Eindrapport onderzoek wachttijd-normering jeugdzorg

7 augustus 2024

Strikt persoonlijk en vertrouwelijk

pwc



Marjolein Cornelissen
PwC Director Healthcare
T: +31 (0)6 12 21 81 49
marjolein.cornelissen@pwc.com

Willeke Bakker
PwC Partner Healthcare
T: +31 (0)6 10 89 31 82
willeke.bakker@pwc.com

PricewaterhouseCoopers Advisory N.V.
Thomas R. Malthusstraat 5, 1066 JR Amsterdam,
Postbus 9616, 1006 GC Amsterdam
T: + 088 792 00 20
F: + 088 792 96 40
www.pwc.nl

Vereniging van Nederlandse Gemeenten
T.a.v. mw. G. Buur
Postbus 30435
2500 GK Den Haag

Datum: 7 augustus 2024
Referentie: 2024-K4F7/WB/MC/CA

Betreft: Aanbieding definitieve rapportage 'Onderzoek naar de toegevoegde waarde en toepasbaarheid van normering van wachttijden in de jeugdzorg en bijbehorende lessen uit andere sectoren'

Geachte mevrouw Buur, beste Gieke,

Met veel genoegen bieden wij u hierbij de definitieve rapportage aan inzake het onderzoek naar de toegevoegde waarde en toepasbaarheid van wachttijdnormering in de jeugdzorg en bijbehorende lessen uit andere sectoren, conform onze offerte van 24 november 2023 met referentie: 16-11-2023-C3V8. Dit definitieve rapport is opgesteld conform onze afspraken vastgelegd in de opdrachtbevestiging van 26 januari 2024.

Dit definitieve rapport hebben wij opgesteld in het kader van het onderzoek naar de mate waarin het vaststellen van een wachttijdnorm voor jeugdzorg mogelijk en vooral zinvol is, en zo ja, of dit op enige manier het startpunt kan zijn voor een objectiveerbare discussie over wachttijden in de jeugdzorg. In dit definitieve rapport maken we een vergelijking met andere zorgsectoren waarbinnen Treeknormen overeengekomen zijn, om *'lessons learned'* en *'best practices'* te identificeren en de toepasbaarheid van wachttijdnormering op de jeugdzorg vast te stellen. Derhalve hebben wij (groeps)interviews gehouden met dertig professionals werkzaam in 21 diverse organisaties uit het brede zorgdomein en hebben wij eveneens documentanalyses uitgevoerd.

In dit definitieve rapport presenteren we een definitief antwoord op de onderzoeksvragen zoals overeengekomen met de opdrachtgever (zie p. 6 voor een gedetailleerd overzicht van de onderzoeksvragen) en bieden we eveneens een vooruitblik (uitgangspunten) voor het aanbrengen van verdieping om de inrichting van de randvoorwaarden op regionaal niveau te versnellen.

Heeft u nog vragen? Neemt u dan gerust contact op met mij of met Marjolein Cornelissen (e: marjolein.cornelissen@pwc.com, t: +31 (0)6 12 21 81 49).

Met vriendelijke groet,

PricewaterhouseCoopers Advisory N.V.

Willeke Bakker
Partner Healthcare Consulting

Managementsamenvatting

Context, beoogd resultaat en onderzoeksmethode

- Dit eindrapport is opgesteld op verzoek van het team Aanpak Wachttijden van het Ondersteuningsteam Zorg voor de Jeugd (OZJ) in het kader van de Aanpak Wachttijden, waarvan de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de opdrachtgevers zijn.
- Het doel van het eindrapport is om inzicht te verschaffen in de mate waarin het vaststellen van een wachttijdnorm voor de jeugdzorg mogelijk is en vooral zinvol is, en zo ja, of dit op enige manier het startpunt kan zijn voor een objectiveerbare discussie over wachttijden in de jeugdzorg.
- Hiertoe maken we een vergelijking met zorgsectoren waarbinnen wachttijdnormering overeengekomen is, met als kader negen met het OZJ afgestemde onderzoeksvragen onderzocht middels deskresearch en (groeps)interviews.

Treeknormen bestaan in zeven zorgsectoren; systematische datacollectie vindt primair plaats in de MSZ, GGZ en LZ

- In drie van de zeven zorgsectoren vindt systematische datacollectie en monitoring plaats ten aanzien van de wachttijden: de medisch specialistische zorg (MSZ), geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en de langdurige zorg (LZ).
- Zorgfinanciers en toezichthouders sturen met name in de MSZ, GGZ en de LZ op de naleving van Treek- en streefnormen.

In geen van deze sectoren blijken de wachttijden structureel af te nemen.[1]

Wachttijdnormen zijn niet de oplossing voor de problematiek in de jeugdzorg, maar kunnen wel de gewenste beweging versnellen

Er zijn drie factoren die volgens de onderzoeksdeelnemers wél bijdragen aan het benutten van wachttijdnormen in de zorg, namelijk: de vaststelling van uniforme definities van wachttijden en doelgroepen evenals een uniforme productstructuur, de verankering van sturingsmogelijkheden op de wachttijdnorm in wet- en regelgeving, en de formulering van wachttijdnormen voor cliëntreizen waarvan het verloop voorspelbaar/planbaar is.

Wachttijdnormen kunnen een positieve impact hebben op doelgroepen waarbij (langdurig) wachten schadelijk is

- Wachttijdnormen zijn met name nuttig om de zorg-/hulpvraag en schaarse benodig-de (of verwachte) capaciteit binnen of tussen regio's op elkaar af te stemmen, het volume aan zorg- of hulpvragen te laten dalen bijvoorbeeld door demedicalisering en toegankelijkheid te vergroten door het voeren van een dialoog over wachttijden.
- Daarbij kan de jeugdzorg leren van passende zorg praktijken in de MSZ, GGZ en de langdurige zorg met soortgelijke knelpunten, zoals het aangaan dan wel versterken van (domeinoverstijgende) samenwerkingen in de vorm van regionale zorgnetwerken.
- De respondenten in dit onderzoek benadrukken daarbij dat het een gezamenlijke verantwoordelijkheid is van het gehele jeugdzorglandschap om te komen tot wachttijdnormen voor zorg- en hulpvormen waarbij (langdurig) wachten schadelijk is.

We identificeren zes randvoorwaarden die het benutten van wachttijdnormen in de jeugdzorg kunnen stimuleren – versnelling is nodig

- Zes randvoorwaarden kunnen het benutten van wachttijdnormen in de jeugdzorg stimuleren: het ontwerpen van een uniform kwaliteitskader, eenduidige definities voor (norm)wachttijden en doelgroepen, de implementatie van een eenduidige en versimpelde productstructuur, een valide en betrouwbare registratie en verzameling van data, meerjarige (boven)regionale contractering zonder volumeprikkels en het stimuleren van regionale samenwerkingen ten aanzien van capaciteitsmanagement.
- Landelijk en regionaal zijn c.q. worden initiatieven ontplooid om deze randvoorwaarden in te vullen; versnelling is nodig alvorens het overeenkomen van wachttijdnormen.

1) Zo constateerde de NZa recent dat – ondanks het bestaan van de Treeknormen – de toegankelijkheid tot de zorg (in het bijzonder GGZ en ziekenhuiszorg) geen vanzelfsprekendheid meer is. Zie Artikel 'NZa treedt op tegen zorgverzekeraars voor niet nakomen zorgplicht' (NZa, 2024)

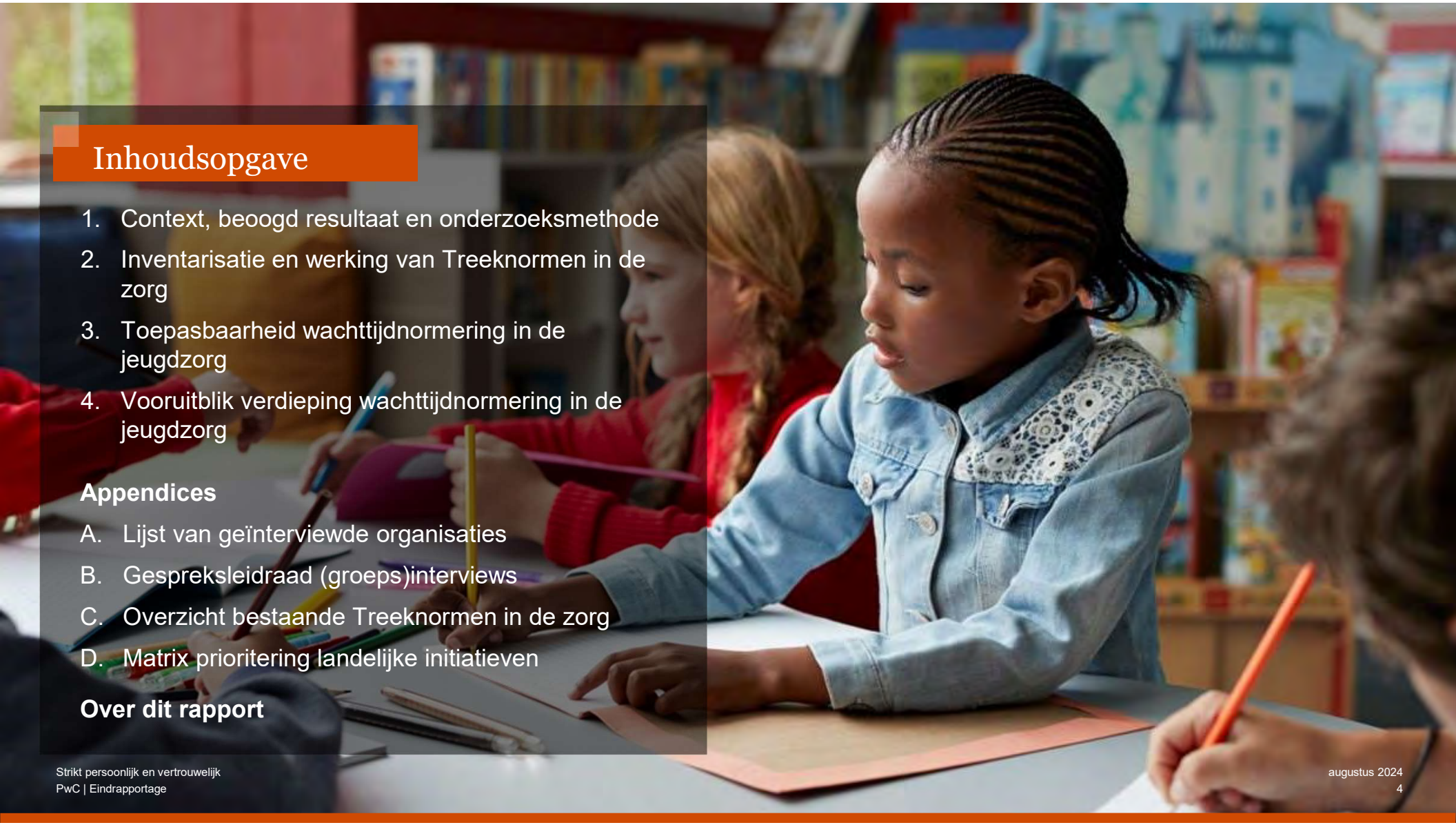
Inhoudsopgave

1. Context, beoogd resultaat en onderzoeksmethode
2. Inventarisatie en werking van Treeknormen in de zorg
3. Toepasbaarheid wachttijdnormering in de jeugdzorg
4. Vooruitblik verdieping wachttijdnormering in de jeugdzorg

