanbieders over wie ze in zorg hebben genomen niet of te laat plaatsvindt.

#### **CONTACT/BEGELEIDING DOOR BUREAU JEUGDZORG**

Als het gaat om geïndiceerde zorg in een vrijwillig kader wordt het contact met de cliënt onderhouden door een casemanager van Bureau Jeugdzorg. Indien er sprake is van een door de rechter uitgesproken jeugdbeschermingsmaatregel (gedwongen kader) wordt aan (het gezin van) de jeugdige een gezinsvoogd gekoppeld (ook wel jeugdbeschermer genoemd). Dit zijn wettelijke taken van het Bureau Jeugdzorg.

Het contact van Bureau Jeugdzorg met de jeugdige/ouders tijdens de wachttijd, is in een groot deel van de onderzoeksregio's niet intensief en op afstand, tenzij de situatie ernstig is. Het initiatief voor het opnemen van contact met Bureau Jeugdzorg ligt in principe bij de cliënt (jeugdige/ouders). Als er twijfels zijn over de stabiliteit van het cliëntensysteem en de jeugdige en/of diens ouders niet capabel genoeg worden geacht om zelf tijdig aan de bel te trekken, vindt bij de meeste bureaus een actievere 'monitoring' plaats. Hierbij wordt ook gebruik gemaakt van signalen uit het 'netwerk' van de jeugdige (huisarts, school, sportclub, consultatiebureau e.d.) en wordt regelmatig contact opgenomen met

de wachtende cliënt. Bureau Jeugdzorg Friesland kent hiervoor zelfs een aparte aanpak ('plusvariant' van het casemanagement). Uit dossieronderzoek bleek dat meer dan de helft van de jeugdigen geen contact gehad heeft met Bureau Jeugdzorg of een andere instantie gedurende de wachtperiode. De (beoogde) contactpersonen waren een casemanager van Bureau Jeugdzorg in ruim een kwart van de gevallen. Bij ongeveer een derde is het onbekend wie de (beoogde) contactpersoon was. In de overige gevallen was de (beoogde) contactpersoon iemand van de zorgaanbieder, een gezinsvoogd of de zorgaanbieder in combinatie met een casemanager.

Vijf geïnterviewde jeugdigen hebben slechte ervaring met de begeleiding door Bureau Jeugdzorg of Landelijk Werkende Instelling. De klachten die werden geuit zijn:

- er werd niet goed geluisterd;
- er werd niet of te laat gereageerd op signalen dat het slecht ging;
- afspraken werden niet nagekomen;
- de bereikbaarheid was slecht;
- ondersteuning ontbrak.

Eén cliënt was neutraal in zijn oordeel en gaf aan alleen contact met het Bureau Jeugdzorg te hebben gehad voor de indicatiestelling. Vier cliënten waren tevreden met de begeleiding van het Bureau Jeugdzorg, al gaf één van hen aan het jammer te vinden dat er werd gewisseld van contactpersoon.

Hoewel er te weinig cliënten zijn geïnterviewd om algemene uitspraken te kunnen doen, is het beeld van cliënten/ouders over het contact met Bureau Jeugdzorg gedurende de wachttijd, overwegend negatief.

#### **CONTACT/BEGELEIDING DOOR ZORGAANBIEDERS**

In de praktijk blijkt een klein deel van de zorgaanbieders de kloof tussen 'toeleiding' en 'casemanagement' te overbruggen. Zij onderhouden dan meer contact met 'hun' wachtenden dan Bureau Jeugdzorg. In de stadsregio Amsterdam is deze taak zelfs formeel bij de zorgaanbieders neergelegd. Zorgaanbieders geven invulling aan deze taak in de vorm van wachtlijstbegeleiding. Toch gaf het merendeel van de geïnterviewde cliënten aan weinig tot geen contact met hun zorgaanbieder te hebben in de wachtperiode.

### **3.5.4 Afhandeling crisissituaties**

*Hoe wordt duidelijk dat crisiszorg nodig is? Wordt dit tijdig gesignaleerd en is crisiszorg snel te realiseren?*

Crisissituaties kunnen langs verschillende wegen worden gesignaleerd en aangemeld (jeugdige zelf, ouders, hulpverlener, politieagent en andere personen in de omgeving van de cliënt). In alle onderzoeksregio's wordt een crisisprocedure gevolgd en is een speciaal crisisaanbod beschikbaar, waarin provincie/GSR, Bureau Jeugdzorg en de (grotere) zorgaanbieders samenwerken. Er is in elke regio een crisisteam of team spoedeisende hulp dat dag en nacht bereikbaar is

via een centraal toegangsnummer. Er kan vrijwel direct worden begonnen met de crisisinterventie, vaak al binnen enkele uren en in de onderzoeksregio's altijd binnen 24 uur.

Naast een ambulante crisisprogramma heeft elke provincie/regio crisisopvangplaatsen ('noodbedden') voor als de jeugdige direct uit huis moet worden geplaatst. Als het aantal crisisplaatsen te krap is, wordt uitgeweken naar aanbod buiten de regio. Voor de crisiszorg hebben de provincies/GSR's veelal een specifiek crisisbudget gereserveerd. De jeugdige kan maximaal vier weken een beroep doen op crisiszorg.

Aan de onderzoeksregio's is gevraagd om gegevens met betrekking tot zowel de herkomst als de bestemming van jeugdigen na een crisissituatie aan te leveren. Twee regio's hebben op dit onderdeel gegevens aangeleverd. Deze waren echter onvoldoende bruikbaar om conclusies aan te verbinden.

## 4. Conclusies

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste conclusies ten aanzien van de onderzoeksdoelstellingen weergegeven. Deze doelstellingen waren:

1. Het verkrijgen van inzicht in de aard en urgentie van de problematiek van jeugdigen die op de wachtlijst staan.
2. Het verkrijgen van inzicht in de mate waarin jeugdigen die wachten op provinciale jeugdzorg, de wachttijd op verantwoorde wijze kunnen overbruggen.
3. Het verkrijgen van inzicht in de wijze waarop door de provinciale/regionale ketenpartijen (provincies/grootstedelijke regio's, Bureaus Jeugdzorg en aanbieders van provinciale jeugdzorg) wordt omgegaan met de wachtlijsten.

Hierna worden deze doelstellingen per paragraaf uitgewerkt. Daarbij worden eerst de belangrijkste bevindingen uit het onderzoek puntsgewijs samengevat, waarna een conclusie wordt getrokken.

### 4.1 Aard en urgentie van wachtenden

1. Uit het kwalitatieve onderzoek blijkt dat jeugdigen die worden geïndiceerd voor provinciale jeugdzorg in het algemeen te maken hebben met vrij ernstige psychosociale problemen, die leiden tot gedrags-, opvoedings- en/of leerproblemen. Dit wordt ondersteund door de resultaten uit het dossieronderzoek waaruit blijkt dat ongeveer driekwart van de onderzochte jeugdigen te maken heeft met matige tot ernstige problematiek. Gedragsproblematiek, psychische problematiek en ontwikkelingsachterstanden zijn de meest voorkomende problemen.
2. Een eenduidige indeling in urgentie van wachtenden is in de huidige situatie niet goed mogelijk omdat:
  - De ontwikkeling en invoering van landelijk uniforme urgentiecriteria niet is afgerond.
  - De provinciale/regionale ketenpartijen niet gewend zijn om op deze manier naar wachtenden te kijken. Hier wordt ook enige weerstand tegen gevoeld omdat men vindt dat elke geïndiceerde jeugdige op tijd in zorg genomen zou moeten kunnen worden.
3. Ondanks het ontbreken van landelijk uniforme urgentiecriteria vindt in de praktijk wel een prioritering van wachtenden plaats. Regionaal wordt dit verschillend ingevuld door zorgaanbieders en/of Bureaus Jeugdzorg. Prioritering vindt onder meer plaats op basis van de volgende criteria:
  - veiligheid cliënt;
  - risico op escalatie van de situatie;
  - kenmerken cliënt (leeftijd, geslacht en problematiek/stoornis/beperking);
  - benodigde zorg;
  - de eventueel al aanwezig hulp/zorg;

- draagkracht van het 'cliëntsysteem' (gezinssituatie, aanwezigheid van een sociaal vangnet e.d.);
- mate van probleembesef en motivatie voor het oplossen ervan bij cliënt en/of ouders.

Dat prioritering in de praktijk wel wordt toegepast, komt ook naar voren uit de bestudeerde dossiers. Hoge urgentie (in de definitie van de onderzoekers) lijkt voornamelijk voor te komen bij jeugdigen met een wachttijd korter dan een half jaar. Hieruit kan worden afgeleid dat urgente cliënten in de praktijk sneller in zorg worden genomen.

4. Naar aanleiding van de in de praktijk door de BJJ gehanteerde urgentiecriteria, worden onder meer de volgende risicogroepen onderscheiden, waarbij één of meer van de hiervoor genoemde criteria een rol spelen:
  - tienermeisjes die:
    - worden bedreigd vanwege eerwraak;
    - in de prostitutie belanden, bijvoorbeeld via een loverboy;
    - zwanger zijn of een kind hebben.
  - zwerfjongeren;
  - jeugdigen met een verstandelijke beperking en/of psychische problemen;
  - jeugdigen in een 'probleemgezin' (bijvoorbeeld bij verslaving of een handicap ouder(s));
  - jeugdigen die ernstig probleemgedrag vertonen;
  - jonge kinderen (<6 jaar) die in hun ontwikkeling worden bedreigd.
  
5. In drie van de vijf regio's is sprake van een voortijdige uitval van wachtenden van 20% tot 25% (geschat op basis van uitspraken tijdens interviews), dat wil zeggen voordat een passend zorgaanbod beschikbaar is. Deze cliënten trekken hun zorgvraag in omdat de geïndiceerde zorg niet meer nodig is of op een andere wijze is ingevuld of omdat men onvoldoende probleembesef heeft en/of niet (meer) gemotiveerd is. Bij een deel de cliënten die op de wachtlijst blijven staan blijft de problematiek stabiel, bij een ander deel verergert tot crisissituaties (zie 4.2).

#### **CONCLUSIE**

Met betrekking tot het bepalen van de aard en urgentie van wachtenden op provinciale jeugdzorg wordt geconcludeerd dat een eenduidige en geaccepteerde methodiek in het veld ontbreekt. Dat betekent dat de gegevens met betrekking tot de ernst van de problematiek van wachtenden regionaal niet zijn te bundelen tot één landelijk niveau. Er is weliswaar een instrument (STEP), maar dat wordt nog niet overal toegepast. Bovendien spelen bij het onderscheid tussen licht, matig en ernstig subjectieve aspecten en regionale verschillen (visie) een rol. Tegelijkertijd blijkt dat indicatiestellers terughoudend zijn bij het objectiveren van de urgentie en gradaties van ernst. Daarmee kan voor hen een mogelijkheid ontvallen om op basis van situationele factoren tot handelen over te gaan. Dat bij de verdeling van schaarste wel urgentieoverwegingen een rol spelen, is in dit onderzoek gebleken. Echter meer op basis van persoonlijke interpretatie door de



betrokken professional in dialoog met de cliënt, de familie en de aanbieder, dan op basis van geobjectiveerde criteria.

#### 4.2 Wijze waarop wachttijd wordt overbrugd

1. Tijdens de wachtperiode ontvangt 25-40% van de cliënten vervangende zorg:
  - Naarmate een cliënt urgenter wordt bevonden, wordt vaker overbruggingszorg ingezet en is de wachttijd korter.
  - Jeugdigen die ouder zijn dan 12 jaar, ontvangen vaker overbruggingszorg in vergelijking tot jeugdigen van 12 jaar of jonger.
  - De vervangende zorg is niet altijd adequaat, bijvoorbeeld als het gaat om wachtenden op verblijfszorg die ambulante zorg ter overbrugging van de wachttijd ontvangen.
  - Er lijkt een tekort aan ambulante zorg om alle wachtenden te voorzien van een tijdelijk alternatief.
  
