

Vergaderjaar 2009–2010

31 839

Jeugdzorg

Nr. 66

BRIEF VAN DE MINISTER VOOR JEUGD EN GEZIN

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 19 augustus 2010

In deze brief wil ik een drietal onderwerpen rond de wachtlijsten in de geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen (jeugd-ggz) behandelen. Ten eerste de directe aanleiding voor mijn brief: het verschijnen van de nieuwste rapportage van GGZ Nederland over de wachttijden in de geestelijke gezondheidszorg. Ten tweede wil ik graag de resultaten van de zogenaamde doorlichting van de wachtlijsten met u delen. Tot slot wil u informeren over de voortgang van de doorbraakprojecten in de jeugd-ggz. Vanwege de demissionaire status van het kabinet, heeft mijn brief een informeren karakter.

Rapport Wachttijden 2009

Jaarlijks maakt GGZ Nederland een overzicht van de wachttijden voor de ggz. Het rapport maakt onderscheid tussen de wachttijden voor ouderen, volwassenen en jeugdigen. Bij jeugdigen is in 2009 het percentage wachtenden dat de Treeknorm overschrijdt gedaald. Voor de beoordelingswachtfase daalde het percentage van respectievelijk 44% tot 40% en voor de behandelingsfase van 32% naar 28%. De gemiddelde wachttijd van deze fases daalde met een week. Het aantal jeugdigen dat te lang wachtte, daalde in totaal met 10% tot 10 100. In 2009 zijn wederom meer kinderen in de ggz geholpen, een stijging van 5% ten opzichte van 2008. De inspanningen van de sector en het kabinet komen daarmee ook tot uitdrukking in vergelijking met de cijfers over de wachttijden over vorig jaar. Ik hoop dat hiermee de eerste stap is gezet in een blijvende daling van de wachttijden in de jeugd-ggz.

Voor het eerst is het aantal wachtenden boven de Treeknorm gerapporteerd. Dat wil zeggen: alleen problematisch lang wachtenden worden geteld. In voorgaande rapportages werd het aantal wachtenden (de zogenaamde wachtlijst) geteld, ongeacht hoe lang zij op zorg wachtten. Ook cliënten die bijvoorbeeld slechts een week op de wachtlijst stonden, werden voorheen meegenomen. De nieuwe methode geeft een beter inzicht van de schaal van de problematiek. Hiermee sluit de ggz ook beter

aan bij andere sectoren in de jeugdzorg, waar ook de problematisch lang wachtenden worden gerapporteerd. Het aantal jeugdigen dat langer dan de Treeknorm wacht op ggz komt met deze methode op ruim tienduizend. Hoewel dit nog steeds een fors aantal wachtenden is, geeft het een genuanceerder beeld dan de bijna 29 000 uit het rapport over 2008. Voor de volledigheid zijn de cijfers berekend volgens de oude methode toegevoegd in de bijlage.¹

Doorlichting van de wachtlijst

In mijn brief van 9 juni 2009 (31 700 XVII, nr. 45) kondigde ik aan de wachtlijsten in de jeugd-ggz door te lichten om in kaart te brengen welke kinderen op de wachtlijst staan en welke problematiek zij hebben. Met deze doorlichting werd beoogd beter zicht te verkrijgen op de aard van de problematiek van de jeugdigen op de wachtlijst in de jeugd-ggz. Het onderzoek is uitgevoerd door Bureau van Montfoort. U vindt het volledige rapport als bijlage bij deze brief.¹ Het rapport kunt u zien als een verdieping op de jaarlijkse rapportages van GGZ Nederland. Een aantal opvallende resultaten wil ik er voor u uitlichten.

In het rapport wordt weergegeven hoeveel jeugdigen die in 2008 in behandeling zijn genomen, een bepaalde diagnose kregen en wat voor deze diagnoses de gemiddelde wachttijd was voor behandeling. De resultaten geven een zekere kleuring aan de landelijke wachtlijstcijfers. Uit het rapport blijkt dat de wachttijd tot behandeling verschilt tussen diagnoses of stoornissen. De langste gemiddelde wachttijd is er voor de zogeheten categorie stoornissen in de kindertijd (89 dagen). Dat is tegelijkertijd ook de meest voorkomende stoornis (59%). De twee meest voorkomende stoornissen die in deze categorie vallen, zijn pervasieve ontwikkelingsstoornissen (met name autisme spectrum stoornissen) en aandachtstekortstoornissen (met name ADHD). Bijna twee derde van jeugd-ggz cliënten zijn jongens. Het leeuwendeel van de jeugdigen wordt naar de ggz verwezen door zijn of haar huisarts (74%). Bijna twee/derde van de jeugdigen heeft eerder te maken gehad met hulpverlening, een groot gedeelte daarvan met eerdere hulpverlening in de ggz.