Appendices

A. Lijst van geïnterviewde organisaties
B. Gespreksleidraad (groeps)interviews
C. Overzicht bestaande Treeknormen in de zorg
D. Matrix prioritering landelijke initiatieven

Over dit rapport



1

Context, beoogd resultaat en onderzoeksmethode

Context en beoogd resultaat

- Sinds 2015 is de verantwoordelijkheid voor jeugdzorg gedecentraliseerd en onder verantwoordelijkheid van gemeenten gebracht met de invoering van de Jeugdwet.[1] Reden hiervoor was dat zij dichter bij jongeren, kinderen en hun gezin staan, waardoor eerder en effectiever de juiste zorg kan worden geboden en duurdere gespecialiseerde zorg kan worden voorkomen.[2]
- Met de decentralisatie is ook een bezuiniging van 15% doorgevoerd.[3] Ondanks deze bezuiniging zijn de afgelopen jaren de uitgaven aan jeugdzorg snel toegenomen (van € 3,6 mld. in 2015 naar ongeveer € 5,4 - 5,6 mld. in 2019).[4] Mede door de bezuinigingen zijn structurele tekorten ontstaan, waarbij er over 2021 een tekort was van € 1,3 mld. op de jeugdzorg.[5] Inmiddels luiden zowel aanbieders, rechters als gemeenten de noodklok omdat de kwaliteit en toegankelijkheid van jeugdzorg ernstig onder druk staan.[6,7]
- Het Nederlands Jeugdinstituut (NJi) concludeerde eerder al dat informatie over wachttijden moeilijk te monitoren en te verkrijgen is vanwege de decentralisatie naar de verschillende gemeenten.[8] Stichting Het Vergeten Kind beschreef in haar onderzoek uit 2021 dat de kinderen in het onderzoek gemiddeld tien maanden wachtten op therapie, diagnose, of een plek om te wonen.[9]
- Wachttijden in de zorg zelf zijn helaas niets nieuws. Al voor de stelselwijzigingen vanaf 2006 zijn er in de breedte van de zorg Treeknormen opgesteld.[10] Dit zijn normen voor de maatschappelijk aanvaardbare wachttijden voor het leveren van zorg.[11] Sinds 2016 zijn er verschillende moties ingediend en aangenomen in de Tweede Kamer die (het onderzoeken van) normering van wachttijden in de jeugdzorg aanmoedigen.[12]
- Regelmatig zijn onderzoeken en initiatieven gestart ten behoeve van wachttijd-vermindering in de jeugdzorg. Eén van de meest recente inspanningen is de Aanpak Wachttijden[13] en de Hervormingsagenda Jeugd 2023 - 2028.[14]

- In het kader van de Aanpak Wachttijden, waarvan het ministerie van VWS en de VNG de opdrachtgevers zijn, is PwC Advisory door het team Aanpak Wachttijden van het OZJ benaderd om te onderzoeken of het vaststellen van een wachttijdnorm voor de jeugdzorg mogelijk en vooral zinvol is, en zo ja, of dit op enige manier het startpunt kan bieden voor een objectiveerbare discussie over wachttijden in de jeugdzorg. Deze twee hoofdvragen beantwoorden we met als kader negen onderzoeksvragen die zijn afgestemd met het OZJ:

1. In welke zorgsectoren zijn Treeknormen van toepassing, welke verschillende typen Treeknormen bestaan er en op welk typen zorgaanbieders zijn de Treeknormen van toepassing?
2. Op welke wijze wordt er in de verschillende zorgsectoren, waarbinnen Treeknormen van toepassing zijn, gestuurd op de Treeknormen?
3. Wat zijn de *'best practices'* en *'lessons learned'* voor het succesvol werken met Treeknormen in de zorg?
4. Welke zorgsector-specifieke kenmerken dragen bij aan het succesvol werken met Treeknormen?
5. Wat zijn de belangrijkste verschillen tussen de jeugdzorg en andere zorgsectoren?
6. Welke *'best practices'* en *'lessons learned'* voor het succesvol werken met wachttijdnormering zijn mogelijk toepasbaar op de jeugdzorg?
7. Op welk type organisaties en cliëntreizen binnen de jeugdzorg zou wachttijdnormering een positieve impact kunnen hebben?
8. Wat zou een maatschappelijk acceptabele wachttijd voor wachttijdnormering zijn voor jeugdzorg?
9. Wat zijn kansen en risico's bij het opstellen van wachttijdnormering op wachttijden in de jeugdzorg?

1) De geschiedenis van het jeugdstelsel (NJi, n.d.); 2) Jeugdhulp bij gemeenten (Rijksoverheid, n.d.); 3) Knellend jeugdzorgbudget: oorzaak en gevolg (Jeugdzorg Nederland, 2018); 4); Budget en kosten voor jeugdzorg (AnderssonElfersFelix, 2023); 5) Onderzoek toont aan: uitgaven sociaal domein opnieuw gestegen (VNG, 2023); 6) Rechters luiden noodklok over voortdurende verslechtering van zorg voor kwetsbare kinderen (Rechtspraak, 2022); 7) MIND roept op tot snelle wetswijziging voor betere toegang Jeugdzorg (GGZnieuws, 2024); 8) Wacht Maar: onderzoek naar wachttijden en wachtlijsten in jeugdzorg en jeugdhulp (NJi, 2017); 9) Onderzoek geeft voor het eerst inzicht in cijfers wachttijden jeugdzorg (Stichting Het Vergeten Kind, 2021); 10) Kamerstukken II 2002/03, 25 170, nr. 31; 11) Ibid; 12) Kamerstukken II 2021/22, 35 925, nr. 126; 13) Aanpak Wachttijden (Vereniging van Nederlandse Gemeenten, n.d.); 14) Hervormingsagenda Jeugd 2023 - 2028 (Rijksoverheid, n.d.)

In dit onderzoek zijn twee fasen doorlopen om de waarde van het normeren van wachttijden in de jeugdzorg te bepalen

Kwalitatieve onderzoeksopzet

In de onderzoeksopzet is gekozen voor een gefaseerd onderzoek bestaande uit een combinatie van deskresearch en (groeps)interviews. We hebben ons in de interviews, conform het onderwerp wachttijdnormen en de jeugdzorg, gericht op een breed scala aan zorgorganisaties.

Wij hebben in totaal dertig respondenten geïnterviewd van 21 verschillende organisaties (zie Appendix A), verdeeld over zes groepen[1]:

- Vijf brancheorganisaties
- Vier (vertegenwoordigers of ondersteuners van) financiers
- Drie toezichthouders of kenniscentra
- Eén beroepsorganisatie
- Zes jeugdhulp- en zorgaanbieders
- Twee patiënt- of cliëntvertegenwoordigers

Voor de groepsinterviews is gebruik gemaakt van een gespreksleidraad (zie Appendix B). Van elk gesprek is een verslag gemaakt dat heeft gediend als basis voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen.[2]

Fase 1: Inventarisatie en werking van Treeknormen in de zorg

Activiteiten:

1. **Bepalen** van bestaande (Treek)normen en de sectoren waar deze genormeerd zijn, alsmede het **identificeren** van de verschillende typen (Treek)normen en de aanbieders die hiermee te maken hebben
2. **Onderzoeken** op welke wijze er in de verschillende zorgsectoren gestuurd wordt op de (Treek)normen
3. **Identificeren** van sectoren waar het werken met (Treek)normen **succesvol** is geweest (‘*best practices’),* identificeren van sectoren waar dat **niet het geval is** (‘*lessons learned’*) en identificeren wanneer succesvol met een (Treek)norm wordt **gewerkt**
4. **Vaststellen** van de specifieke **kenmerken** van de verschillende zorgsectoren die invloed hebben op het succesvol werken met de (Treek)normen, en hoe de mate van succes **verschilt per type aanbieder**

Fase 2: Toepasbaarheid en waarde normering in de jeugdzorg

Activiteiten:

5. **Vergelijken** en vaststellen van de belangrijkste verschillen tussen de jeugdzorg en de sectoren met (Treek)normen
6. **Bepalen** welke ‘*lessons learned*’ en ‘*best practices’* rond het werken met wachttijdnormering voor wachttijden het beste **toepasbaar** zijn op de jeugdzorg
7. **Onderzoeken** op welk type organisaties en cliëntreizen binnen de jeugdzorg wachttijdnormen een positieve impact kunnen hebben
8. **Onderzoeken** wat binnen de jeugdzorg acceptabele wachttijden zouden kunnen zijn
9. **Analyseren** van kansen en risico’s bij het opstellen van wachttijdnormering in de jeugdzorg