2. Voor de 60-75%<sup>6</sup> die tijdens de wachtperiode nog geen enkele vorm van zorg krijgt, geldt het volgende:
  - Voor een deel van de cliënten is dit niet erg omdat de problematiek tijdens de wachtperiode vermindert of zelfs verdwijnt of omdat de omgeving van de cliënt voldoende draagkracht heeft om de situatie aan te kunnen.
  - Bij een deel van de cliënten neemt hierdoor de ernst van de problematiek toe en dit leidt bij 10-20% van alle wachtenden tot een crisissituatie.
  - Indien sprake is van een crisis vindt vaak binnen enkele uren (en altijd binnen 24 uur) een interventie plaats.
  - Alle onderzoeksregio's hanteren een bepaalde crisisprocedure, beschikken over een crisisteam en beschikken voor een crisisaanbod waarin provincie/GSR, Bureau Jeugdzorg en zorgaanbieders samenwerken.
  
3. Cliënten (jeugdigen/ouders) lijken tekortkomingen te ervaren in de mate waarin ze worden begeleid en geïnformeerd gedurende de wachtperiode:
  - Bij ruim de helft van de jeugdigen vindt na de indicatiestelling geen contact met hen plaats in de wachtperiode.
  - Het initiatief voor het contact ligt in het algemeen bij de cliënt.
  - Alleen bij instabiele situaties of cliënten die niet capabel zijn om zelf tijdig aan de bel te trekken, vindt een actieve monitoring plaats.

#### CONCLUSIE

Met betrekking tot de manier waarop in de praktijk wordt omgegaan met de wachtenden op provinciale jeugdzorg, wordt geconcludeerd dat er nog onvoldoende structureel aan actieve wachtlijstbegeleiding wordt gedaan. Een groot

<sup>6</sup> Op basis van de kwantitatieve gegevens die in het kader van dit wachtlijstonderzoek zijn verzameld ontvangt 62% van de jeugdigen die wacht geen overbruggingszorg. Uit het dossieronderzoek bleek dit aantal 75% te zijn. Het dossieronderzoek betreft een beperkte steekproef.

aantal cliënten heeft geen contact of uitsluitend op eigen initiatief. De betrokken professionals hebben niet alle wachtende cliënten voldoende in beeld. Soms is er rond een beperkte groep een vorm van actief casemanagement georganiseerd. Het beleid is vooral afgestemd op het oplossen van crisis. De afspraken rondom crisisopvang zijn dan wel overal goed geregeld.

Op basis van de gesprekken met partijen en de aangeleverde gegevens kan worden geconstateerd dat ruim 60% van de cliënten geen alternatieve zorg krijgt aangeboden. Vaak is met deze cliënten vrijwel geen contact. Het is ook opvallend dat een deel van de cliënten van de wachtlijst verdwijnt (dus zonder alternatief aangeboden te hebben gekregen). Bij een aantal cliënten lijkt de alternatieve zorg adequaat te zijn, zodat zij van de wachtlijst af kunnen. De begrippen vervangende zorg, overbruggingszorg, second-best zijn niet eenduidig en worden wisselend gebruikt en ingevuld.

### 4.3 Rol van provinciale/regionale ketenpartijen

1. De verantwoordelijkheid voor cliënten die wachten op provinciale jeugdzorg is volgens provincies/GSR's en Bureaus Jeugdzorg formeel niet geregeld. Wel zijn er regionaal samenwerkingsafspraken/protocollen gemaakt. In de praktijk worden deze niet altijd nageleefd. In ene regio draagt bureau Jeugdzorg de verantwoordelijkheid voor de wachtende en in andere regio's is dit de zorgaanbieder of er is sprake van een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Daarnaast wordt de wachtlijstbegeleiding (zowel frequentie als inhoud) verschillend ingevuld.

In kader van onderzoek is naar voren gekomen dat een van de redenen waarom partijen de taken niet altijd uitvoeren is, het ontbreken van geld (bijv. zorgaanbieder wordt pas gefinancierd vanaf het moment dat de jeugdige in zorg is. Het is voor de aanbieder niet lucratief om veel te investeren in begeleiding. Dit gaat ook op voor BJZ (hoofdtak indicatiestelling)).

2. Over de landelijke wachtlijstdefinitie en wachtlijstuitvraag door het ministerie, wordt door provincies, Bureaus Jeugdzorg, zorgaanbieders en cliënten het volgende opgemerkt:
  - De landelijke definitie is door provincies goed te hanteren.
  - Met betrekking tot de grens van negen weken: er komen ook urgente cliënten voor in de categorie die korter dan negen weken op de wachtlijst staan.
  - Er moet voorkomen worden dat met het maken van onderscheid tussen een netto en bruto wachtlijst de indruk wordt gewekt dat de mensen die op de netto lijst staan, d.w.z. wachtenden zonder zorg, problematischer zijn dan mensen die al enige zorg ontvangen. Een belangrijk deel (ongeveer 30%) van de cliënten met zorg heeft namelijk een hoge urgentie. Het gaat dan vooral om jeugdigen die zijn geïndiceerd voor verblijfszorg (in pleeggezin of residentieel) die gedurende de wachttijd ambulante zorg krijgen. Er zijn ook jeugdigen die urgent wachten op ambulante zorg en geen zorg ontvangen gedurende de wachtlijst.

- Het nut van het onderscheid tussen geïndiceerde en vrij toegankelijke provinciaal gefinancierde jeugdzorg is in de praktijk niet duidelijk.
  - Het moment waarop de wachttijd start is landelijk, maar ook regionaal niet ondubbelzinnig gedefinieerd. Veelal is het uitgangspunt dat de wachttijd start op de afgifte datum van de indicatie, maar er zijn ook regio's waar de datum wordt gehanteerd waarop het besluit bij de zorgaanbieder binnen is. Ook blijkt dat het lastig is de wachttijd te bepalen als er sprake is van meerdere indicaties/aanspraken waarvan het besluit op een verschillende datum is afgegeven.
  - De landelijke wachtlijstgegevens bevatten geen/nauwelijks dubbeltellingen.
3. De omvang en samenstelling van de wachtlijst verschilt sterk per provincie/regio. Dit heeft onder meer te maken met:
- Het in de provincie/regio gehanteerde beleid ten aanzien van:
    - Indicatiestelling: rekening houden met schaarste van het aanbod.
    - Opvattingen over welke zorgvormen meer en minder geschikt zijn voor bepaalde cliëntcategorieën.
    - Het verkorten van de behandelduur door de behandeltrajecten effectiever te maken.
  - De beschikbare capaciteit van jeugdzorg- en andere/aanpalende voorzieningen.
  - De doorstroommogelijkheden naar lichtere of zwaardere vormen van zorg.
  - Het effect van substitutie tussen zorgvormen (het wederzijds bezet houden van capaciteit door wachtenden).
4. Er zijn in de onderzoeksregio's verschillende afspraken met betrekking tot het actueel houden van de wachtlijsten. Veelal is de procedure dat aanbieders Bureau Jeugdzorg informeren op welke datum jeugdigen in zorg zijn genomen. Dit kan periodiek per maand (totaaloverzicht per maand) of per direct (individuele melding start levering zorg) worden gedaan. Voor het opleveren van wachtlijstcijfers doen de Bureaus Jeugdzorg een extra bewerking.
- Ten behoeve van de landelijke rapportages is er wel een goed (kwantitatief) beeld (veelal door intensief screenen van de wachtlijst op dat moment op dubbeltellingen, actualiteit et cetera). Bureaus Jeugdzorg en aanbieders werken hierin samen.

#### **CONCLUSIE**

Met betrekking tot de rol van de provincie en de regionale ketenpartijen wordt geconcludeerd dat hierbij grote verschillen voorkomen. Er is geen duidelijkheid als het gaat om de verantwoordelijkheid ten aanzien van de wachtlijsten en dat leidt er toe dat er geen sprake is van eenduidig wachtlijstmanagement in het land. Dit hangt deels samen met het ontbreken van heldere landelijke definities en het ontbreken van landelijk gedeelde afspraken rondom het omgaan met wachtlijsten. De verschillende werkwijzen dragen er toe bij dat de wachtlijsten voor wat betreft aard en omvang niet vergelijkbaar zijn.

## 5. Aanbevelingen

In dit slothoofdstuk worden een aantal opvallende aspecten uit het onderzoek samengevat en vertaald in enkele aanbevelingen.

### **LANDELIJKE WACHTLIJST EN REGIONALE VERSCHILLEN**

Uit het onderzoek is gebleken dat tussen de vijf onderzoeksregio's aanzienlijke verschillen voorkomen in de wachtlijsten: relatieve omvang en de wijze waarop met de informatie daaruit en de wachtenden zelf wordt omgegaan. Deze bevindingen zijn voorgelegd aan de bij dit onderzoek betrokken organisaties en aan vertegenwoordigers van regio's die niet aan het onderzoek hebben meegedaan. Zij bevestigen dit beeld. Hiermee wordt niet gezegd dat er niet goed gewerkt wordt, er zijn verschillen in visie en aanpak. Dat betekent dat de landelijke wachtlijstgegevens tegen de achtergrond van deze verschillen dienen te worden geïnterpreteerd.

Om te komen tot een eenduidige landelijke wachtlijst voor de provinciaal gefinancierde jeugdzorg, die kan worden gebruikt als basis voor landelijk beleid, wordt de volgende aanbeveling gedaan:

*Er zijn afspraken nodig om op landelijk niveau een zinvolle betekenis te geven aan de wachtlijsten voor provinciale jeugdzorg.*

Deze afspraken hebben betrekking op de volgende aspecten:

- Er is behoefte aan de vaststelling en toepassing van een uniform begrippenkader waarin (o.a.) wordt gedefinieerd wanneer normale wachttijd problematisch wordt en wat onder overbruggingszorg en vervangende zorg wordt verstaan.
- Er dienen procedurele afspraken te worden gemaakt over hoe wordt omgegaan met jeugdige cliënten op de wachtlijst. Deze afspraken moeten duidelijk maken wie waarvoor verantwoordelijk is, hoe met de wachtende cliënt en het gezin contact wordt onderhouden en welke rol de verschillende ketenpartners (Bureau Jeugdzorg, aanbieders) hebben.

### **UNIFORMITEIT EN 'HARDHEID' INDICATIESTELLING**

Bij dit onderzoek is in aanvang uitgegaan van een zekere 'hardheid' en uniformiteit van de indicatiestelling als geobjectiveerde vertaling van de vraag van een cliënt in de noodzakelijke geachte vorm van provinciale jeugdzorg. Tijdens het onderzoek zijn verschillende aanwijzingen naar voren gekomen dat hierbij vraagtekens kunnen worden gesteld.

Het blijkt bijvoorbeeld dat:

- in een aantal gevallen de vervangende zorg adequaat is;
- dat de beschikbaarheid van voorzieningen en de visie op de aanpak van de problematiek van invloed zijn op de indicatiestelling;
- een flink deel van de wachtlijst (geschat wordt 20 à 25%) verdampt, zonder dat de betreffende cliënt enige vorm van zorg ontvangt.

Als gevolg daarvan kunnen vragen worden gesteld over de kwaliteit van de indicatiestelling. Het is de vraag in hoeverre de oorspronkelijke indicatie de

enige en beste geobjectiveerde weergave is van de werkelijke zorgbehoefte van de cliënt. Ook is duidelijk geworden dat landelijke uniformiteit bij indicatiestelling ontbreekt. Dit leidt tot de volgende aanbeveling:

*De kwaliteit en uniformiteit van de indicatiestelling voor provinciale jeugdzorg behoeven verbetering.*

Een goede indicatiestelling is in het kader van landelijke wachtlijsten een voorwaarde. Zonder een eenduidig gedefinieerde en op overeenkomstige wijze uitgevoerde indicatiestelling, geven de provinciale wachtlijsten geen goed beeld van de wachtlijstproblematiek op landelijk niveau.