Een van de meest opvallende conclusies van het onderzoek is dat een grote groep jeugdigen zich wel bij een zorgaanbieder meldt, maar deze geen behandeling start binnen deze instelling. Bijna een kwart van de jeugdigen die zich melden aan de poort, komt uiteindelijk niet in behandeling. Helaas kon binnen het onderzoek geen verklaring hiervoor gevonden worden. Bij navraag verklaren jeugd-ggz-aanbieders dit resultaat tweeledig: Ten eerste komt het geregeld voor dat na diagnostiek blijkt dat de jeugdige geen psychische stoornis heeft en er dus geen behandeling nodig is. Ten tweede wacht een deel van de jeugdigen niet voor een behandeling door de ggz, maar alleen voor diagnostiek. Een diagnose gesteld door een psychiater is vaak een vereiste voor indicatiestelling voor regelingen zoals een PGB. Een deel van deze cliënten is vaak al eens gediagnosticeerd en behandeld, maar moeten volgens de regelgeving hun diagnose terugkerend laten verversen. Grote groepen jeugdigen staan dus omwille van de (her)indicatiestelling op de wachtlijst. In het verlengde hiervan wordt in het onderzoek geconcludeerd dat de inrichting van het zorgstelsel en de wet- en regelgeving in aangrenzende sectoren gevolgen heeft voor het beroep op de beschikbare capaciteit van de ggz.

Doorbraakprojecten

De resultaten van de eerste ronde van «Versnelling in de jeugd-ggz» leerde ons hoe sterk aanbieders de wachttijden kunnen terugbrengen

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt van de Tweede Kamer der Staten-Generaal.

door de zorg slimmer te organiseren. Reden voor mij om de verdere verspreiding van deze zogenaamde «doorbraakprojecten» binnen de sector te stimuleren. De motie Langkamp (31 700-XVII, nr. 46) beschouwde ik daarom als ondersteuning van dit beleid. Ik heb de landelijke verspreiding van het handboek «versnelling in de jeugd-ggz» verzorgd. Met dit handboek is deze waardevolle kennis beschikbaar voor de gehele sector, zodat iedere jeugd-ggz-aanbieder hiermee aan de slag kan gaan. Bovendien is eind 2009 de door het ministerie van VWS medegefinancierde tweede ronde van het project van start gegaan. Hieraan hebben 37 teams uit 12 instellingen zich op vrijwillige basis aangemeld. De deelnemende professionals werken gedurende één jaar aan concrete zelf geformuleerde doelen: bijvoorbeeld het beperken van de instroom in de specialistische zorg, het bekorten van de duur van de diagnostiek en de behandeling en het bevorderen van de uitstroom. De resultaten worden in februari 2011 gepresenteerd op de slotconferentie. Met deze twee rondes doorbraakprojecten is een groot deel van de jeugd-ggz-aanbieders bereikt. Bij navraag bij instellingen die afzagen van deelname aan de tweede ronde, kwam het beeld naar voren dat veel van hen al hun eigen, vergelijkbare, verbetertraject of reorganisatie van de zorg waren gestart.

De wijdverspreide toepassing van methoden als doorbraak om wachtlijsten te bestrijden, lijkt ook zijn weerslag te hebben in het landelijke beeld: de wachttijden in de jeugd-ggz nemen voor het eerst sinds jaren af. Het is nu van belang om deze ontwikkeling te borgen. Dit moet uiteindelijk gebeuren op lokaal niveau. Ik ben daartoe in overleg getreden met Zorgverzekeraars Nederland en GGZ Nederland. Zorgverzekeraars stellen al de bestrijding van lange wacht- en doorlooptijden aan de orde in de onderhandelingen rond de zorginkoop. Ik heb er vertrouwen in dat een nieuw kabinet samen met de sector de daling van de wachttijden kan uitbouwen.

Ik vertrouw er op u hierbij voldoende te hebben geïnformeerd.

De minister voor Jeugd en Gezin,
A. Rouvoet