Fase 3: Vooruitblik verdieping wachttijdnormering

Exacte inhoud van de vooruitblik naar de verdieping wordt op basis van de evaluatie na fase 1 & 2 vormgegeven[3]

Activiteiten:

10. **Filteren** van lessen uit fase 1 en 2 naar **uitgangspunten** voor fase 3
11. **Selecteren** van regio’s op basis van. beschikbare data en mogelijke sturing daarop
12. **Selecteren** van aanbieders en zorgsoorten/doelgroepen binnen de regio’s op basis van vergelijkbaarheid met aanbieders uit sectoren met Treeknormen
13. **Opstellen** van een projectplan met daarin:
    - …een ontwerp voor de verdieping met de regio’s en -aanbieders (inclusief vaststellen zorgsoorten/doelgroepen)
    - …een projectstructuur waarin gremia en vergaderfrequenties vastgelegd zijn voor afstemming met relevante stakeholders
    - …een implementatieplan met een (mijlpalen)planning en duidelijke taakverdeling per gremium/stakeholder
    - …een monitoringsplan

Legenda: Activiteiten = de uitvoering van fase drie is out of scope voor de bevestigde opdracht[4]

1) Onder (vertegenwoordigers of ondersteuners van) financiers vallen zorgfinanciers uit de Zorgverzekeringswet of Wet langdurige zorg, evenals inkooporganisaties die namens gemeenten bepaalde producten of diensten inkopen. Met brancheorganisaties bedoelen we in de context van dit onderzoek brancheorganisaties van zorgaanbieders in het brede zorgdomein (zoals de medisch specialistische zorg, gehandicaptenzorg) en jeugdhulporganisaties; 2) De gespreksverslagen zijn aan de geïnterviewde partijen voorgelegd ter verificatie, waarna een definitief gespreksverslag diende als datafundament voor dit onderzoek; 3) De bevestigde opdracht ziet enkel toe op de uitvoering van fase één en fase twee, en het bieden van een vooruitblik naar de verdieping wachttijdnormering in de jeugdzorg; 4) Ibid

We definiëren jeugdzorg in dit onderzoek als zorg voor de jeugd, hetgeen jeugdhulp, -bescherming en -reclassering omvat

Jeugdigen moeten veilig kunnen opgroeien

Jeugdzorg omvat ondersteuning (hulp en/of zorg) aan jeugdigen of hun ouders, gericht op het zorgen dat jeugdigen veilig kunnen opgroeien, hetgeen een bijdrage levert aan het bevorderen van zelfredzaamheid dan wel de deelname aan de maatschappij.[1,2] Deze zorg is gericht op jeugdigen tussen de nul en achttien jaar.[3] Hiertoe helpen jeugdhulpaanbieders en gecertificeerde instellingen kinderen, jongeren en ouders.[4] Deze hulp kan zowel thuis als op een andere locatie worden geboden, voor zowel individuen als gezinnen en kan zowel kortdurend als langdurend zijn.[5] Gewoonlijk ontvangen jeugdigen hulp op vrijwillige basis, maar dit kan ook worden opgelegd door de kinderrechter in het geval van jeugdbescherming en jeugdreclassering. Jeugdzorg is een verzamelterm voor jeugdhulp, -bescherming en -reclassering.[6] Graag lichten we dit nader toe:

Jeugdhulp

- Jeugdhulp omvat alle typen hulp en ondersteuning op gebied van licht verstandelijke beperkingen (lvb), opvoedvragen en geestelijke gezondheidszorg voor de jeugd.[7]
- Jeugdhulp varieert van licht ambulant (zonder verblijf, bijvoorbeeld via wijk- of buurtteams) tot (hoog) gespecialiseerde zorg (met mogelijk verblijf in instellingen).[8]
- Jeugdhulp wordt uitgevoerd door jeugdhulpaanbieders.[9]

Jeugdbescherming

- Jeugdbescherming betreft de vrijwillige of verplichte hulp bij het opvoeden van kinderen indien ouders hun pedagogische verantwoordelijkheid niet nemen of kunnen waarmaken.[10]
- Als de vrijwillige hulp onvoldoende blijkt of wordt geweigerd, dan kan een kinderrechter na onderzoek kinderen onder toezicht of voogdij stellen.[11]
- Jeugdbeschermingsmaatregelen mogen enkel worden uitgevoerd door gecertificeerde instellingen.[12]

Jeugdreclassering

- Jeugdreclassering omvat het helpen, begeleiden en controleren van jeugdigen die in aanraking zijn geweest met de politie, een proces-verbaal hebben ontvangen en jeugdreclassering opgelegd krijgen.[13]
- Jongeren krijgen een gepersonaliseerd behandelplan om recidieven te voorkomen. Begeleiding kan bestaan uit geestelijke gezondheidszorg behandelingen of coaching.[14]
- Jeugdreclassering mag enkel worden uitgevoerd door gecertificeerde instellingen.[15]

1) Jeugdzorg uitgelegd (Jeugdzorg Nederland, 2023); 2) Zie ook de definitie van jeugdzorg in de Jeugdwet; 3) Verlengde jeugdhulp kan mogelijk zijn voor jongeren tot 23 jaar, bijvoorbeeld als de jeugdhulp nog niet afgerond is. Zie *'Impact maken met jeugdbeleid'* (NJi, n.d.); 4) Jeugdzorg Nederland, 2023; 5) Ibid; 6) Ibid; 7) Wat is het verschil tussen jeugdzorg en jeugdhulp? (Nederlands Jeugdinstituut, n.d.); 8) Ibid; 9) Ibid; 10) Jeugdbescherming (Ministerie van VWS, 2023); 11) Ibid; 12) Ibid; 13) Jeugdreclassering (Ministerie van VWS, 2023); 14) Ibid; 15) Ibid

2

Inventarisatie en werking van Treeknormen in de zorg

Treeknormen bestaan in zeven zorgsectoren; systematische datacollectie betreft primair MSZ-, GGZ- en de langdurige zorg

Treeknormen zijn overeengekomen voor zorgvormen uit hoofde van de Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg

Treeknormen zijn normen voor de maximaal maatschappelijk aanvaardbare toegangs- en wachttijden waarbinnen cliënten of patiënten zorg moeten kunnen ontvangen. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) definieert *toegangstijd* als de tijd tussen de aanmelding en het eerste contactmoment en *wachttijd* als de tijd tussen het eerste contactmoment en de diagnose of behandeling.[1] De Treeknormen vormen een richtlijn voor de maatschappelijk aanvaardbare wachttijden voor (niet-)spoedeisende zorg binnen de reikwijdte van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz).[2] De Treeknormen zijn eveneens verankerd in wet- en regelgeving.

De Treeknormen zijn overeengekomen door financiers en zorgaanbieders op basis van hun professionele opinie en de stand van de wetenschap en praktijk.[3] Treeknormen bestaan momenteel voor zeven zorgsectoren (zie Appendix C): geneesmiddelen, huisartsenzorg, medisch-specialistische zorg (MSZ), paramedische zorg, mondzorg, geestelijke gezondheidszorg (GGZ)[4,5] en de langdurige zorg.[6,7] Treeknormen bieden een basis voor het voeren van een dialoog over toegangs- en wachttijden in de zorg. Daarnaast spelen de Treeknormen een belangrijke rol in de beleidsontwikkeling van zorgorganisaties en -inkopers bij het verminderen van toegangs- en wachttijden.[8]

Wachttijden worden momenteel niet genormeerd voor jeugdhulp binnen de reikwijdte van de Jeugdwet.[9] Wat betreft maatschappelijke hulp (Wet maatschappelijke ondersteuning) geldt dat gemeenten binnen acht weken een besluit dienen te nemen over de te vergoeden hulp.[10] Het consumentenprogramma Kassa constateert echter dat deze aanvragen geregeld niet binnen deze termijn worden afgehandeld.[11] Gemeenten benoemen hiervoor drie oorzaken: personeelstekorten bij zowel gemeenten als hulpaanbieders en de groeiende vraag wegens het lage Wmo-abonnementstarief.[12]

Systematische wachttijdenmonitoring betreft voornamelijk zorg binnen de MSZ, GGZ en de langdurige zorg

Hoewel de Treeknormen zijn opgesteld voor zorg in zeven zorgsectoren, varieert de mate van monitoring sterk per zorgsector. Zo worden toegangs- en wachttijdgegevens niet verzameld in de zorgsectoren geneesmiddelen, huisartsenzorg, mondzorg, paramedische zorg en wijkverpleging (Zvw).[13] In een Tweede Kamerstuk schreef de vaste commissie van het ministerie van VWS in 2019 dat wachttijden of -lijsten destijds geen significant probleem waren binnen deze zorgsectoren.[14] In de wijkverpleging is omwille van administratieve lasten afgezien van wachttijd- en wachtlijstregistratie, met uitzondering van casemanagement dementie.[15]

Wachttijdgegevens voor de MSZ en GGZ worden systematisch verzameld via het Zorgbeeldportaal van de NZa en omvatten wachttijden voor het eerste consult, de diagnose en (poliklinische) behandelingen, met details per specialisme.[16-18] Binnen de langdurige zorg zijn naast toegangs- en wachttijden ook wachtlijsten relevant, oftewel het aantal wachtenden.[19] Binnen wachtlijsten maken Wlz-zorgaanbieders en zorgkantoren een onderscheid tussen de status van wachtenden, zoals urgent plaatsen, actief plaatsen, wachten op voorkeur en wachten uit voorzorg.[20,21] Zorgkantoren rapporteren maandelijks aan het Zorginstituut Nederland over de wachtlijsten. De verzamelde wachttijdinformatie wordt doorgaans benut ter informatie (richting cliënten), voor afspraken met zorgfinanciers of vanuit een juridische plicht (zoals de zorgplicht).[22]

In de sectoren waarbinnen wachttijdgegevens systematisch worden verzameld komen onder andere de volgende zorgaanbieders in aanraking met Treeknormen:

- Ziekenhuizen, universitair medische centra en zelfstandige behandelcentra;
- GGZ-instellingen en vrijgevestigde GGZ-praktijken;
- Verpleeg- of verzorgingstehuizen en gehandicaptenzorginstellingen.

1) Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw (NZa, 2017); 2) Kamerstukken II 2002/03, 25 170, nr. 31; 3) Ibid; 4) Kamerstukken II 2002/03; 5) NZa, 2017; 6) De NZa schrijft dat langdurige zorg langdurige GGZ-zorg, langdurige gehandicaptenzorg en langdurige verpleging & verzorging betreft; 7) Quick scan 'wachttijden en wachtlijsten in de zorg' (Vaste commissie VWS, 2019); 8) Kamerstukken II 2002/03; 9) Wettelijke normen bestaan voor gecertificeerde instellingen inzake jeugdbescherming, zie ook de Jeugdwet; 10) Artikel 'Duizenden mensen wachten vaak maanden op Wmo-hulp van de gemeente' (Kassa, 2023); 11) Ibid; 12) Ibid; 13) Vaste commissie VWS, 2019; 14) Ibid; 15) Ibid; 16) Regeling Aanleveren wachttijden MSZ (NZa, 2023); 17) Transparantieregeling zorgaanbieders GGZ (NZa, 2017); 18) NZa, 2023; 19) NZa, 2017; 20) Ibid; 21) Landelijke rapportage wachtlijsten verpleegzorg (Wlz) 2e kwartaal 2023 (ZN, 2023); 22) Vaste commissie VWS, 2019

Zorgfinanciers en toezichthouders sturen met name in de MSZ, GGZ en de langdurige zorg op de naleving van Treeknormen

Sturing op de Treeknormen is de gedeelde verantwoordelijkheid van zorgaanbieders, zorgfinanciers en toezichthouders

Het beleid en de regelgeving ten aanzien van de registratie van wachttijden is belegd bij de NZa en het ZIN.[1] De NZa schrijft voor dat zorgfinanciers zich vanwege hun Zvw- of Wlz-zorgplicht moeten inspannen om hun verzekerden tijdig zorg te kunnen laten ontvangen.[2,3] De NZa en Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) houden toezicht op de naleving van deze zorgplicht.[4,5] Waar nodig schakelt de NZa met de IGJ voor toezicht op individuele zorgaanbieders die niet voldoen aan de Treeknormen indien de continuïteit van de zorg in het geding is. De NZa heeft in de afgelopen jaren gerapporteerd over de wachttijdenaanpak van zorgverzekeraars en -kantoren in de MSZ, GGZ en langdurige zorg.[6] In Tabel 1 bieden we een overzicht aangaande hoe actoren handelen ten aanzien van de Treeknormen bij het realiseren van tijdige zorg[7]. Eén voorbeeld is dat zorgaanbieders en zorgfinanciers als onderdeel van hun gesprekken afspraken maken over het tijdig aanbieden (en monitoren) van zorg binnen de Treeknormen.[8] Daarnaast hanteren Wlz-zorgaanbieders en zorgkantoren in de langdurige zorg, bovenop Treeknormen, streefnormen die afhankelijk zijn van wachtstatus en zorgclassificatie.[9]

Tabel 1: Overzicht rollen en sturingsmogelijkheden op Treeknormen

Financieringswet	**Zorgverzekeringswet (Zvw)**		**Wet langdurige zorg (Wlz)**
Zorgsector	**Medisch Specialistische Zorg**	**Geestelijke Gezondheidszorg**	**Langdurige Zorg (GGZ, GHZ en V&V)**
Rol zorgaanbieders	MSZ-aanbieders zijn verplicht wachttijden (diagnostiek en [poliklinische] behandelingen) te publiceren op hun website.[10] Ook dienen zij patiënten actief te attenderen op de mogelijkheid van wachtlijstbemiddeling door de zorgverzekeraar bij overschrijding van de Treeknormen.[11] Tot slot dienen MSZ-aanbieders tweewekelijks hun wachttijden te delen met de NZa.[12]	GGZ-aanbieders zijn verplicht wachttijden per hoofddiagnosegroep te publiceren op hun website.[13] Ook dienen zij patiënten actief te attenderen op de mogelijkheid van wachtlijstbemiddeling door de zorgverzekeraar bij overschrijding van de Treeknormen.[14] GGZ-aanbieders zijn verplicht maandelijks actuele wachttijden te delen met de NZa.[15]	Zorgaanbieders die zorg leveren binnen de reikwijdte van de Wlz zijn verplicht informatie over wachttijden en -lijsten beschikbaar te stellen via iWlz.[16] Het Zorginstituut Nederland publiceert maandelijks overzichten van het aantal wachtenden en de wachttijden in de Wlz.[17]
Rol zorgfinanciers	Zorgfinanciers sturen op Treeknormen via vijf thema's: inzicht creëren in de wachtlijstenproblematiek, zorgbemiddeling bieden aan verzekerden, het maken van en monitoren van (contractuele) afspraken met zorgaanbieders aangaande het verbeteren van toegankelijkheid, herinrichten van eigen interne bedrijfsprocessen aangaande toegankelijkheid en het (bestuurlijk) agenderen van toegankelijkheid.[18] Zorgkantoren monitoren maandelijks de ontwikkelingen aangaande wachtlijsten in de Wlz op basis van Treek- en streefnormen, en dienen wachtende verzekerden overbruggingszorg aan te bieden.[19]		
Rol toezichthouders	De NZa kan formele maatregelen (zoals aanwijzingen of een last onder dwangsom) of informele maatregelen (zoals voorlichtingen, waarschuwingen en openbaarheid over maatregelen) treffen jegens zorgfinanciers indien zij niet aan de zorgplicht voldoen.[20] Daarnaast kan de NZa maatregelen treffen jegens MSZ- en GGZ-zorgaanbieders indien zij niet hun actuele wachttijden delen met de NZa.[21]		
Stand van zaken wachttijden zorgsector	De NZa heeft geconstateerd dat de MSZ-wachttijden sinds 2013 stijgen. Op dit moment zijn 46% van de wachttijden tot een MSZ-behandeling langer dan de overeengekomen Treeknorm.[22]	Ondanks inspanningen in de afgelopen decennia om GGZ-wachttijden te reduceren, constateert het Zorginstituut Nederland dat dit niet heeft geholpen om de wachttijden te verminderen.[23]	De NZa constateert dat op de lange termijn het aantal wachtenden in de Wlz stijgt, mogelijk ten gevolge van aanhoudende personeelstekorten in deze zorgsector.[24]

1) Quick scan 'wachttijden en wachtlijsten in de zorg' (Vaste commissie VWS, 2019); 2) Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars (NZa, 2018); 3) Toezichtkader Zorgplicht Wlz (NZa, 2016); 4) Vaste commissie VWS, 2019; 5) Rapport Wachtenden in de langdurige zorg (NZa, 2017); 6) Brief aan de minister van VWS (NZa, 2017); 7) Controles op de wachttijdenaanpak van zorgverzekeraars (NZa, 2020); 8) Ibid; 9) Voorschrift zorgtoewijzing 2023 (ZN, 2023); 10) Regeling Wachttijden en wachttijdbemiddeling MSZ (NZa, 2021); 11) Ibid; 12) Regeling Aanleveren wachttijden MSZ (NZa, 2023); 13) Transparantieregeling zorgaanbieders ggz (NZa, 2017); 14) Ibid; 15) Ibid; 16) Wachtlijstinformatie Wlz (ZIN); 17) Ibid); 18) NZa, 2020; 19) Ibid; 20) Beleidsregel Handhaving (NZa, 2021); 21) Ibid; 22) Data afkomstig van StaatVenZ 2022; 23) Rapport 'Niemand kan het alleen' (ZIN, 2023); 24) Monitor 'Toegankelijkheid van zorg' (NZa, 2023)

De onderzoeksdeelnemers benadrukken dat wachttijdnormen niet de oplossing zijn voor de problematiek in de jeugdzorg…

Tegelijkertijd benoemen zij dat Treeknormen als vliegwiel kunnen dienen om de problematiek in de jeugdzorg inzichtelijk te maken en de gewenste beweging rondom het vergroten van toegankelijkheid in de sector op gang te kunnen brengen

Wachttijdnormen zijn niet de oplossing voor de problematiek in de jeugdzorg…[1]

- De respondenten in ons onderzoek van MSZ, GGZ en langdurige zorg aanbieders geven aan dat de (introductie van) Treeknormen **geen gouden sleutel** is voor het verminderen van wachttijden in de zorg.
- Ook constateerde de NZa recent dat - ondanks het bestaan van Treeknormen - de **toegankelijkheid** tot de zorg (in het bijzonder GGZ en ziekenhuiszorg) **geen vanzelfsprekendheid** meer is.[2]
- Daarbij benadrukt de NZa dat zorgfinanciers en zorgaanbieders **samen moeten werken** om wachttijden in de regio te verminderen.[3]

…maar ze kunnen bijdragen aan het starten van de gewenste beweging in de sector…

- De aanwezigheid van Treeknormen **stimuleert financiers en zorgaanbieders om het gesprek te voeren** over het realiseren van tijdige zorg-/hulpverlening, volgens respondenten in ons onderzoek
- Daarnaast geven zij aan dat het bestaan van Treeknormen bijdraagt aan het stimuleren van (volume) discussies rondom **passende en zinnige zorg**[4], en het gesprek over **eenduidigheid** en **kwaliteit** van **zorg**.
- Tot slot benoemen zij dat de formulering van de Treeknormen heeft geleid tot **verhoogde maatschappelijke en politieke aandacht** voor het verminderen van wachttijden.

…door het bieden van inzicht, faciliteren van sturing en als handhavingsinstrument

- Het inzichtelijk maken van wachttijden en het stellen van normen biedt (potentiële) patiënten/cliënten **inzicht** in de status van wachttijden voor specifieke behandelingen en specialismen.
- Partijen kunnen **wachttijdinformatie** en bijbehorende **wachttijdnormen** gebruiken als middel om bij het maken van onderlinge budgetafspraken te **sturen op de inkoop en levering van tijdige en passende zorg**.
- Wachttijdnormen bieden een kader voor toezichthouders om te **handhaven op het leveren van tijdige zorg**.