#### **URGENTIECRITERIA EN RISICOGROEPEN**

Een belangrijk instrument bij het beheer van wachtlijsten is het hanteren van objectieve criteria rondom urgentie en ernst van de problematiek. Aan de hand van dergelijke criteria kan schaarste op inhoudelijke gronden worden verdeeld. Dergelijke criteria zijn momenteel niet expliciet geformuleerd. Bovendien lijkt er een zeker terughoudendheid in het veld te bestaan om urgentiecriteria te expliciteren.

Ten aanzien van de registratie van de ernst van de problematiek zijn inmiddels wel landelijke afspraken gemaakt in het kader van het VIB-traject (Verbetering indicatiestelling Bureau Jeugdzorg). Ook zijn er afspraken gemaakt over de invoering van prestatie-indicatoren. Deze worden momenteel in de praktijk ingevoerd waarbij de afspraak is gemaakt dat dit met ingang van 2010 volledig is geïmplementeerd. Daarnaast wordt in alle provincies een instrument voor risicotaxatie ingevoerd in het kader van het project 'Beter Beschermd' (jeugdbescherming).

Het was in dit onderzoek aanvankelijk de ambitie om, zoveel mogelijk op objectieve gronden, cliëntgroepen aan te wijzen waarvoor de wachtperiode een risico inhoudt. Bij de constructie van dergelijke risicogroepen spelen criteria van urgentie en ernst van de problematiek een grote rol. Vanwege de (grote) regionale verschillen en het ontbreken van landelijke, eenduidige en gedeelde, objectieve criteria evenals het ontbreken van structurele registratie van cliëntkenmerken, is dit niet mogelijk gebleken. Wel zijn, in samenspraak met de professionals in de onderzoeksregio's, enkele categorieën van cliënten benoemd waarvoor de wachtperiode voornamelijk risicovol kan zijn.

Op grond van het bovenstaande doen de onderzoekers de volgende aanbeveling:

*Er zullen herkenbare klantgroepen of risicogroepen moeten worden ontwikkeld om duidelijk te maken in welke mate het bestaan van een wachtlijst voor deze groepen een risico vormt en om de aanpak van de wachtlijstproblematiek specifiek op de verschillende klantgroepen te richten, zodat de aanpak effectiever wordt.*

Het begrip 'urgentie' dient bij deze risicogroepen te worden verwerkt in de beschrijving. Een klantgroep of risicogroep wordt dan gedefinieerd door

cliëntkenmerken (zoals leeftijd, ontwikkelingsfase, draagkracht van het gezin/systeem, aard en ernst van de problematiek), indicatiekenmerken (belangrijkste hulpvraag, noodzakelijk geacht primair hulpaanbod, urgentie) en kenmerken van het gewenste aanbod. Bij elk van deze risicogroepen kan dan worden beschreven wat een acceptabele wachttijd (normtijd) is en op welke wijze cliënten op de wachtlijst kunnen worden begeleid, bijvoorbeeld met alternatieve vormen van hulpaanbod.

#### **WACHTLIJSTEN EN (INZICHT IN) CAPACITEIT**

Uit het onderzoek is gebleken dat sommige cliënten met een indicatie die niet ingevuld kan worden (wachtlijstcliënten dus), afzien van hulp vanwege (te) lange wachttijden. Als nu, bijvoorbeeld door capaciteitsuitbreiding, de wachttijd voor een bepaalde voorziening korter wordt, dan kan dat tot gevolg hebben dat de vraag naar die voorziening toeneemt. De verwachting is dat cliënten die nu vanwege de te lange wachtlijst afhaken, dan niet meer zullen afhaken. Feitelijk betekent dit dat er een relatief grotere capaciteitsuitbreiding moet worden gedaan dan op basis van de oorspronkelijke wachtlijst mag worden verwacht. Vanuit de sector GGZ is bekend dat bepaalde problematiek bij wachtenden 'vanzelf' verdwijnt na verloop van tijd. Kritische beoordeling van de wachtlijst blijft derhalve noodzakelijk in relatie tot de instroom (indicatiestelling) en de ontwikkeling van de capaciteit van het betreffende aanbod. Momenteel is het lastig hierover op eenvoudige en eenduidige wijze informatie uit het veld beschikbaar te krijgen. De bestaande registratie (IJ) is daarop niet ingericht en er zijn regionale verschillen in de inhoud van die registraties en de werkwijzen. Op grond daarvan wordt de volgende aanbeveling gedaan:

*Aanpassing van het bestaande registratiesysteem tot een jeugdzorgbreed informatiesysteem, waarmee het inzicht in wachtlijsten en de effecten van inspanningen om die weg te werken wordt vergroot.*

Een dergelijk registratiesysteem maakt continue analyse mogelijk van (de ontwikkeling van) vraag (indicatiestelling) en aanbod (capaciteit). Wanneer die registratie cliëntgebonden wordt opgezet, kan daarmee het proces van wachtlijstbegeleiding worden gefaciliteerd en gemonitord. Dit biedt tevens de mogelijkheid om de wachtlijstproblematiek vanuit risicogroepen te benaderen.

#### **VERANTWOORDELIJKHEDEN EN AANPAK**

Een belangrijk probleem bij de huidige wachtlijstproblematiek lijkt te zijn dat de verantwoordelijkheden nergens scherp zijn neergelegd. Zoals in dit onderzoek is geconstateerd wordt er bij partijen in het veld in de diverse regio's verschillend omgegaan met de wachtlijstproblematiek. Mede daardoor zijn naar het inzicht van de onderzoekers de wachtlijsten van uit de verschillende regio's niet goed onderling vergelijkbaar. Om te komen tot een sluitende aanpak van de wachtlijsten, is het allereerst van belang dat de verantwoordelijkheden rond de wachtlijstproblematiek helder wordt gedefinieerd, waarbij duidelijk moet worden welke rol de ketenpartijen hebben en welk resultaat daarvan mag worden verwacht.

Alle voorgaande aanbevelingen komen dan ook samen in deze laatste:

*De aanpak van de wachtlijsten in de (provinciale) jeugdzorg kan een impuls krijgen door regionale initiatieven om de wachtlijstproblemen structureel te gaan oplossen, in combinatie met een landelijke regie of coördinatie op deze aanpak.*

De inzet van (extra) middelen voor de capaciteit in de jeugdzorg krijgen in het kader van een brede aanpak een passende plek naast andere instrumenten gericht op de aanpak van de wachtlijsten. Alle hier genoemde aanbevelingen kunnen integraal worden opgepakt. Het lijkt de onderzoekers hierbij van belang dat de initiatieven vanuit de sector voorop moeten komen te staan. Enige vorm van landelijke regie op deze initiatieven kan de regionale aanpak versterken. Het programmaministerie kan daarbij ondersteunen en faciliteren.

**Gevraagde wachtlijstcijfers 1 oktober 2008 per provincie**

	<b><u>Aantal kinderen &gt; 9 wk 1 oktober 2008</u></b>
<b>1. Bruto wachtlijst</b> (zie definitie onder 1)	
2. Af: cliënten die in de wachtperiode een vorm van <i>geïndiceerde provinciaal gefinancierde</i> jeugdzorg ontvangen (Zie definitie onder 2)	
1 minus 2 <b>(Nettowachtlijst a)</b>	
3. Af: cliënten die in de wachtperiode een vorm van <i>niet geïndiceerde provinciaal gefinancierde</i> jeugdzorg ontvangen (Zie definitie onder 3)	
1 minus 2 minus 3 <b>(Nettowachtlijst b)</b>	

**Toelichting wachtlijstdefinitie**

**1. Bruto wachtlijst voor provinciale jeugdzorg**

**DEFINITIE**

- a) Unieke cliënten die
- b) langer dan 9 weken
- c) wachten op geïndiceerde jeugdzorg
- d) voor zover deze geïndiceerde jeugdzorg door de provincie wordt bekostigd

Het betreft hier dus alleen cliënten die wachten op geïndiceerde en provinciaal gefinancierde jeugdzorg. Cliënten die wachten op geïndiceerde jeugdzorg die niet door de provincie wordt gefinancierd, zoals jeugd-GGZ of jeugd-LVG, worden hier dus niet meegeteld.

**2. Cliënten op de bruto-wachtlijst die in de wachtperiode een vorm van provinciaal gefinancierde geïndiceerde zorg ontvangen**

**DEFINITIE**

Aantal van de onder 1 (brutowachtlijst) bedoelde cliënten dat:

- a) een vorm van geïndiceerde jeugdzorg ontvangt waarop aanspraak bestaat
- b) die door de provincie wordt gefinancierd



Hierin worden derhalve niet meegeteld cliënten die in de wachtperiode andere geïndiceerde zorg ontvangen dan provinciaal gefinancierde geïndiceerde jeugdzorg, in het bijzonder jeugd-GGZ, jeugd-LVG of PGB.

**3. Cliënten op de brutowachtlijst die in de wachtperiode een vorm van niet-geïndiceerde provinciaal gefinancierde jeugdzorg ontvangen**

**DEFINITIE**

Het aantal van de onder 1 (brutowachtlijst) bedoelde cliënten dat een vorm van jeugdzorg krijgt die:

- a) door de provincie wordt gefinancierd
- b) niet valt onder de geïndiceerde jeugdzorg

Het betreft hier dus uitdrukkelijk niet-geïndiceerde (= vrij toegankelijke) jeugdzorg en alleen voor zover deze door de provincie wordt gefinancierd. Dit zal naar verwachting vooral vrij toegankelijke ambulante zorg door bureau jeugdzorg zijn. Maar als andere vormen van niet geïndiceerde maar wel door de provincie gefinancierde jeugdzorg aan de orde zijn, dienen deze cliënten op de bruto-wachtlijst eveneens hier in mindering te worden gebracht.

Cliënten die andere zorg dan provinciaal gefinancierde zorg krijgen worden niet meegeteld (bijvoorbeeld gemeentelijke zorg, thuiszorg et cetera).

**BRIEVEN AAN DE VOORZITTER VAN DE TWEDE KAMER DER STATEN-GENERAAL**

- Interprovinciaal overleg (IPO) (5 juni 2008) Beantwoording vragen over wachtlijsten in de jeugdzorg. Kenmerk COM 01930/2008
- Minister van Jeugd en Gezin (19 juni 2008) Voortgang Versnelling in Verbetering van wachtlijsten in de jeugdzorg en invoering nieuwe financiering jeugdzorg. Kenmerk JZ/GZ-2858530
- Minister van Jeugd en Gezin (5 september 2008) Stand van zaken wachtlijsten in de jeugdzorg en invoering nieuwe financiering jeugdzorg. Kenmerk JZ-CB-U-2683112

**BRANCHERAPPORTAGES**

- MOgroep (2007) Brancherapport Bureaus Jeugdzorg 2007
- MOgroep (2007) Brancherapport Zorgaanbieders Jeugdzorg 2007

**PUBLICATIES AMSTERDAM**

- Beleidsrapportage Stadsregio Amsterdam. Jaarrapport 2007, BJZ Amsterdam
- Wachtlijstgegevens, BJZ Amsterdam
- Inkoopadvies 2009, BJZ Amsterdam

**PUBLICATIES FLEVOLAND**

- Wachtlijstgegevens, BJZ Flevoland
- Kwartaalrapportage AMK, BJZ Flevoland
- Implementatieplan VIB versie 17 augustus 2007
- Beleidsinformatie 2<sup>e</sup> kwartaal 2008, BJZ Flevoland

**PUBLICATIES FRIESLAND**

- Het casemanagement van Bureau Jeugdzorg Friesland. Implementatieplan (februari 2008), BJZ Friesland
- Protocol voor risico-escalatie (juni 2006), BJZ Friesland
- Voorbeeld indicatiebesluit

**PUBLICATIES NOORD BRABANT**

- Folder spoedeisende jeugdzorg (augustus 2008), BJZ Noord Brabant
- Wachtlijstgegevens, BJZ Noord Brabant

**PUBLICATIES OVERIJSSSEL**

- Wachtlijstgegevens, BJZ Overijssel
- Provincie Overijssel (september 2008) Ontwerp beleidskader Jeugdzorg Overijssel 2009-2012
- Provincie Overijssel (september 2008) Ontwerp uitvoeringskader Jeugdzorg Overijssel 2009

**OVERIGE PUBLICATIES**

- Baecke, J.A.H., Kouwenhoven, A.J.J. en Kraa, D.P. de (2008) IPO - Rapport onderzoek wachtlijstgegevens in de jeugdzorg. Projectnummer (BMC) 106224
- Leeuwen, B. van, Naborn, E. en Vink, S. (2007) Wachtlijsten in de jeugdzorg, een analyse. Onderzoeks- en Verificatie Bureau (OVb)
- MOgroep (2007) Handboek Indiciestelling Bureaus Jeugdzorg. Utrecht: MOgroep
- Yperen, T. van, Berg, G. van den, Eijgenraam, K. en Graaf, M. de (2006) (Quick)STEP. Standaard Taxatie Ernst Problematiek. Handleiding 2006. Utrecht: NIZW Jeugd.

### **TRIANGULATIE**

Deze methode houdt in dat de informatie en gegevens die worden verzameld bij één bron, op geldigheid worden getoetst door deze met ten minste twee andere bronnen te vergelijken. Het voordeel van deze methode is dat met relatief weinig gegevens een zo duidelijk en volledig mogelijk beeld van de problematiek kan worden verkregen. Als de uitkomsten eenduidig zijn, zullen de resultaten vanuit de verschillende invalshoeken elkaar versterken. Indien de problematiek divers van aard is, zullen de verschillende benaderingen inzicht geven in de diverse facetten van de problematiek. Deze methode is geschikt voor situaties waarin in korte tijd een zo compleet mogelijk beeld moet worden geschetst van een bepaalde probleemstelling, zoals bij dit onderzoek het geval is.

### **DELPHI METHODE**

De onderzoeksaanpak is gebaseerd op de Delphi-methode. Deze methode wordt toegepast om overeenstemming te krijgen over een vraagstelling door het raadplegen van (ervarings-) deskundigen die elk vanuit een bepaalde discipline bij die vraagstelling betrokken zijn. Deze methode is vooral geschikt als de vraag niet goed op een andere wijze kan worden beantwoord. Hoewel er sprake zal zijn van een subjectieve inschatting door deskundigen, die (nog) niet kan worden onderbouwd met objectieve ('harde') gegevens uit bijvoorbeeld een registratiesysteem, levert dit in de praktijk een redelijk betrouwbaar beeld op, vooral als de inschattingen elkaar bevestigen.

### **INTERVIEWS**

Met de interviews is beoogd meerdere 'experts' te bevragen, elk vanuit een eigen invalshoek. Door deze invalshoeken te combineren was de verwachting dat er een eenduidig beeld zou ontstaan over de indeling van de wachtlijst in bepaalde categorieën meer en minder urgente wachtenden én over de kwantitatieve verhouding tussen deze categorieën.

### **DOSSIERONDERZOEK**

Een beperkt aantal dossiers (in totaal 47) is bestudeerd met het volgende doel:

- het toetsen van de resultaten die verkregen zijn uit de interviews;
- het leveren van aanvullende gegevens over de gevonden cliëntcategorieën (o.a. leeftijd, geslacht, gezinssituatie e.d.);
- het illustreren van de onderzoeksresultaten met concrete praktijkvoorbeelden.

Het gaat om dossiers van cliënten die recent, dat wil zeggen korter dan drie maanden voor de start van het onderzoek, op de wachtlijst hebben gestaan, zodat de gehele wachtperiode in beeld is.

**BEGELEIDINGSKOMMISSIE**

mr. S.N. van Muijden	Directie Jeugdzorg
drs. G. Ruis	Directie Jeugd en Gezin
mr. P. Grob	Directie Justitieel Jeugdbeleid

**KLANKBORDGROEP**

M. de Wilde	Interprovinciaal Overleg (IPO)
I. Keuzenkamp	Interprovinciaal Overleg (IPO)
ir. J. van Sluis	MOgroep Jeugdzorg
A. Verburg	MOgroep Jeugdzorg
drs. M. Knaap	Nederlands Jeugdinstituut (NJI)
A. Wolff	Landelijk Cliëntenforum Jeugdzorg (LCFJ)

**ONDERZOEKSTEAM BUREAU HHM**

ir. G. Vernhout (tevens projectleider)
drs. C.M. IJland
ir. A.I.P. Frank
drs. J.E.A. Hartmans-Menting
drs. M.R. Hengeveld
drs. E.M. Jeckmans
drs. I.S. Oude Avenhuis
drs. A. van Dijk-Jonkman

Ten behoeve van het onderzoek zijn tien telefonische interviews met cliënten gevoerd, waarvan twee met jeugdigen zelf en acht met een ouder.

#### **ALGEMENE INFORMATIE**

Deze interviews hadden betrekking op vijf jongens en vijf meisjes, variërend in leeftijd van 3 tot 17 jaar, om precies te zijn: vijf jeugdigen in de leeftijd tot en met 12 jaar en vijf jeugdigen ouder dan 12 jaar.

Twee geïnterviewden waren nog wachtend op het moment dat het interview plaatsvond. Zij ontvingen al wel andere zorg. Voor de overige acht was de wachtduur al beëindigd, waarbij één gekozen heeft voor een alternatieve vorm van zorg en een ander nog niet volledig de geïndiceerde zorg ontvangt. De gemiddelde wachtduur bedroeg 11 maanden maar met een grote variatie: van 3 maanden tot 3 jaar (zie ook tabel 8).

Drie jeugdigen hebben een stoornis in het autistische spectrum, vier anderen hebben ernstige gedragsproblemen en de drie overige komen uit een gezin met meervoudige problemen.

#### **ERVAREN PROBLEMEN MET DE WACHTTIJD**

In totaal zes van de tien geïnterviewden hadden minder problemen met het feit dat ze op de wachtlijst stonden en gaven daarvoor de volgende redenen op:

- omdat ze al een alternatieve vorm van zorg kregen om de wachttijd te overbruggen (3x);
- omdat ze eigenlijk niet gemotiveerd waren (2x, beide ouder van de jeugdige);
- omdat ze de onzekerheid van waar hun kind terecht zou komen erger vonden dan de wachttijd (1x).

De overige vier hadden grotere problemen met de wachtlijstsituatie:

- vanwege de problematiek van de jeugdige (3x);
- vanwege het feit dat een kind nog niet op de wachtlijst mocht staan terwijl al vroeg duidelijk was dat zorg nodig zou zijn (1x).

Bij vijf cliënten bleef de situatie gedurende de wachttijd gelijk, onder meer vanwege de beschikbaarheid van alternatieve vormen van hulp/zorg. Bij vier cliënten trad zelfs een verbetering op en bij één cliënt verslechterde de situatie zodat een crisisopvang nodig was.

Om de wachttijd goed te overbruggen hebben vier cliënten gebruik gemaakt van een alternatieve vorm van zorg (provinciale jeugdzorg en/of AWBZ). Twee cliënten ontvingen crisiszorg, één cliënt werd geplaatst in een wachtgezin (pleegzorg) en in de overige drie situaties kon de problematiek tijdens de wachttijd worden opgevangen door het gezin, al dan niet met hulp van familie/derden.

Geen van de geïnterviewden heeft een zorgaanbod geweigerd (met uitzondering van één cliënt die tevreden was met een alternatieve vorm van zorg). Twee cliënten hebben net zo lang gewacht totdat een aanbieder van voorkeur beschikbaar was. De overige geïnterviewden hadden de indruk dat dit niet zou worden toegestaan.

In onderstaande tabel is een overzicht gepresenteerd van de situatie van de geïnterviewden ten aanzien van de zorg waarop ze wachtten, de zorg die ze eventueel al ontvingen en hoe lang de wachttijd bedroeg.

<b>zorgvorm waarop werd gewacht</b>	<b>ambulante zorg</b>	<b>dag-behandeling</b>	<b>pleegzorg</b>	<b>residentiële zorg</b>
Aantal	2	2	1	5
Wachte tevens op	1x niet 1x AWBZ (pgb)	1x AWBZ (pgb) 1x vervoer (pgb)	-	-
Hulp/zorg tijdens wachttijd	1x crisiszorg 1x weekendopvang	niets	pleegzorg	1x crisisopvang 1x AWBZ 1x niets 1x pleegzorg 1x residentieel
Verblijf tijdens wachttijd	thuis (2x)	thuis (2x)	voorlopig pleeggezin	1x crisisgezin 1x LVG-instelling 1 x thuis 1x wachtgezin 1x andere instelling
Wachttijd	4 mnd en 9 mnd	6 mnd (2x)	12 mnd	3 mnd, 1,5 jaar, onbekend, 3 jr + 1 wacht nog

Tabel 5.1 Overzicht geïnterviewden met gewenste en huidige zorg en wachttijd

#### **ERVARINGEN MET DE BEGELEIDING GEDURENDE DE WACHTTIJD**

Vijf geïnterviewden hebben slechte ervaring met de begeleiding door Bureau Jeugdzorg of Landelijk Werkende Instelling. De klachten die werden geuit:

- er werd niet goed geluisterd;
- er werd niet of te laat gereageerd op signalen dat het slecht ging;
- afspraken werden niet nagekomen;
- de bereikbaarheid was slecht;
- ondersteuning ontbrak.

Eén cliënt was neutraal in zijn oordeel en gaf aan alleen contact met het Bureau Jeugdzorg te hebben gehad voor de indicatiestelling.

Vier cliënten waren tevreden met de begeleiding van het Bureau Jeugdzorg, al gaf één van hen aan het jammer te vinden dat er werd gewisseld van contactpersoon.

Met betrekking tot het contact met de zorgaanbieders, gaven zes geïnterviewden aan dat ze gedurende de wachttijd geen contact hebben gehad met de zorgaanbieder. De overige vier hebben een goed contact onderhouden en waarderen de bereikbaarheid van de zorgaanbieder ook positief. Voor vijf van de wachtenden geldt dat ze zijn geïnformeerd over de verwachte lengte van de wachtduur, hetzij door de zorgaanbieder, hetzij door Bureau

Jeugdzorg. In twee van deze situaties was de werkelijke wachttijd uiteindelijk langer en in één situatie een stuk korter dan verwacht.

Geen van de geïnterviewden heeft de indruk dat er een urgentie is vastgesteld. In elk geval hebben ze daar niets van gemerkt en slechts in één geval heeft het Bureau Jeugdzorg zich gedurende de wachttijd actief ingezet voor het regelen van de benodigde zorg (na herhaald aandringen van familieleden). Twee cliënten hebben gedurende de wachtperiode ondersteuning gekregen van derden (grootouders en MEE-organisatie).

#### **CONCLUSIE**

Hoewel maar tien cliënten of hun ouders zijn geïnterviewd, is het beeld van deze cliënten niet onverdeeld gunstig. Het lijkt erop dat nog het nodige kan worden verbeterd, vooral ten aanzien van de begeleiding, de bereikbaarheid en de informatievoorziening door Bureaus Jeugdzorg en/of zorgaanbieders.