1) Zo benoemt het OZJ op haar website dat het wachttijdprobleem in de jeugdzorg een systeemprobleem betreft, hetgeen oplossingen vereist op verschillende lagen in het systeem; 2) Artikel 'NZa treedt op tegen zorgverzekeraars voor niet nakomen zorgplicht' (NZa, 2024)'; 3) Ibid; 4) Hetgeen aansluit op lopende landelijke beleidsprogramma's, waaronder het Integraal Zorgakkoord

...er zijn echter wel drie factoren die volgens hen bij kunnen dragen aan het benutten van wachttijdnormen in de zorg

Er zijn drie factoren die bijdragen aan het werken met Treeknormen...

Vaststelling van uniforme definities met het zorgveld
Het vaststellen van een uniforme definitie van wachttijden en doelgroepen, evenals een uniforme productstructuur, leggen het fundament voor zowel het betrouwbaar meten als het voeren van een dialoog over wachttijden. Gedragen definities voorkomen discussies over definitiekwesties en faciliteren vergelijkingen tussen aanbieders en regio's. Zo heeft de NZa met het zorgveld wachttijddefinities voor de MSZ, GGZ en Wlz opgesteld.

Verankering sturing op norm in wet- en regelgeving
De Treeknormen zijn gekoppeld aan wettelijke verplichtingen, hetgeen expliciete aandacht vestigt op het verminderen van wachttijden. Zorgaanbieders[1] moeten rapporteren over wachttijden en zorgfinanciers hebben de wettelijke plicht om 'tijdige zorg'[2] in te kopen en te bemiddelen. De NZa ziet toe op de naleving van de wettelijke plicht van zorgverzekeraars.

Mate van de voorspelbaarheid van de doorlooptijd
Het formuleren van normwachttijden is gemakkelijker wanneer de doorlooptijd (in-, door- en uitstroom) van de cliëntreis voorspelbaar is. Indien het complex is om zorg-activiteiten en in-, door- en uitstroom te voorspellen, is het lastig om wachttijdnormen goed te benutten.

...daarbij leren we twee belangrijke lessen over het werken met Treeknormen…

Treeknormen kunnen bijdragen aan het voeren van een dialoog over wachttijden
Geïnterviewde partijen gaven aan dat het vaststellen van een norm voor wachttijden helpt om het gesprek te voeren in de zorgketen (zorgfinanciers en -aanbieders, cliëntorganisaties en toezichthouders) over hoe de toegankelijkheid van de zorg verbeterd kan worden. Daarbij gaven partijen aan dat de norm primair een informerende functie dan wel richtinggevende functie dient te hebben. De normen helpen om bewustwording te creëren over wachttijden in de zorgsector.

Het koppelen van de norm aan zorgclassificaties
Onze respondenten beschreven dat de wachttijden-statistiek niet altijd een reëel beeld geeft van de werkelijke wachttijden. Dit doordat de Treeknormen geen informatie bevatten over de oorzaak van het wachten (zoals electief wachten of moeten wachten voor sequentiële afspraken). Streefnormen[3] worden gehanteerd in de Wlz, waarin onderscheid wordt gemaakt in de zorg-classificatie in relatie tot wachttijden. Het koppelen van de norm aan zorgclassificaties biedt waardevolle wachttijdenstatistiek die zorgaanbieders en -financiers kunnen gebruiken om op wachttijden te sturen.

...en identificeren we twee *'best practices'* voor het werken met Treeknormen

Het inrichten van regionaal capaciteitsmanagement
Een terugkerend onderwerp in de interviews is het inrichten van regionale samenwerkingsverbanden waarbinnen integraal capaciteitsmanagement plaatsvindt. In deze structuur werken zorgpartijen in of tussen regio's als partners met elkaar om de zorgvraag en het zorgaanbod op elkaar af te stemmen.[4] Het doel van deze structuren is het tijdig vinden van een passende plek voor mensen met een zorgvraag. Regionaal capaciteitsmanagement helpt om transparantie te creëren inzake beschikbare capaciteit.

Standaardiseren en uniformeren van kennis
Eén van de benoemde *'best practices'* betreft het netwerk GEM als onderdeel van GezondVeluwe.[5] In deze netwerkorganisatie worden alle competenties en behandelperspectieven van GGZ-professionals gebundeld. Het benutten van Treeknormen biedt een kans om kennis te delen over effectieve behandelingen, voor het gezamenlijk ontwikkelen van richtlijnen en voor het gezamenlijk uitvoeren van onderzoeken. Dit vraagt wel van zorgpartijen, zoals regionale zorgaanbieders en beroepsverenigingen, dat zij met elkaar aan tafel gaan om inzicht te creëren en kennis te delen.

1) Dit betreft zorgaanbieders in de MSZ, GGZ en Wlz; 2) Treeknormen vormen de definitie van een redelijke termijn voor het leveren van 'tijdige zorg'; 3) Wlz-zorgaanbieders en zorgkantoren maken in Wlz-wachtlijsten een onderscheid tussen de status van wachtenden, zoals urgent plaatsen, actief plaatsen, wacht op voorkeur en wacht uit voorzorg evenals op basis van zorgclassificaties; 4) Zo worden onder andere in enkele regio's ROAZ-overlegstructuren benut voor het afstemmen van zorgvraag en zorgaanbod; 5) GEM is een afkorting voor 'ecosysteem mentale gezondheid'. Naast GezondVeluwe, wordt ook geëxperimenteerd met GEM in vier andere regio's: de Achterhoek, Midden-IJssel, Amsterdam Zuidoost en het Rijk van Nijmegen

We identificeren zes zorgsector-specifieke kenmerken die het benutten van wachttijdnormen in de zorg kunnen stimuleren

Deze kenmerken zijn geïdentificeerd op basis van interviews met respondenten werkzaam in de MSZ, GGZ en de langdurige zorg

Geïnterviewde partijen die affiniteit hebben met wachttijdnormen in de MSZ, GGZ en de langdurige zorg[1] beschrijven dat het benutten van wachttijdnormen één van meerdere factoren is geweest die een bijdrage heeft geleverd aan een positieve ontwikkeling, waarbij met minder capaciteit meer wordt gerealiseerd in de zorg. Dit past bij de recente ontwikkelingen rondom passende zorg en het Integraal Zorgakkoord, hetgeen onder andere tot doel heeft om de zorg in de toekomst toegankelijk te houden.[2] In Tabel 2 bieden we een overzicht van de zorgsector-specifieke kenmerken, beschrijvingen van de kenmerken en hoe de kenmerken bijdragen aan het benutten van wachttijdnormen.[3]

Tabel 2: Kenmerken die bijdragen aan het benutten van met wachttijdnormen

Kenmerk	Beschrijving kenmerk	Bijdrage aan succesvol werken met wachttijdnormen
1 **Betrouwbare wachttijdinformatie en registratie**	Wachttijden worden op een consistente wijze gemeten, op accuraatheid gevalideerd en aangeleverd bij een centrale vertrouwde dataverwerker ter publicatie	Inzicht in wachttijdeninformatie biedt een grove indicatie van de omvang en locatie van wachttijdenproblematiek in de zorgsectoren. Op basis hiervan werken alle actoren vanuit hetzelfde beeld.
2 **Vastgestelde (norm)definitie, productstructuur en doelgroepen**	Een eenduidige (norm)definitie voor wat (acceptabele) 'wachttijden' omvatten, een uniforme productstructuur evenals vastgestelde doelgroepen	Eenduidige definities bieden duidelijkheid aan de zorgsector in hoe wachttijden gemeten dienen te worden. Daarnaast kunnen hiermee vergelijkingen gemaakt worden tussen zorgsectoren (bijvoorbeeld het vergelijken van trends in ontwikkeling van wachttijden) en binnen en tussen zorgregio's op basis van actuele wachttijdeninformatie en een uniforme productstructuur.
3 **Aanwezigheid van (meerjarig) financieel comfort**	Aanwezigheid van een meerjarig financieel contract tussen zorgaanbieders en zorgfinanciers, hetgeen ruimte biedt voor innovatie gericht op de borging van de toegankelijkheid.	Zorgaanbieders voelen voldoende financieel comfort om innovaties te ontwikkelen en te implementeren binnen de eigen organisatie en/of regio om de toegankelijkheid van de zorg te verbeteren. Bovendien vermindert financieel comfort mogelijke individuele deelbelangen in regionale samenwerkingen.
4 **Aanwezigheid van een uniform kwaliteitskader**	Een uniform kwaliteitskader beschrijft de uitgangspunten voor het leveren van kwalitatief goede zorg in een zorgsector.	De aanwezigheid van een kwaliteitskader verduidelijkt de verantwoordelijkheden van actoren in de zorgsector, gewenste zorguitkomstmaten en biedt richtlijnen (*'best practices'*) voor het leveren van zorg.
5 **Aanwezigheid van een structuur voor regionale samenwerking**	Een regionale samenwerkingsstructuur betreft de samenwerking tussen zorgaanbieders, zorgfinanciers en andere organisaties.[4]	Deze regionale samenwerkingsstructuren kunnen benut worden voor de samenwerking op het gebied van regionaal capaciteitsmanagement en de uitwisseling van wachttijdreductie-initiatieven.
6 **Verankering van de sturing op wachttijdnormering**	De verankering van de verantwoordelijkheden van zorgfinanciers en zorgaanbieders in wet- en regelgeving evenals dat zorgfinanciers en zorgaanbieders hierover afspraken maken.[5]	Verankering van de sturing op wachttijdnormering biedt duidelijkheid aan de zorgsector aangaande de verantwoordelijkheden van zorgfinanciers en zorgaanbieders in het verminderen van wachttijden en wat zij van elkaar hierin kunnen verwachten.[6]

1) In de langdurige zorg worden ook 'streefnormen' gehanteerd, zie p.11; 2) Integraal Zorgakkoord: 'Samen werken aan gezonde zorg' (Rijksoverheid, 2022); 3) Onder wachttijdnormen worden zowel Treeknormen als streefnormen verstaan, hetgeen wordt gehanteerd in de langdurige zorg binnen de reikwijdte van de Wlz als aanvulling op de Treeknormen; 4) Zoals patiënt- of cliëntorganisaties, inkooporganisaties, brancheorganisaties of inkooporganisaties; 5) Zoals de verankering van de verplichting om wachttijden verplicht te publiceren die geldt voor de zorgsectoren MSZ en GGZ, zie als voorbeeld 'Regeling Wachttijden en wachttijdbemiddeling medisch specialistische zorg - NR/REG-1823a' gepubliceerd door de NZa in 2018; 6) De norm kan hiernaast een stimulus bieden voor het verminderen van werkvoorraden, indien de normeringen een kortere wachttijd beslaan dan de actuele werkvoorraden van zorgaanbieders.