*Chayenne\*, 17 jaar.*

*"Toen ik door mijn moeder uit huis werd gezet, sliep ik eerst een tijdje bij een vriendin. Vervolgens heb ik een weekend in een opvanghuis voor zwangere jongeren gewoond. Ik was hier niet op mijn plek en ik voelde me er ook niet veilig. Alle meiden die er wonen hebben een sleutel van de deur en liepen 's nachts in en uit. Daarna verhuisde ik naar een crisisgezin. Ik zou hier vier weken blijven. Uiteindelijk ben ik gebleven tot er plaats voor mij was in een accommodatie voor 16+ begeleid wonen. Na drie maanden kreeg ik een aanbod voor een plaatsing. Ik heb deze meteen aangenomen omdat ik bang was dat ik anders opnieuw lang moest wachten. Verder wacht ik nog steeds op een budgetteringscursus."*

*Moeder van Jeffrey\* van 12 jaar.*

*"Jeffrey is een erg druk kind dat problemen heeft in de sociale omgang. Hij ging extreem meisjesgedrag vertonen. Uiteindelijk werd een neurologische ontwikkelingsstoornis (MCDD; multiple complex development disorder) geconstateerd. Daarnaast vertoont hij symptomen van (toekomstige) schizofrenie en autisme. Jeffrey moest uit huis worden geplaatst. Het duurde niet lang voordat hij zorg van jeugdzorg kon krijgen, maar het wachten was toch heel frustrerend en vervelend. In de wachttijd traden namelijk allerlei incidenten op. Jeffrey was agressief en er ontstonden in huis allerlei spanningen. De situatie verergerde. Gelukkig kwam net voor het bereiken van het kritieke punt een plaatsingsvoorstel voor verblijf in een 24-uurs verblijfinstelling."*

*Simone\*, 16 jaar.*

*"Ik stond anderhalf jaar op de wachtlijst voor een plaatsing in een basishuis voor zelfstandigheidstraining. Thuis hadden wij veel problemen, er was veel ruzie en ik had weinig vrijheid. De wachtperiode vond ik helemaal niet vervelend. Ik woonde toen bij een wachtgezin, waar ik het erg naar mijn zin had. Mijn ouders willen dat ik weer thuis kom wonen, Bureau Jeugdzorg helpt mij juist zelfstandig te worden."*

*Citaat geïnterviewde*

*"Discussies over urgentie zijn altijd pijnlijk en onterecht. Want wie bepaalt wat erger is: mishandeling, geen dak boven het hoofd etc."*

*Moeder van Daniel\* van ruim 3 jaar.*

*"Door epilepsie moest mijn zoon op een speciaal dieet en sindsdien eet hij slecht. Dit dieet is niet praktisch uitvoerbaar bij een normaal kinderdagverblijf. Ik ben dan ook naar MEE gegaan, die mij geadviseerd hebben contact op te nemen met Bureau Jeugdzorg voor een plaatsing in een medisch kinderdagverblijf (MKD). Voordat er een indicatie gesteld kon worden, moesten wij al een half jaar wachten. Daarna moest mijn zoon nog een half jaar wachten op een plek in een MKD. Ik vond het raar dat mijn zoon niet eerder op de wachtlijst geplaatst kon worden. Als later bleek dat hij toch naar een normaal kinderdagverblijf moest, dan was er toch altijd wel een ander kind geweest wat in zijn plaats naar het MKD had gekund?"*

*Moeder van Wahib\*, 17 jaar.*

*"Wahib heeft PDDNOS. Hij wacht al drie jaar op een plek bij de autistengroep. Door een verkeerde indicatie woont hij nu in het LVG-circuit. Hij zit hier echt niet op zijn plek. Het is echt slecht om zo lang te moeten wachten en dan ook nog eens op een plaats zitten waar je helemaal niet thuis hoort. Wahib is nu 17,5 jaar. Straks vervalt de jeugdzorg. En dan?"*

\* Alle gebruikte namen zijn gefingeerd.



*Moeder van Robin\* van 3 jaar.*

*“Robin is altijd al een moeilijk mannetje geweest, maar er was wel mee om te gaan. Tot het moment dat opa en oma, waar Robin twee dagen per week naar toe ging, zijn verhuisd. Robin was zijn vertrouwde omgeving kwijt en is in een weekend totaal ‘geflipt’. Hij reageerde heel heftig. Robin wilde niet meer worden aangekleed of aangeraakt. We hebben de huisarts gebeld. Hij dacht dat er iets in zijn hoofdje aan de hand was. Robin werd doorgestuurd naar de kinderarts. Deze constateerde dat Robin last had van psychische nood. We zijn doorgestuurd naar een kinderpsycholoog/ psychiater en werden op de wachtlijst geplaatst voor een medisch kinderdag verblijf. We moesten een half jaar wachten totdat hij daar terecht kon. Dat duurt erg lang als je kind zijn dagelijkse verzorging niet toelaat. Hij schreeuwde moord en brand als je hem wilde aanraken. Ik heb wel eens huilend aan de telefoon gehangen en gesmeekt dat ze Robin kwamen ophalen, omdat ik niet meer met de situatie kon omgaan.”*

*Moeder van Mitchel\* van 12 jaar.*

*“We hebben een gezin met vijf kinderen waarvan er drie gedragsproblemen hebben. Onze zoon Mitchell ook. Hij is een erg druk kind met veel probleemgedrag. Hij verzet zich tegen alles en iedereen en kan geen rekening houden met anderen. Er werd sociale vaardigheidstraining voor Mitchell geïndiceerd. Na vier maanden kon hij hier naar toe. Mitchell wilde dit echter niet. Zelf hebben we een alternatief gevonden. Mitchell gaat nu eens in de twee weken een weekend logeren op een boerderij. Hier komt hij tot rust. De zorg wordt vrijwillig aangeboden door de boer. Ik voel me soms best bezwaard, maar we kunnen de hulp echt niet missen.”*

*Denise\*, 15 jaar.*

*“Ik kom uit een gezin met een moeder, twee broertjes en een zus. Mijn moeder is psychiatrisch. Mijn broertjes hebben een zware vorm van PDDNOS en mijn zus is epileptisch. Dit zorgde voor veel problemen thuis. Het ging daarom met mij niet goed op school. Ik ben van school gestuurd. Verder ben ik opgepakt door de politie. We kregen zorg van Bureau Jeugdzorg. We hadden al veel vaker aangegeven dat het niet goed ging, maar pas nadat het is geëscaleerd werd ingegrepen. Ons gezin werd vervolgens uit elkaar gehaald. Dat was misschien niet nodig geweest als ze eerder hadden ingegrepen.”*

*Pleegmoeder van Inez\* van 15 jaar.*

*“Inez kan niet thuis wonen bij haar moeder. Ze is in ons crisisgezin terechtgekomen. Hier blijft ze totdat er een perspectiefbiedend pleeggezin voor haar is gevonden. Inez staat inmiddels al een jaar op de wachtlijst. Dat ze hier nu al meer dan een jaar is, is geen probleem. De onduidelijkheid waar ze straks naar toe gaat is veel erger. De gezinsvoogd van Bureau Jeugd is in het afgelopen jaar geen één keer langsgekomen. Er is nooit contact geweest. We zijn niet op de hoogte gesteld van hoe lang het nog duurt voordat er een pleeggezin voor Inez is gevonden.”*

\* Alle gebruikte namen zijn gefingeerd.

*Moeder van Robin\* van 3 jaar.*

*“Robin is altijd al een moeilijk mannetje geweest, maar er was wel mee om te gaan. Tot het moment dat opa en oma, waar Robin twee dagen per week naar toe ging, zijn verhuisd. Robin was zijn vertrouwde omgeving kwijt en is in een weekend totaal ‘geflipt’. Hij reageerde heel heftig. Robin wilde niet meer worden aangekleed of aangeraakt. We hebben de huisarts gebeld. Hij dacht dat er iets in zijn hoofdje aan de hand was. Robin werd doorgestuurd naar de kinderarts. Deze constateerde dat Robin last had van psychische nood. We zijn doorgestuurd naar een kinderpsycholoog/ psychiater en werden op de wachtlijst geplaatst voor een medisch kinderdag verblijf. We moesten een half jaar wachten totdat hij daar terecht kon. Dat duurt erg lang als je kind zijn dagelijkse verzorging niet toelaat. Hij schreeuwde moord en brand als je hem wilde aanraken. Ik heb wel eens huilend aan de telefoon gehangen en gesmeekt dat ze Robin kwamen ophalen, omdat ik niet meer met de situatie kon omgaan.”*

*Moeder van Robin\* van 3 jaar.*

*“Robin is altijd al een moeilijk mannetje geweest, maar er was wel mee om te gaan. Tot het moment dat opa en oma, waar Robin twee dagen per week naar toe ging, zijn verhuisd. Robin was zijn vertrouwde omgeving kwijt en is in een weekend totaal ‘geflipt’. Hij reageerde heel heftig. Robin wilde niet meer worden aangekleed of aangeraakt. We hebben de huisarts gebeld. Hij dacht dat er iets in zijn hoofdje aan de hand was. Robin werd doorgestuurd naar de kinderarts. Deze constateerde dat Robin last had van psychische nood. We zijn doorgestuurd naar een kinderpsycholoog/ psychiater en werden op de wachtlijst geplaatst voor een medisch kinderdag verblijf. We moesten een half jaar wachten totdat hij daar terecht kon. Dat duurt erg lang als je kind zijn dagelijkse verzorging niet toelaat. Hij schreeuwde moord en brand als je hem wilde aanraken. Ik heb wel eens huilend aan de telefoon gehangen en gesmeekt dat ze Robin kwamen ophalen, omdat ik niet meer met de situatie kon omgaan.”*

*Moeder van Eva\* van 9 jaar.*

*“Twee jaar geleden is er ingebroken in ons huis. Ik werd depressief. Ook had ik veel ruzie met mijn man. De kinderen zagen dat. Met mijn dochter had ik ook altijd veel ruzie en nu nog steeds. Ze luistert erg moeilijk. We zouden hulp krijgen waarbij er iedere week even iemand bij je thuis komt. Daar moesten we bijna negen maanden op wachten. In de tijd dat we moesten wachten heb ik vaak gebeld naar Bureau Jeugdzorg. Onze contactpersoon kreeg ik bijna nooit te pakken. Bij problemen was hij niet te bereiken. Hij was ziek of ‘gewoon’ niet aanwezig. Ook al was het toegezegd, hij belde niet terug. Verder heeft hij een keer verzuimd om op een afspraak te komen en heeft hij verkeerde dingen in het dossier geschreven. Ik heb hier wat van gezegd, maar hij heeft hier niets mee gedaan. Ik heb geen goede ervaring met Bureau Jeugdzorg.”*

\* Alle gebruikte namen zijn gefingeerd.

**Bijlage 6. Analyse-onderdelen dossieronderzoek**

1	Leeftijd cliënt	In categorieën (0-4 jaar, 5-12 jaar en ouder dan 12).
2	Geslacht cliënt	Mannelijk (m); vrouwelijk (v).
3	Huidige verblijfplaats (thuis of ....)	ouder(s); pleeggezin; intramurale instelling; anders, namelijk ...
4	Aard van de problemen	Gedragsproblematiek; opvoedproblematiek; ontwikkelingsachterstand; psychische problematiek kind/ouder(s); medische problematiek; misbruik (lichamelijk/verbaal/seksueel); stabiele huisvesting; combinatie.
5	Ernst van de problemen	Mate van functioneren; hoogte van zorgzwaarte; licht; matig; ernstig (indien mogelijk aan de hand van STEP).
6	Eventuele voorgeschiedenis (eerder ontvangen zorg/hulp)	Tekstveld.
7	Indicatie datum	Van laatst geldend indicatiebesluit.
8	Geïndiceerde zorgvorm(en)	24-uurs observatie; jeugdhulp thuis; jeugdhulp accommodatie (individueel/groep); crisisplaatsing; dagbehandeling/mkd; begeleiding en behandeling; respijtzorg; verblijf in accommodatie; combinatie.
9	Zorg gericht op	Kind; gezin; combinatie.
10	Doel geïndiceerde zorgvorm(en)	Achterstand wegwerken; gedrag reguleren; ondersteuning (ouders/school); onderzoek; sociale vaardigheden; stabiele omgeving; gezinsrelatie; zelfstandigheid; combinatie.
11	Totale wachttijd tot aan zorglevering	In maanden.
12	Datum start zorg	Met betrekking tot laatst geldend indicatiebesluit.
13	Eventuele vervangende zorg tijdens wachttijd	Tekstveld.
14	Contactpersonen (Bureau Jeugdzorg, zorgaanbieder en/of anders) tijdens wachttijd	Casemanager; gezinsvoogd; zorgaanbieder; anders, namelijk ...
15	Aantal contacten/frequentie contacten tijdens wachttijd	0, 1 of meer.
16	Aantal keren crisissituatie	0, 1 of meer..
17	Mate van urgentie (voor zover bekend)	laag; matig; hoog (indien mogelijk m.b.v. STEP).
18	Gezinssituatie	Beide ouders/moeder/vader; allochtoon/autochtoon; aantal broers/zussen; problematiek ouders.
19	Relatie ouders	Gescheiden/niet gescheiden.
20	Omgevingssituatie (o.a. school)	Goed; redelijk; matig; slecht (indien mogelijk aan de hand van STEP).
21	Relevante gebeurtenissen tijdens wachttijd	Tekstveld.
22	Bijzonderheden	Tekstveld.

**DOEL**

Als aanvulling op de gehouden interviews is een aantal cliëntendossiers nader bestudeerd. Op basis van casuïstiek kan het beeld dat is verkregen in de interviews, worden versterkt en/of genuanceerd en nader worden gespecificeerd. Er kan bijvoorbeeld specifiek worden 'ingezoomd' op de problematische cliëntgroepen op de wachtlijst en hun achtergrond, de criteria die Bureau Jeugdzorg heeft gehanteerd bij het bepalen van de urgentie, of er vervangende of overbruggingszorg geboden kon worden en wat de effecten zijn geweest van het wachten. In deze notitie worden de resultaten van het dossieronderzoek besproken. Per onderzoeksregio zijn 8 à 10 dossiers opgevraagd, in totaal zijn 47 dossiers bestudeerd.

**LEESWIJZER**

De volgende onderwerpen komen aan de orde:

1. verantwoording van indeling naar categorieën;
2. kenmerken jeugdigen;
3. geïndiceerde zorgvormen;
4. vervangende en/of overbruggingszorg;
5. wachttijd en contactmomenten;
6. urgentie;
7. crisissituaties;
8. omgeving;
9. conclusies.

De bevindingen zijn integraal opgenomen in hoofdstuk 3.

## 1. Verantwoording

Om de dossiers, en daarmee de cliënten op de wachtlijst, met elkaar te kunnen vergelijken zijn per onderwerp de antwoorden zo veel mogelijk geclusterd. De opbouw en indeling van dossiers van de deelnemende Bureaus Jeugdzorg zijn niet gelijk. Eenduidige typering over onder andere de ernst van de problematiek kunnen daardoor niet direct uit de dossiers worden gehaald. Om vergelijking van de dossiers onderling mogelijk te maken en kwantitatieve vergelijkingen te kunnen doen is door de onderzoekers een aantal gegevens uit de dossiers gebruikt om cliënten op drie onderwerpen (ernst, urgentie en omgeving) in te delen in eenduidige categorieën. Als basis hiervoor is gebruik gemaakt van de systematiek die wordt gehanteerd in de (Quick)STEP<sup>7</sup>. Aanvankelijk werd aangenomen dat alle Bureaus Jeugdzorg gebruik maken van (Quick)STEP. In de praktijk bleek het echter maar om één van de onderzochte bureaus te gaan. Om toch een vergelijking te kunnen maken is door de onderzoekers besloten de dossiers van de overige Bureaus Jeugdzorg te gaan indelen aan de hand van de categorieën gehanteerd in (Quick)STEP.

### **(Quick)STEP<sup>8</sup>**

De (Quick)STEP is een instrument dat in één van de onderzoeksregio's wordt gebruikt om de ernst van de problematiek, de urgentie van zorgverlening en de kwaliteit van de leefomgeving weer te geven. De (Quick)STEP is ontwikkeld door het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW/Jeugd, het huidige Nederlands Jeugdinstituut, NJi), en ondersteunt de professional om een betrouwbare inschatting te maken van onder andere de ernst van de problematiek. De (Quick)STEP bestaat uit een aantal schalen waarin verschillende aspecten van de (ernst van de) problematiek van een jeugdige worden weergegeven. De zwaarte van de problematiek wordt beoordeeld aan de hand van twee aandachtsgebieden, met elk een aparte taxatieschaal. Het gaat dan om het functioneren van de jeugdige en de kwaliteit van de omgeving. De zorgzwaarte en urgentie worden eveneens bepaald aan de hand van twee schalen. De schaal zwaarte van de zorg weerspiegelt een inschatting van de professional van de zorg waarop de jeugdige aangewezen is. De schaal urgentie geeft een inschatting van de mate waarin hulp acuut vereist is, of enig uitstel kan hebben.

Naast deze vier schalen zijn aan de (Quick)STEP twee experimentele schalen toegevoegd. Met behulp van deze schalen is ook een zekere inschatting te maken van het risico voor de veiligheid van het kind. De schalen brengen in kaart of de problematiek zal verergeren of verminderen bij het uitblijven van hulp en of de omgeving risico loopt als hulp uitblijft. Op de volgende pagina zijn in de figuur twee voorbeelden van vragen uit de (Quick)STEP opgenomen.

### **KANTTEKENING BIJ HET GEBRUIK VAN (Quick)STEP IN DIT ONDERZOEK**

Hoewel (Quick)STEP een indicatie geeft van de mate van ernst en urgentie, geeft het geen in de praktijk toegepaste definitie voor deze begrippen. Door de onderzoekers is daarom een vertaalslag gemaakt van de gehanteerde begrippen en de bijbehorende definities. Aan de hand van de beperkingen van het kind, de beschrijving van de omgeving, rapportages van Bureau Jeugdzorg en eventuele voorliggende voorzieningen is geprobeerd een zo objectief mogelijk beeld te krijgen van de achterliggende definities.

<sup>7</sup> (Quick)STEP staat voor Standaard Taxatie Ernst Problematiek. QuickSTEP is de snelle variant van de STEP.

<sup>8</sup> Bron: Handboek Indicatiestelling Bureaus Jeugdzorg.

<b>1. Heeft de jeugdige problemen op één of meer van de aspecten van persoonlijk functioneren?</b>				
[1] Geen of hoogstens normale problemen	[2] Kleine of lichte problemen	[3] Matige problemen	[4] Zware problemen	[5] Zeer zware tot extreme problemen
<b>2. Hoe lang bestaan voorkomende problemen van de jeugdige?</b>				
[1] N.v.t. of Hoogstens 1 week	[2] 2 tot 4 weken	[3] 5 weken tot 5 maanden	[4] 6 tot 12 maanden	[5] Meer dan 12 Maanden

Figuur 7 Voorbeeldvragen uit (Quick)STEP.

Daar komt bij dat STEP gemaakt is om gebruikt te worden in gesprek met de cliënt. De onderzoekers hebben het instrument gebruikt bij dossieronderzoek. De hier gebruikte indeling is derhalve gebaseerd op de bevindingen van de onderzoekers, niet op basis van professionele indicatiestellers. De expertise en eventuele belangrijke informatie uit het gesprek met de cliënt die niet in de dossiers genoemd zijn, zijn dan ook in dit onderzoek niet meegenomen bij de bepaling van de ernst en urgentie van de dossiers.

**ELEMENTEN DOSSIERS**

Voor de indeling van de dossiers aan de hand van de (Quick)STEP is gebruik gemaakt van verschillende elementen uit de dossiers. In onderstaande tabel is weergegeven welke documenten, indien aanwezig, zijn gebruikt voor welk onderwerp.

Elementen uit dossiers	Ernst	Urgentie	Omgeving
Advies van BJZ over de termijn waarop zorg aan moet vangen		x	X
Advies professionals/organisaties over termijn aanvang zorg		x	
Diagnostiek en beschrijving van de problemen door BJZ en voorliggende voorzieningen	x	x	
Documentatie/rapportage over voorgeschiedenis (terugkerend probleem, gebeurtenissen die van invloed kunnen zijn op de problematiek)	x		X
Rapportage van BJZ over intake/aanmelding en tussentijds contact	x		
Rapportages van politie en/of Raad voor de Kinderbescherming	x	x	
Veiligheidsrisico's (dreiging uit de omgeving, of gevaar voor zichzelf en/of omgeving)	x	x	X
Verblijfplaats en omgevingssituatie (in relatie tot de draagkracht)		x	X

Tabel 7.1 Overzicht gebruikte documentatie voor categoriseren cliënten.

**CATEGORISEREN DOSSIERS**

Binnen elk onderwerp (ernst, urgentie en omgeving) is een onderscheid gemaakt naar categorieën die hierna worden beschreven.

---

**Ernst van de problemen**


---

Lichte problematiek	Het kind en/of zijn omgeving heeft beperkte problemen waarbij het dagelijks functioneren niet direct in gevaar is. Hulp is noodzakelijk om ontwikkeling op lange termijn niet in gevaar te brengen, op korte termijn redt het kind en de omgeving zichzelf ook nog zonder hulp (problemen blijven bestaan maar verergeren niet). Bij deze groep cliënten is een geringe kans op verslechtering van de situatie indien hulp enige tijd op zich laat wachten.
Matige problematiek	Het kind en/of zijn omgeving heeft problemen waarbij het dagelijks functioneren op sommige momenten in gevaar is. Hulp is noodzakelijk om de ontwikkeling van het kind niet in gevaar te brengen of om de ontwikkeling weer op gang te brengen. Zonder inzet van hulp is er een grote kans op verslechtering van de situatie.
Ernstige problematiek	Het kind kan niet meer normaal functioneren in zijn/haar omgeving. Zonder inzet van hulp ontstaan er op korte termijn problemen met het kind. Snelle inzet van hulp is geboden om verergering van de situatie te voorkomen en de veiligheid van het kind te bewaken.

---

**MATE VAN URGENTIE**


---

Geen of lage urgentie	Er is geen directe dreiging van ernstige problemen of veiligheidsrisico's. Zonder hulp blijven problemen bestaan maar verergeren niet. Bij deze groep cliënten is er een geringe kans op verslechtering van de situatie indien hulp enige tijd op zich laat wachten.
Matige urgentie	Zonder hulp komt het kind en/of zijn ontwikkeling in de problemen. Zonder hulp is er een grote kans dat de problemen van het kind verslechteren. Er is geen direct risico voor de veiligheid van het kind en/of de omgeving waardoor hulp een korte termijn op zich kan laten wachten zonder dat er problemen ontstaan.
Hoge urgentie	Er zijn grote problemen bij het kind en/of zijn omgeving. Zonder inzet van hulp bestaat het gevaar dat de veiligheid van het kind en/of zijn omgeving in gevaar komt. Zonder hulp is de kans groot dat de situatie uit de hand loopt en er een crisissituatie ontstaat.

---

**Kwaliteit van de omgeving**


---

Goede kwaliteit	Het kind verblijft in een stabiele en rustige omgeving waarin de veiligheid van het kind niet bedreigd wordt. De draagkracht binnen de omgeving is groot (kunnen omgaan met de problemen en staan open voor hulp).
Redelijke kwaliteit	Het kind verblijft in een stabiele omgeving waarin de veiligheid van het kind niet direct bedreigd wordt. De draagkracht binnen de omgeving is gering (kunnen niet altijd goed inspelen op de problemen en vinden hulp vaak moeilijk te accepteren).
Matige kwaliteit	De omgeving waarin het kind verblijft is instabiel. De omgeving is niet in staat om goed op de problemen in te spelen of versterkt in sommige gevallen de problemen. De veiligheid van het kind is (nog) niet direct in gevaar. De draagkracht van de omgeving is klein (kan niet inspelen op de problemen).
Slechte kwaliteit	De omgeving waarin het kind verblijft is instabiel. In deze omgeving is de veiligheid van het kind in direct gevaar. De omgeving houdt de problemen in stand of versterkt deze. Er is geen of zeer weinig draagkracht uit de omgeving.