3

Toepasbaarheid wachttijdnormering in de jeugdzorg

De jeugdzorg verschilt op drie primaire punten van andere zorgsectoren waarin wachttijdnormen worden gehanteerd

1 Decentralisatie organisatie van het jeugdzorglandschap

Sinds de decentralisatie van de jeugdzorg wordt jeugdzorg lokaal, regionaal of bovenregionaal ingekocht door gemeenten, die elk hun eigen beleidsvrijheid en inkoopproces hebben. Daarbij hebben gemeenten een jeugdhulpplicht om alle vormen van jeugdhulp beschikbaar te stellen - en geen zorgplicht[1]. Gemeenten mogen tevens zelfstandig de toegang tot jeugdhulp organiseren.

Elke gemeente heeft de vrijheid om jeugdzorg in te kopen middels *'open house'* aanbesteding.[2] Door de verschillen in inkoopbeleid en door *'open house'* aanbesteding is een versnipperd jeugdzorglandschap ontstaan. Dit heeft geleid tot een toename van kleine jeugdhulpaanbieders alsook een verhoging van administratieve lasten. Zo moeten regionale jeugdhulpaanbieders rekening houden met de verschillen in gemeentelijk beleid in de verantwoording van geleverde jeugdhulp.

Als onderdeel van de Hervormingsagenda Jeugd 2023-2028 is een traject gestart door de Vereniging van Nederlandse Gemeenten aangaande het standaardiseren van de inkoop van jeugdhulp door gemeenten om de versnippering te verminderen.

2 Complexiteit van de hulpvraag en de cliëntreis

Onder de jeugdzorg wordt jeugdhulp, jeugdbescherming en jeugdreclassering verstaan. Elk van deze zorgsoorten en hulpvormen heeft zijn eigen identiteit[3], problematiek en behandeling. Daarnaast is kenmerkend aan de jeugdzorg dat de zorg- of hulpvragen in de jeugdzorg vaak domeinoverstijgend zijn, en dat de doorlooptijd van de in-, door- en uitstroom vaak lastig te voorspellen is.

Jeugdigen ontvangen regelmatig integrale hulpverlening vanuit verschillende domeinen, waarbij een groot aantal jeugdhulpaanbieders betrokken is voor het leveren van de hulp. Aangezien de oorsprong van hulpvragen zich vaak elders in de omgeving rondom een jeugdige bevindt (zoals een echtscheiding of vechtscheiding), is een systeem-benadering ten aanzien van de jeugdhulp benodigd.

Tot slot leeft de vraag onder onze respondenten of formele jeugdzorg altijd passend is. Zo benoemen zij dat de medicalisering van sociale hulpvragen in de jeugdzorg sterker is vergeleken met andere sectoren. De sector zou baat kunnen hebben bij een versterking van sociale collectieve voorzieningen[4], hetgeen mogelijke oplossingen biedt voor sociale hulpvragen.

3 Gebrek aan uniforme kwaliteits-kaders en productstructuren

Er is een opvallend gebrek aan uniforme kwaliteitskaders binnen de jeugdzorg – in tegenstelling tot andere zorgsectoren (MSZ, GGZ en langdurige zorg). Daarnaast bestaat er vergeleken met andere zorgsectoren geen landelijke eenduidige productstructuur.

Mede als gevolg van een ontbrekend kwaliteitskader en een versnipperd zorglandschap, wordt in de jeugdzorg geen uniforme taal gesproken; zowel procesmatig als inhoudelijk niet. Zo is sprake van pluriformiteit ten aanzien van toegepaste behandelingen, productstructuur en definities[5], hetgeen kan leiden tot interpretatie- en uitvoerings-verschillen tussen jeugdhulpaanbieders en/of gemeenten.

Onze respondenten geven aan dat het ontwikkelen van een kwaliteitskader bijdraagt aan het spreken van één taal, het bundelen van kennis en expertise in jeugdzorgregio's kan stimuleren en de articulatie van vraag en aanbod versterkt. Daarnaast kan het uniformeren (en waar mogelijk versimpelen) van de productstructuur bijdragen aan het verzamelen en vergelijken van data tussen jeugdzorgregio's.

1) In tegenstelling tot zorgverzekeraars dragen gemeenten geen wettelijke zorgplicht. Hoewel wet- en regelgeving voorschrijft dat zorgverzekeraars zorg dienen te bemiddelen in het geval van wachttijden, is deze constructie in de jeugdzorg niet vastgelegd als taak van gemeenten; 2) In deze constructie stelt een gemeente een contract met standaardvoorwaarden op en maken zij geen selectie van aanbieders die gecontracteerd worden voor het leveren van zorghulp of -diensten (Vereniging van Nederlandse Gemeenten, n.d.); 3) Onze respondenten beschrijven dat de identiteit van de jeugdhulp en opvoedhulp meer ligt bij het welzijn. Daarentegen ligt de identiteit van de jeugd-ggz meer in het wetenschappelijk domein met *'evidence-based'* behandelingen; 4) Zoals laagfrequentie, langdurige ondersteuning van ouders of kinderen; 5) Een productstructuur omvat geleverde (zorg)diensten en -producten, die worden beschreven in productcategorieën en -codes (ZIN, n.d.)

Tegelijkertijd kan de jeugdzorg leren van passende zorg praktijken in andere sectoren met soortgelijke knelpunten

Een deel van de problematiek in de jeugdzorg is niet uniek, zoals aanhoudende personeelstekorten en oplopende wachttijden

Deze problematiek leeft of leefde al langer binnen de MSZ, GGZ en langdurige zorg. We leren van deze sectoren dat (regionale) samenwerkingen noodzakelijk zijn om schaarse middelen efficiënt te alloceren aan de almaar groeiende zorgvraag, bijvoorbeeld door te demedicaliseren en het volume van zorg-/hulpvragen te laten dalen, en door de wachttijden te verminderen en kwaliteit van zorg te verhogen. We identificeren vijf *'best practices'* en *'lessons learned'* die mogelijk toepasbaar zijn op de jeugdzorg:

'Best practices' en 'lessons learned'	*Concrete voorbeelden*
1 **Vaststellen uniform kwaliteitskader** De jeugdzorg is gebaat bij het opstellen en implementeren van een uniform kwaliteitskader door beroepsorganisaties, jeugdhulpprofessionals en cliënten inclusief een perspectief op demedicalisering. Mogelijke onderdelen hiervan zijn de richtlijnen voor hulpverlening of verwijzingen, *'best practices'*, definities van wachttijden en gewenste uitkomsten. Dit maakt het mogelijk om de kwaliteit van de jeugdzorg te meten en te vergelijken tussen jeugdhulpaanbieders en/of zorgregio's.	**Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ** Dit kwaliteitskader biedt duidelijkheid in hoe partijen in de GGZ samen op lerende wijze zorg vormgeven vanuit cliëntperspectief.
2 **Uniforme definities voor wachttijden en doelgroepen, en het vaststellen van wachttijdnormen** De jeugdzorg is gebaat bij het gezamenlijk creëren van eenduidige definities voor wat 'wachttijden' omvatten en voor welke doelgroepen deze normen idealiter gelden. Eenduidige definities bieden duidelijkheid en bieden een basis om het gesprek te voeren over lokale en (boven)regionale wachttijden inzake specialistische vormen van jeugdhulp.	**Gezamenlijk opstellen Treeknormen** Zorgaanbieders en -verzekeraars hebben in gezamenlijkheid normwachttijden opgesteld voor diverse zorgsectoren (zie p. 10).
3 **Begrijpelijk en geïntegreerd berichtenverkeersysteem** De jeugdzorg kampt met een gefragmenteerd berichtenverkeersysteem en daarmee een gebrek aan inzicht in actuele en betrouwbare data inzake wachttijden, mede door het ontbreken van een landelijke productstructuur.[1] De jeugdzorg kan profiteren van het uniformeren en versimpelen van de productstructuur. Dit maakt het mogelijk om wachttijden structureel te meten, te analyseren en te rapporteren per jeugdhulpaanbieder en -zorgregio's per hulpvorm via het berichtenverkeer.[2]	**Inspiratie vanuit de Wlz** Wlz-wachtlijstinformatie wordt gegenereerd op basis van het berichtenverkeer, waaraan de jeugdzorg inspiratie kan ontlenen.
4 **Creëren van (meerjarig) financieel comfort als vliegwiel voor passende zorg** Respondenten hebben aangegeven dat het maken van financiële prognoses in de jeugdzorg complex is, aangezien de problematiek vaak domeinoverstijgend is. Daartoe worden in enkele gevallen wachttijden en wachtlijsten benut als financiële buffer. Onze respondenten gaven aan dat het hebben van financieel comfort in de vorm van meerjarencontracten bijdraagt aan de ruimte om innovaties te ontwikkelen en te implementeren, gericht op het vergroten van toegankelijkheid.	**Meerjarige aanbesteding Amsterdam** In Amsterdam is de jeugdzorg voor zes jaar aanbesteed aan tien jeugdhulpaanbieders, wat bijdroeg aan de creatie van financieel comfort.
5 **Structurele samenwerking in de regio** De jeugdzorg is gebaat bij het aangaan van regionale samenwerkingen tussen opdrachtgevers en/of opdrachtnemers die een gedeelde verantwoordelijkheid hebben voor de levering en kwaliteit van zorg in de regio. Regionale samenwerkingen bieden een vehikel om vraag en benodigde (of verwachte) capaciteit af te stemmen. Deze samenwerkingen vragen om een basis van vertrouwen, het maken van concrete werkafspraken en het overstijgen van deelbelangen.	**Regiotafels en overlegtafels** In de gemeente Amsterdam bestaan meerdere overlegtafels die als positief worden ervaren om regionale capaciteit te verdelen.