*Tabel 7.2 Overzicht gehanteerde definities voor categoriseren cliënten*

## 2. Kenmerken jeugdigen

Het dossieronderzoek is uitgevoerd aan de hand van 47 dossiers uit vijf onderzoeksregio's, te weten Amsterdam, Flevoland, Friesland, Noord-Brabant en Overijssel. In dit onderzoek zijn iets meer jongens betrokken dan meisjes.

### LEEFTIJD JEUGDIGEN

De leeftijden van de kinderen/jeugdigen uit de onderzochte dossiers zijn te verdelen in vijf categorieën: ≤4 jaar, 5–8 jaar, 9–12 jaar, 13–15 jaar en ≥16 jaar. De verdeling over deze categorieën is nagenoeg gelijk. Deze leeftijdscategorieën zijn gekozen aan de hand van belangrijke ontwikkelingsstadia van jeugdigen. Het gaat hierbij om het wel of niet naar school gaan, het type onderwijs (basis- of voortgezet onderwijs) en de ontwikkelingsstadia van de jeugdige (baby, peuter, kleuter, kind, puber, jong volwassen, etc.). Uit de gevonden data bleek dat de scheiding zich voornamelijk voordoet tussen de jeugdigen die naar het voortgezet onderwijs gaan (ouder dan 12 jaar) en de overige jeugdigen. Daarom is in de rest van dit overzicht gekozen voor deze tweedeling van de leeftijdscategorieën. Hieruit blijkt dat er relatief meer jongens meegenomen zijn in de leeftijdscategorieën tot 12 jaar en in de oudere leeftijdscategorie (>12 jaar) relatief meer meisjes.

### WOONSITUATIE JEUGDIGEN

Van alle jeugdigen wonen 34 jeugdigen thuis, 6 jeugdigen verblijven in een pleeggezin en 2 jeugdigen verblijven op een crisisplaats (van de rest is de woonsituatie onbekend). Van de jeugdigen die thuis verblijven, zijn er relatief meer jongens dan meisjes.

Wanneer we naar de woonsituatie kijken van de jeugdigen in relatie tot de leeftijd, dan blijkt, dat kinderen jonger dan 4 jaar veelal in pleeggezinnen verblijven, terwijl kinderen en jongeren ouder dan 4 jaar voornamelijk thuis of in een residentiële setting verblijven.

### PROBLEMATIEK

De jeugdzorg is in beginsel bedoeld voor jeugdigen en gezinnen die te maken hebben met opgroei- en/of opvoedproblematiek. Aan de hand van de inhoudelijke gegevens uit het dossier was het mogelijk om een gedetailleerder onderscheid te maken van de aard en ernst van de problematiek. Bijna drie kwart van de onderzochte jeugdigen heeft te maken met matige tot ernstige problematiek. In de onderstaande tabel is de aard van de problematiek weergegeven in aantallen dossiers. Aangezien sprake kan zijn van meerdere oorzaken van de problematiek per dossier, is het totaal aantal oorzaken niet gelijk aan het aantal onderzochte dossiers.

Aard problematiek	≤ 12 jaar	> 12 jaar	Totaal
Gedragsproblematiek	7	13	20
Psychische problematiek	11	7	18
Ontwikkelingsachterstand	9	4	13
Opvoedproblematiek	4	3	7
Stabiele huisvesting	4	3	7
Medische problematiek	2		2
Misbruik		1	1
Zelfstandigheid		1	1
<b>Totaal</b>	<b>37</b>	<b>32</b>	<b>69</b>

Tabel 7.3 Aard van de problematiek uitgesplitst naar leeftijd



Gedragsproblematiek, psychische problematiek en ontwikkelingsachterstand komen het meest voor bij de jeugdigen. Daarnaast blijkt uit de dossiers dat gedragsproblematiek en psychische problematiek vaak in combinatie voorkomen.

Indien naar de leeftijd van de jeugdigen wordt gekeken, blijkt gedragsproblematiek relatief meer voor te komen bij jeugdigen ouder dan 12 jaar, terwijl psychische problematiek en ontwikkelingsachterstand vaker voorkomt bij jeugdigen van 12 jaar of jonger.

### 3. Geïndiceerde zorgvormen

In de jeugdzorg wordt onderscheid gemaakt in zes zorgvormen. Ambulante zorg en dagbehandeling zijn zogenaamde extramurale zorgvormen, deze worden geleverd aan jeugdigen die thuis en/of in een vervangend pleeggezin verblijven. Observatie, pleegzorg en residentiële zorg zijn intramurale zorgvormen, dit betekent dat de jeugdige elders verblijft (dit kan zijn in een instelling, een observatieplek of in een gezinsvervangende situatie). Naast deze vijf zorgvormen kan sprake zijn van crisis. Crisiszorg kan worden geleverd in de vorm van één of meer beschreven zorgvormen.

In onderstaande tabel is een overzicht gegeven van de zorgvormen waarvoor de jeugdigen uit het dossieronderzoek zijn geïndiceerd. Aangezien zorgvormen ook in combinatie kunnen worden geïndiceerd, is het totaal aantal zorgvormen hoger dan het aantal dossiers.

Zorgvormen	≤ 12 jaar	> 12 jaar	Totaal
Ambulant	17	15	32
Dagbehandeling	8	2	10
Observatie	1	2	3
Pleegzorg	5	1	6
Residentiële	4	5	9
Crisis		1	1
<b>Totaal</b>	<b>35</b>	<b>26</b>	<b>61</b>

Tabel 7.4 Geïndiceerde zorgvormen

Uit de tabel is af te lezen dat ambulante zorg de meest geïndiceerde zorgvorm is. De geïndiceerde zorgvormen zijn gelijk verdeeld over de leeftijdscategorieën met uitzondering van dagbehandeling en pleegzorg: deze zijn relatief vaker geïndiceerd voor jeugdigen van 12 jaar of jonger.

De zorg die wordt geboden in het kader van de jeugdzorg, kan gericht zijn op het kind zelf, het gezin waar de jeugdige zich in bevindt, of een combinatie hiervan. Uit het dossieronderzoek blijkt, dat iets minder dan een derde van de zorg is gericht op het kind of de jeugdige zelf. Bijna tweederde is gericht op zorg voor de jeugdige en het gezin. Tussen de zorgvormen is een verschil te zien, zo wordt ambulante zorg voornamelijk geïndiceerd gericht op de jeugdige en het gezin, terwijl observatie en pleegzorg voornamelijk geïndiceerd worden gericht op de jeugdige zelf. Residentiële zorg wordt zowel op de jeugdige zelf, als in combinatie met het gezin geïndiceerd.

#### 4. Alternatieven voor de geïndiceerde zorg

Van alle 47 onderzochte dossiers heeft iets meer dan één kwart van de jeugdigen vervangende zorg en/of overbruggingszorg ontvangen gedurende de wachtperiode. Ongeveer de helft van de jeugdigen heeft geen vervangende zorg en/of overbruggingszorg ontvangen en van 8 jeugdigen is dit onbekend. In onderstaande tabel is voor de leeftijdscategorieën jonger dan 12 jaar en ouder dan 12 jaar weergegeven of zij al of niet vervangende zorg en/of overbruggingszorg ontvangen hebben.

	≤ 12 jaar		> 12 jaar	
Andere vorm(en) van zorg	5	19%	8	38%
Geen zorg	16	62%	10	48%
Onbekend	1	19%	3	14%
<b>Totaal</b>	<b>26</b>	<b>100%</b>	<b>21</b>	<b>100%</b>

Tabel 7.5 Inzet alternatieven voor wachtenden, per leeftijdscategorie

Uit tabel 7.5 komt het beeld naar voren dat jeugdigen van 12 jaar en jonger relatief minder vaak vervangende en/of overbruggingszorg ontvangen dan jeugdigen die ouder dan 12 jaar zijn.

Van de jeugdigen die een andere vorm(en) van zorg hebben ontvangen, blijkt iets meer dan een derde een crisissituatie te hebben meegemaakt. Bij de overige jeugdigen is niet bekend of er sprake is geweest van een crisissituatie.

Van de cliënten die geen andere vorm(en) van zorg hebben ontvangen, heeft 8% een crisissituatie meegemaakt.

Van de jeugdigen die wel vervangende zorg en/of overbruggingszorg hebben ontvangen hebben bijna alle jeugdigen een matige tot hoge urgentie. Dit is waarschijnlijk de reden dat in deze categorie toch relatief veel crisissituaties voorkomen. Van de cliënten die niets hebben ontvangen heeft iets meer dan de helft een matige tot hoge urgentie.

#### 5. Wachtijd en contactmomenten

Uit 41 dossiers kon de wachttijd worden achterhaald. Hieruit kwam een gemiddelde naar voren van 4,3 maanden, met een spreiding van 0,5 maanden tot 14 maanden. De mediaan is 4 maanden, dit wil zeggen dat deze wachttijd het meeste voorkomt in de dossiers.

Uit tabel 7.6 blijkt, dat driekwart van de jeugdigen die korter dan 6 maanden hebben gewacht op provinciale jeugdzorg matige tot hoge urgentie heeft. Van de cliënten die langer dan 6 maanden hebben gewacht heeft één kwart matige tot hoge urgentie. Daarnaast is te zien dat naarmate de jeugdige langer heeft gewacht de urgentie lager is.

	≤ 6 maanden	> 6 maanden	Onbekend	Totaal
Geen tot lage urgentie	8	6	2	16
Matige tot hoge urgentie	25	2	2	29
Onbekend			2	2
<b>Totaal</b>	<b>33</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>47</b>

Tabel 7.6 Wachttijdcategorie verdeeld naar mate van urgentie

Gedurende de wachtperiode kunnen Bureau Jeugdzorg en/of andere instanties contact onderhouden met de jeugdige op de wachtlijst. In de onderzochte groep heeft meer dan de helft geen contact gehad met Bureau Jeugdzorg en/of andere instanties. Bij de jeugdigen die langer dan een half jaar op zorg hebben gewacht ligt dit aantal gemiddeld lager dan bij jeugdigen die korter dan een half jaar op zorg hebben gewacht.

	Geen contact	Wel contact	Onbekend	Totaal
Gezinsvoogd	4	2		6
Casemanager	6	7		13
Zorgaanbieder	9			9
Zorgaanbieder en casemanager	2	3		5
Onbekend	4		10	14
<b>Totaal</b>	<b>25</b>	<b>12</b>	<b>10</b>	<b>47</b>

Tabel 7.7 Frequentie van wel of geen contactmoment per contactpersoon

Bij iets minder dan een derde van de jeugdigen is de contactpersoon onbekend. In meer dan een kwart van de beoogde contactpersonen ging het om een casemanager van Bureau Jeugdzorg en bij een vijfde deel ging het om een contactpersoon van de zorgaanbieder. In bovenstaande tabel is per contactpersoon aangegeven wat de frequentieverdeling is geweest van de contacten.

## 6. Urgentie

De mate van urgentie kan per jeugdige verschillen. Van de onderzochte dossiers is één derde beoordeeld als geen tot lage urgentie, en tweederde als urgent (matig tot hoog), in twee gevallen is onvoldoende naar voren gekomen wat de mate van urgentie is. Uit tabel 7.8 blijkt, dat de mate van urgentie verschilt indien een onderscheid wordt gemaakt naar leeftijd. Van de jeugdigen van 12 jaar of jonger heeft iets minder dan de helft matige tot hoge urgentie. Van de jeugdigen ouder dan 12 jaar heeft vier op de vijf matige tot hoge urgentie.

	≤ 12 jaar		> 12 jaar	
Geen tot lage urgentie	12	46%	4	19%
Matig tot hoge urgentie	12	46%	17	81%
Onbekend	2	8%		
<b>Totaal</b>	<b>26</b>	<b>100%</b>	<b>21</b>	<b>100%</b>

Tabel 7.8 Mate van urgentie per leeftijdscategorie

Van de cliënten die in een slechte tot matige kwaliteit van omgeving verkeren, heeft het merendeel matige tot hoge urgentie. Van de cliënten die in een redelijke tot goede kwaliteit van omgeving verkeren, heeft één derde matige tot hoge urgentie. Samenvattend betekent dit dat naarmate de kwaliteit van de omgeving waarin jeugdigen verkeren afneemt, de urgentie op zorg juist toeneemt.

Van de cliënten die gezien worden als niet tot laag urgent, heeft bijna vier op de vijf geen crisissituaties doorgemaakt gedurende de wachtperiode. Van de cliënten met matige tot hoge urgentie heeft iets meer dan de helft geen crisissituaties gehad en één kwart één of meerdere crisissituaties.

## 7. Crisissituaties

Ruim de helft van de onderzochte jeugdigen heeft geen crisissituatie gehad gedurende de wachtperiode. Één op de vijf heeft één of meerdere crisissituaties gehad en in tien van de gevallen is dit onbekend.

Van de jeugdigen jonger dan 12 jaar heeft meer dan de helft geen crisissituatie door-gemaakt, in één derde van de gevallen is onbekend of er sprake is geweest van een crisissituatie. Meer dan de helft van de jeugdigen ouder dan 12 jaar heeft geen crisissituatie doorgemaakt en ongeveer één kwart wel.

Van de jeugdigen die geen crisissituatie hebben doorgemaakt is twee vijfde deel niet tot laag urgent, en meer dan de helft matig tot hoog urgent. Van de jeugdigen die één of meerdere crisissituaties hebben doorgemaakt gedurende de wachtperiode is iets minder dan één kwart niet tot laag urgent en ruim één kwart matig tot hoog urgent. Het merendeel van de crisissituaties deed zich dus voor bij cliënten met matig tot hoge urgentie.

De gezinssamenstelling kan van invloed zijn op het aantal crisissituaties. Een belangrijk onderscheid is het opgroeien in een één of twee ouder gezin. In het geval van één ouder gezinnen gaat het veelal om gescheiden ouders, waarbij voornamelijk de vader niet of nauwelijks in zicht is. Bij één jeugdige gaat het om een sterfgeval van één van de ouders. Alle jeugdigen die één of meer crisissituaties hebben doorgemaakt hebben een één ouder gezin. De jeugdigen die geen crisis hebben meegemaakt tijdens de wachtperiode maken deel uit van zowel één als twee ouder gezinnen.

## 8. Omgeving

Ruim de helft van de onderzochte jeugdigen bevindt zich in een slecht tot matig kwalitatieve omgeving, tegenover iets minder dan de helft van de jeugdigen met een redelijke tot goede kwaliteit van omgeving. Bij één jeugdige is onvoldoende informatie beschikbaar om de kwaliteit van omgeving te bepalen.

	Eenoudergezin	Tweeoudergezin	Onbekend	Totaal
Slechte tot matige kwaliteit	22	1	1	24
Redelijke tot goede kwaliteit	6	16		22
Onbekend			1	1
<b>Totaal</b>	<b>28</b>	<b>17</b>	<b>2</b>	<b>47</b>

Tabel 7.9 Gezinssituatie naar kwaliteit van omgeving

Ruim één derde van de jeugdigen bevindt zich in een redelijk tot goede kwaliteit van omgeving én heeft een twee oudergezin. Bijna de helft van de jeugdigen bevindt zich in omgeving met slechte tot matige kwaliteit én heeft een één oudergezin.

Als de gezinssamenstelling als uitgangspunt genomen wordt, is te zien dat van de cliënten met een twee oudergezin één op de 17 jeugdigen zich in een slechte tot matige kwaliteit van omgeving bevindt tegenover vier op de vijf van de jeugdigen met een één oudergezin. Geconcludeerd kan worden dat de mate van de kwaliteit van de omgeving hoger is bij tweeoudergezinnen dan bij éénoudergezinnen.

Van de jeugdigen met een slechte tot matige kwaliteit van omgeving is de helft geïndiceerd voor ambulante zorg en/of dagbesteding, de andere helft is geïndiceerd voor een vorm van verblijf (observatie, pleegzorg of residentieel) en één jeugdige is geïndiceerd voor crisiszorg.

Bijna alle jeugdigen met een redelijke tot goede kwaliteit van de omgeving zijn geïndiceerd voor ambulante zorg en/of dagbesteding en één tiende deel is geïndiceerd voor een vorm van verblijf (observatie, pleegzorg of residentieel).

	Extramuraal	Intramuraal	Crisis	Totaal
Slechte tot matige kwaliteit	15	15	1	32
Redelijke tot goede kwaliteit	26	3		29
Onbekend	1			
<b>Totaal</b>	<b>42</b>	<b>18</b>	<b>1</b>	<b>61</b>

Tabel 7.10 Kwaliteit van de omgeving per geïndiceerde zorgvorm

Van de jeugdigen geïndiceerd voor ambulante zorg en/of dagbesteding bevindt ruim één derde zich in een slechte tot matige kwaliteit van omgeving, en bijna twee derde in een redelijke tot goede kwaliteit van omgeving. Van de jeugdigen geïndiceerd voor een vorm van verblijf (observatie, pleegzorg of residentieel) bevindt vier vijfde zich in een slechte tot matige kwaliteit van omgeving, en iets minder dan één vierde deel in een redelijke tot goede kwaliteit van omgeving.

Geconcludeerd kan worden dat extramurale zorg geïndiceerd wordt bij omgevingsituaties van redelijke tot goede kwaliteit en intramurale zorg voornamelijk indien de kwaliteit van omgeving als matig tot slecht beoordeeld wordt.

## 9. Conclusie

Als onderdeel van het onderzoek is per onderzoeksregio een aantal cliëntendossiers van de Bureaus Jeugdzorg bestudeerd. Het gaat in totaal om 47 dossiers. De dossiers omvatten een mix van de vier vormen van provinciale jeugdzorg: ambulante zorg, dagbehandeling, pleegzorg en residentiële zorg. De dossiers betreffen cliënten die recent (korter dan 3 maanden) de geïndiceerde zorg ontvangen na een periode op de wachtlijst te hebben gestaan. Er kon dus worden teruggekeken hoe deze periode is verlopen.

De belangrijkste bevindingen uit het dossieronderzoek staan in deze paragraaf weergegeven. Het aantal onderzochte dossiers is niet erg groot, maar hieronder zal duidelijk worden dat de bevindingen in grote lijnen illustreren wat in hoofdstuk 3 is beschreven op basis van de interviews.

### KENMERKEN JEUGDIGEN

- Het onderzoek betrof 47 dossiers uit vijf onderzoeksregio's. De verhouding jongen/meisje en de verdeling over de vijf leeftijdscategorieën is nagenoeg gelijk.
- Het merendeel van de jeugdigen woont op het moment van onderzoek thuis en een enkeling verblijft in een pleeggezin of op een crisisplaats.
- Met name de kinderen jonger dan 4 jaar verblijven in een pleeggezin, terwijl jeugdigen ouder dan 4 jaar voornamelijk thuis of in een residentiële setting verblijven.

- Bijna driekwart van de onderzochte jeugdigen heeft te maken met matige tot ernstige problematiek.
- Gedragsproblematiek, psychische problematiek en ontwikkelingsachterstanden zijn de meest voorkomende oorzaken van problematiek (=aard van de problematiek). Gedragsproblematiek en psychische problematiek komen relatief vaak in combinatie met elkaar voor.
- Een ontwikkelingsachterstand speelt voornamelijk bij kinderen jonger dan 12 jaar een rol en gedragsproblematiek bij kinderen ouder dan 12 jaar.

#### **GEÏNDICEERDE ZORGVORMEN**

- Ruim de helft van de onderzochte jeugdigen heeft ambulante zorg geïndiceerd gekregen.
- Van de jeugdigen die dagbehandeling en/of pleegzorg geïndiceerd heeft gekregen is de meerderheid jonger dan 12 jaar.
- Minder dan één derde van de geïndiceerde zorg is gericht op de jeugdige zelf, bijna tweederde is gericht op zorg voor de jeugdige en het gezin. Ambulante zorg is voornamelijk geïndiceerd voor de jeugdige en het gezin, terwijl observatie en pleegzorg gericht is op de jeugdige zelf. Residentiële zorg is gericht op de jeugdige zelf maar wordt altijd in combinatie geleverd met ambulante zorg voor het gezin, indien rekening wordt gehouden met terugkeer naar de thuissituatie.

#### **VERVANGENDE EN/OF OVERBRUGGINGSZORG**

- Iets meer dan een kwart van de onderzochte jeugdigen heeft vervangende zorg en/of overbruggingszorg ontvangen tijdens de wachtperiode. Bij de jeugdigen jonger dan 12 jaar heeft het overgrote deel geen vervangende zorg en/of overbruggingszorg ontvangen, tegenover iets minder dan de helft van de jeugdigen ouder dan 12 jaar.
- Jeugdigen die vervangende zorg en/of overbruggingszorg hebben ontvangen hebben gemiddeld genomen een hogere urgentie dan jeugdigen die geen vervangende zorg en/of overbruggingszorg hebben ontvangen.

#### **WACHTTIJD EN CONTACTMOMENTEN**

- De gemiddelde wachttijd is 4,3 maanden, met een spreiding van 0,5 tot 14 maanden.
- Hoe langer een jeugdige wacht op provinciale jeugdzorg, hoe lager de urgentie. Hoge urgentie komt voornamelijk voor bij jeugdigen die korter dan een half jaar wachten.
- Meer dan de helft van de jeugdigen heeft geen contact gehad met Bureau Jeugdzorg of een andere instantie gedurende de wachtperiode. De (beoogde) contactpersonen waren een casemanager van Bureau Jeugdzorg (ruim een kwart), een contactpersoon van de zorgaanbieder (een vijfde deel), een gezinsvoogd (een tiende deel), de zorgaanbieder in combinatie met een casemanager (een tiende deel) en bij ongeveer een derde is dit onbekend.

#### **URGENTIE EN CRISIS**

Ten behoeve van het beoordelen van de mate van urgentie, is op basis van informatie in de dossiers een indeling gemaakt in licht, matig en ernstig.

- Een derde van de onderzochte dossiers is te typeren als niet tot laag urgent, de overige tweederde is matig tot hoog urgent. In de leeftijdsgroep tot 12 jaar is de mate van urgentie gelijk verdeeld, terwijl bij de jeugdigen ouder dan 12 jaar relatief meer matig tot hoog urgente gevallen voorkomen.
- Naarmate de urgentie toeneemt, neemt het aantal crisissituaties ook toe. Ruim de helft van de jeugdigen heeft geen crisissituatie gehad, één op de vijf heeft één of meerdere crisissituaties meegemaakt en in tien van de gevallen is dit onbekend.

- In de onderzochte dossiers komen alle jeugdigen die één of meerdere crisissituaties hebben meegemaakt, uit een eenoudergezin.
- De jeugdigen die geen crisis hebben meegemaakt tijdens de wachtperiode maken deel uit van zowel een- als tweeoudergezinnen.

**OMGEVING**

- Ruim de helft van de onderzochte jongeren bevindt zich in een slechte tot matige kwaliteit van omgeving. De mate van kwaliteit is hoger bij tweeoudergezinnen, dan bij eenoudergezinnen.
- Bij slechte tot matige kwaliteit van de omgeving is ongeveer de helft van de jeugdigen geïndiceerd voor ambulante zorg en/of dagbesteding tegenover bijna alle jeugdigen in een redelijke tot goede kwaliteit van omgeving. Van de voor ambulante zorg en/of dagbesteding geïndiceerde jeugdigen bevindt ruim een derde zich in een slechte tot matige kwaliteit van omgeving, tegenover tweederde in een redelijke tot goede kwaliteit van omgeving. Van de jeugdigen geïndiceerd voor een vorm van verblijf bevindt het merendeel zich in een slechte tot matige kwaliteit van omgeving.