1) Een productstructuur omvat productcategorieën en productcodes die geleverde (zorg)diensten en (zorg)producten beschrijven (ZIN, n.d.); 2) Het ketenbureau (VNG) heeft reeds een aantal pilots uitgevoerd, waarbij ze data rondom wachttijden hebben gegenereerd op basis van het berichtenverkeer tussen gemeenten en jeugdhulpaanbieders

Wachttijdnormen kunnen een positieve impact hebben op doelgroepen waarbij (langdurig) wachten schadelijk is…

Tegelijkertijd observeren respondenten dat wachttijden een product zijn van vele knelpunten in de gehele zorgketen; om verstoppingen elders in de zorgketen te voorkomen is een systeemaanpak benodigd

Wachttijden worden op dit moment beschouwd als inherent aan de jeugdzorg. Wachten wordt, vanuit het perspectief van de geïnterviewde professionals, tegelijkertijd niet altijd als problematisch beschouwd. Zo behoeft niet elke hulpvraag directe hulpverlening. Wachttijden worden problematisch zodra jeugdigen (moeilijk omkeerbare) schade ondervinden als gevolg van het wachten. Respondenten benoemen dat normering een positieve impact kan hebben op jeugdhulp waarbij wachten schadelijk is, en benoemen drie aandachtspunten:

Definiëren van wachttijden en wachttijdnormen voor cliëntreizen

- Aangezien wachttijden als inherent worden beschouwd aan de jeugdzorg, dient de sector een onderscheid te maken tussen (tot op zekere hoogte) acceptabele wachttijden en schadelijke wachttijden voor (selecte) vormen van jeugdhulp.
- Respondenten beschrijven schadelijke wachttijden als de situatie waarin jeugdigen moeten wachten én hierdoor schade ondervinden die moeilijk omkeerbaar is en mogelijk kan leiden tot (blijvende) traumatisering en daardoor mogelijk extra toekomstige zorg-/hulpvragen.
- Het wordt als de verantwoordelijkheid van het zorgveld gezien om te bepalen wat een definitie voor wachttijden is en voor welke vormen van jeugdhulp wachten (tot zekere hoogte) acceptabel of wel schadelijk is, en zo ja, wat de maximale wachttijden zouden moeten zijn.

Prioriteren van landelijke normering van jeugdhulp met schadelijke wachttijden

- Landelijke wachttijdnormen bieden zowel een startpunt als een kader om uitspraken te kunnen doen over de ontwikkeling van (schadelijke) wachttijden op een (boven)regionaal dan wel landelijk aggregatieniveau.
- Voor een aantal vormen van jeugdhulp is (langdurig) wachten (ernstig) schadelijk. Om deze reden zou het overeenkomen van landelijke wachttijdnormen voor deze vormen van jeugdhulp de prioriteit moeten hebben.
- Vervolgens kunnen jeugdzorgregio's op (boven)regionaal niveau invulling geven aan de landelijke wachttijdnormen. Zo kunnen zij zelf een aanpak bepalen ten aanzien van het verminderen van wachttijden binnen hun regio, hoe ze capaciteitsmanagement inrichten en hoe zij wachttijdnormen gaan monitoren en handhaven.

Herinrichten van de toegang tot het jeugdzorgdomein voor lichte hulpvragen

- Indien enkel wordt ingezet op het verbeteren van één knelpunt, veroorzaakt dit elders in het jeugdzorgdomein[1] mogelijk knelpunten. Daarom is het wenselijk om gelijkmatig met wachttijdnormering de toegang tot het jeugdzorgdomein voor lichte hulpvragen te herinrichten.
- Lichtere hulpvragen kunnen gedetecteerd worden middels triage. Indien op basis van de triage sprake is van een niet-schadelijke wachttijd, dienen zelfhulp-oplossingen aangereikt te worden om het jeugdzorg-domein te ontlasten.[2] Het is belangrijk om te bepalen welke partij de triage zou moeten verrichten. Ook dient bepaald te worden hoe zij (niet-)schadelijke wacht-tijden detecteren.
- Indien sprake is van schadelijke wachttijden dienen relevante jeugdzorgorganisaties betrokken te worden in het bespoedigen van een diagnose of behandeling.

1) Hieronder verstaan we onder andere specialistische jeugdhulp, woonvormen (zoals pleegzorg, gezinshuizen of kleinschalige woonleefgroepen), dagbegeleiding, ambulante hulp en crisishulp; 2) Zelfhulpoplossingen kunnen ertoe leiden dat individuen met lichtere hulpvragen van de wachtlijsten afgaan, hetgeen bijdraagt aan het ontlasten van het jeugdzorgdomein

…waarbij respondenten het overeenkomen van normering als een verantwoordelijkheid zien van het jeugdzorglandschap

Respondenten doen geen concrete uitspraken over wat zij als maatschappelijk acceptabele wachttijden beschouwen voor jeugdzorg. Ze bieden echter wel een visie op de totstandkoming van normwachttijden voor de jeugdzorg

Idealiter worden wachttijdnormen opgesteld voor de gehele jeugdhulpketen. Dat wil zeggen voor de in-, door- en uitstroom van cliënten in de jeugdhulp. De respondenten benoemen vrijwel unaniem dat het overeenkomen van wachttijdnormen voor de jeugdhulp een gedeelde verantwoordelijkheid is van het jeugdzorglandschap. Derhalve schetsen wij mogelijke rolbeschrijvingen van de diverse actoren – jeugdhulp- en zorgprofessionals, cliënten, aanbieders en financiers – in het overeenkomen van wachttijdnormen voor jeugdzorg:[1,2]

Jeugdhulp- en zorgprofessionals
- Het inbrengen van input omtrent bij welke vormen van jeugdhulp wachten maatschappelijk acceptabel of juist schadelijk wordt geacht vanuit het perspectief van de professional
- Het inbrengen van input inzake welke cliëntreizen of doelgroepen baat hebben bij de introductie van wachttijdnormering
- Het beoordelen van de haalbaarheid en impact van (de implementatie van) wachttijdnormen op de dagelijkse organisatie van jeugdhulp in de gehele jeugdhulpketen

De Samenwerkende Beroepsverenigingen Jeugd kunnen mogelijk deze rol vervullen

Cliëntvertegenwoordigers
- Het inbrengen van het cliëntperspectief (kinderen, jeugdigen en ouders) en het waken voor de inclusie van diverse cliëntdoelgroepen in het overeenkomen van wachttijdnormen
- Het inbrengen van input inzake welke vormen van jeugdhulp excessief lange wachttijden kennen en bij welke jeugdhulpvormen dit door de cliënt(vertegenwoordiger) als schadelijk wordt ervaren
- Het aanwijzen van mogelijke knelpunten in de in-, door- en uitstroom in de jeugdhulp

Een mogelijke partij die deze rol kan vervullen is o.a. MIND



Brancheorganisaties
- Het inbrengen van de stem van de (specialistische) jeugdhulpaanbieders en het beoordelen van de haalbaarheid en impact van de wachttijdnormen op de dagelijkse praktijk in de gehele jeugdhulpketen
- Het vormen van een brug tussen beleidsmakers van (specialistische) jeugdhulpaanbieders en de andere actoren in het jeugdzorglandschap

Mogelijke partijen die deze rol kunnen vervullen zijn Jeugdzorg Nederland, de Nederlandse GGZ, Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland of het Nederlands Jeugdinstituut

Financiers of (boven)regionale inkooporganisaties
- Het inbrengen van het perspectief van financiers (cyclus van contractering en de ondervonden problematiek in de regio) en het delen van ervaringen ten aanzien van de normering van wachttijden in gemeenten of regio's
- Het beoordelen van de haalbaarheid en impact van de wachttijdnormen op de inkooporganisaties (waaronder activiteiten zoals monitoring en handhaving)

Mogelijke partijen die deze rol kunnen vervullen zijn de (boven)regionale inkooporganisaties

1) Naast het overeenkomen van wachttijdnormen geven respondenten eveneens aan dat de wachttijdnormen idealiter ook gemonitord worden door een actor in het zorgveld. Zij benoemen echter niet wie deze rol op dient te pakken; 2) We zien een rol weggelegd voor het ministerie van VWS om de bovenstaande partijen bij elkaar te brengen om landelijke wachttijdnormen op te stellen, hetgeen kan bijdragen aan de gewenste beweging in de sector

Randvoorwaarden, kansen en risico's voor het benutten van wachttijdnormeringen in de jeugdzorg

De geïnterviewde jeugdhulpaanbieders zijn overwegend positief over het benutten van normwachttijden. Tegelijkertijd benadrukken zij dat investeringen nodig zijn om de randvoorwaarden in te richten en de juiste beweging op gang te brengen voor het vergroten van toegankelijkheid in de sector

Randvoorwaarden voor het benutten van wachttijdnormen

Wachttijdnormen worden gebruikt bij bedrijfsvoering en zorgcontractering, maar niet voor afrekening van jeugdhulpaanbieders
De respondenten geven aan dat de wachttijdnormen enkel gebruikt dienen te worden om de zorg- of hulpvraag en het aanbod beter op elkaar aan te laten sluiten, binnen de eigen organisatie ofwel binnen de regio. Daarbij identificeren zij ruimte voor opname van de wachttijdnorm in de zorgcontractering, mits deze niet wordt gebruikt voor het afrekenen van jeugdhulpaanbieders.

Wachttijdnormen dienen overeengekomen te worden door het jeugdzorgveld
Het is belangrijk dat jeugdhulpaanbieders, gemeenten (ofwel inkooporganisaties) en cliëntenorganisaties gezamenlijk wachttijdnormen formuleren voor de jeugdzorg. Dit draagt enerzijds bij aan het creëren van een gevoel van eigenaarschap over en gedragenheid van de wachttijdnorm.

Het IT-landschap dient ingericht te worden, waarbij een uniforme productstructuur het fundament is
Om inzicht te creëren in landelijke ofwel regionale wachttijden is het belangrijk dat een uniforme productstructuur wordt gecreëerd. Door de verschillen in productstructuren is het momenteel niet mogelijk om inzicht te bieden in wachttijden binnen de jeugdzorg. Daarnaast is het belangrijk dat wachttijddata op een valide en betrouwbare manier wordt verzameld, bijvoorbeeld middels het berichtenverkeer.

Potentiële waarde van het benutten van wachttijdnormen

Normwachttijden kunnen dienen als vliegwiel voor een passende zorg beweging
De potentiële waarde van normwachttijden is dat het effect heeft op verschillende kernthema's in de sector[1] en kan dienen als vliegwiel voor verandering en passende zorg. Normwachttijden in contractering bieden meer houvast aan de sector om de toegankelijkheid van de jeugdzorg te verbeteren, bijvoorbeeld door het voeren van het gesprek over wachttijden op diverse niveaus.

Het aanjagen van regionale samenwerkingen
Een norm kan regionale samenwerkingen tussen jeugdhulpaanbieders, andere betrokken partijen[2] en/of gemeenten aanjagen. Daarbij is het belangrijk dat wachttijdnormering niet wordt gebruikt om jeugdhulpaanbieders af te rekenen. De regionale samenwerkingen bieden een vehikel om zorg- of hulpvragen en (toekomstige) capaciteit op elkaar af te stemmen. Daarnaast biedt het een kans om regionale initiatieven op te starten.

Het ontwikkelen van een lerend ecosysteem en demedicalisering
Het introduceren van normen biedt een kans voor jeugdhulp-aanbieders om structureel van elkaar te leren. Dit kan bijvoorbeeld door het ontwikkelen van een uniform kwaliteitskader waarin richtlijnen en *'best practices'* voor het leveren van jeugdzorg zijn opgenomen, hetgeen bijdraagt aan het verhogen van de kwaliteit van jeugdzorg.

Mogelijke risico's voor het benutten van wachttijdnormen

De introductie van wachttijdnormen vormt niet de oplossing voor de problematiek in de sector
De introductie van wachttijdnormen kan als vliegwiel dienen voor passende zorg, maar is geen definitieve oplossing voor de problematiek in de jeugdzorg. Ze kunnen onderdeel vormen van de gewenste beweging om passende zorg en demedicalisering te borgen in de sector, door het bieden van een startpunt van gesprekken over de toegankelijkheid van de jeugdzorg.

Handhaving op normering in formele contractering kan averechts uitpakken
Het introduceren van een normering kan mogelijk een rol spelen in de contractering van jeugdzorg. Bijvoorbeeld door opname in boeteclausules of doordat gemeenten aanbieders hierop selecteren in de contractering. Zo zijn de Treeknormen benoemd in de contractstandaarden van het Ketenbureau.[3] De respondenten geven aan dat directe handhaving van normering in contractering mogelijk de focus op individuele deelbelangen kan versterken.

De creatie van een onvolledig beeld over wachttijden
Landelijke wachttijdenstatistiek biedt weinig contextuele informatie (zoals zorgvormen en regionale wachttijden) en kan daardoor een onvolledig beeld geven van de actuele wachttijden in de jeugdzorg. Derhalve is het wenselijk om wachttijdinformatie te rapporteren conform de indeling van jeugdzorgregio's en om te differentiëren in de wachttijd op basis van een eenduidige zorgclassificatie.

1) Zoals oplopende wachttijden en aanhoudende personeelstekorten; 2) Respondenten gaven aan dat dit met name het geval is voor de rapportage van landelijke wachttijdenstatistiek in de MSZ en GGZ; 3) Zie ook de standaardcontracten voor de inkoop van jeugdhulp op de website van de VNG in het artikel "Contractstandaarden Jeugd vastgesteld" (VNG, 2022)

We identificeren zes randvoorwaarden voor het benutten van wachttijdnormen in de jeugdzorg – versnelling is nodig

De potentiële waarde van normwachttijden is dat het effect heeft op verschillende kernthema's[1] in de sector en daarmee als vliegwiel kan dienen voor het in gang zetten van de gewenste beweging in de jeugdzorg[2]

Zes randvoorwaarden dragen bij aan het benutten van wachttijdnormen in de jeugdzorg (zie Figuur 1), waarbij investeringen nodig zijn voor het benutten van wachttijdnormen in de jeugdzorg. Landelijk en regionaal zijn c.q. worden meerdere initiatieven ontplooid, waaronder de Hervormingsagenda Jeugd, om invulling te geven aan deze randvoorwaarden. Versnelling van deze initiatieven is nodig om aan de randvoorwaarden te kunnen voldoen, alvorens het overeenkomen van normwachttijden.

Figuur 1: Zes randvoorwaarden die het benutten van wachttijdnormen in de jeugdzorg kunnen stimuleren:

Randvoorwaarden	Toelichting
Ontwerp een uniform kwaliteitskader	De jeugdzorg is gebaat bij het opstellen en implementeren van een uniform kwaliteitskader door beroepsorganisaties, zorgprofessionals en cliënten. Mogelijke onderdelen hiervan zijn de richtlijnen voor hulpverlening of verwijzingen (gestandaardiseerde triage), *'best practices'*, definities van wachttijden en gewenste uitkomsten. Dit uniformeert de taal op inhoudsniveau tussen jeugdhulpaanbieders en jeugdhulpprofessionals.
Creëer eenduidige definities voor (norm)wachttijden en doelgroepen	Prioriteer de ontwikkeling van (norm)definities van wachttijden voor electieve zorg- of hulpvormenvormen waarvan de continuïteit onder druk staat, bijv. residentiële zorg. Ontwikkel definities op landelijk niveau, aangezien de verschillen per regio te groot zijn om vergelijkingen te kunnen maken. Stel normen en doelgroepen op voor de in-, door- en uitstroom om zicht te hebben op de volledige cliëntreis.
Implementeer een eenduidige en versimpelde productstructuur	De jeugdzorg kan profiteren van het uniformeren en versimpelen van de productstructuur. Dit omvat het uniformeren van de productcategorieën, productcodes en productomschrijvingen op landelijk niveau. Het inrichten hiervan op landelijk niveau is wenselijk, zodat verzamelde data op bovenregionaal, regionaal en lokaal niveau vergeleken kan worden tussen jeugdhulpaanbieders, gemeenten en/of jeugdzorgregio's.
Ontwikkel valide en betrouwbare registratie en verzameling van wachttijddata	Dit kan door inspiratie te ontlenen aan de Wlz, waarbinnen wachtlijst informatie wordt gecreëerd op basis van het berichtenverkeer. Benut een *'trusted third party'* (TTP) die zorg draagt voor het verzamelen en publiceren van (boven)regionale en landelijke wachttijdeninformatie. Dit draagt bij aan het creëren van een uniform beeld aangaande de wachttijdenproblematiek in de jeugdzorg en aan het identificeren van knelpunten.
Hanteer meerjarige (boven) regionale contractering zonder volumeprikkel	Introduceer nieuwe vormen van (meerjarige (boven) regionale) contractering die innovatie en 'anders werken' in de sector stimuleren en het volume verlagen. Dit creëert financieel comfort voor jeugdhulpaanbieders en gemeenten (of inkooporganisaties), en verschuift de focus naar gezamenlijke innovatie in de cliëntreis en regionale samenwerking. De inzichten uit verzamelde wachttijdinformatie maken tevens bovenregionale samenwerking voor doelgroepen mogelijk.
Stimuleer regionale samenwerking ten aanzien van capaciteitsmanagement[3]	Stimuleer (boven) regionale samenwerkingen tussen opdrachtgevers en/of opdrachtnemers die een gedeelde verantwoordelijkheid hebben voor de levering en kwaliteit van zorg in de regio. Dit biedt een vehikel om zorg- of hulpvraag en schaarse (verwachte) capaciteit af te stemmen (zoals ook in andere sectoren plaatsvindt). Faciliteer het inrichten van (of benut bestaande) regionale samenwerkingsstructuren ten behoeve van capaciteitsmanagement.[4]

1) Zoals oplopende wachttijden en aanhoudende personeelstekorten; 2) Wachttijdnormen zijn met name nuttig om de zorg-/hulpvraag en schaarse benodigde (of verwachte) capaciteit binnen of tussen regio's op elkaar af te stemmen, het volume aan zorg- of hulpvragen te laten dalen bijvoorbeeld door demedicalisering en toegankelijkheid te vergroten door het voeren van een dialoog over wachttijden; 3) Deze beweging vindt al plaats in de GGZ en de VVT, waar regionale coördinatiepunten worden opgesteld door veldpartijen; 4) Ibid

4

Vooruitblik verdieping wachttijdnormering in de jeugdzorg

Om de implementatie van de randvoorwaarden te versnellen, is het van belang deze op korte termijn te verdiepen…

Het nader verdiepen van de randvoorwaarden vormt de basis voor gesprekken over de gewenste inrichting van wachttijdnormering in de jeugdzorg

Daartoe stellen wij voor om elk van de zes geïdentificeerde randvoorwaarden (zie p. 21) te verdiepen in beknopte one-pagers, waarmee we meer inzicht beogen te creëren in de (beoogde) reikwijdte van de randvoorwaarden. Daartoe werken we elke randvoorwaarde uit en schetsen we een beeld van de gewenste *'to-be state'* (systemische inrichting) per randvoorwaarde. Deze uitwerking baseren wij op de reeds gevoerde gesprekken en de inzichten in de randvoorwaarden die we hieruit hebben verkregen. In overleg met de opdrachtgever bepalen we in hoeverre aanvullende (groeps)interviews wenselijk zijn om de one-pagers te verrijken of te valideren. De uitkomst van deze stap is een gedragen concrete beschrijving van de randvoorwaarden en de geambieerde toekomstige *'to-be state'* per randvoorwaarde (zie Tabel 3 voor een illustratief voorbeeld).

Tabel 3: Illustratief voorbeeld one-pager uitwerking randvoorwaarde 1: "Ontwerp een uniform kwaliteitskader"

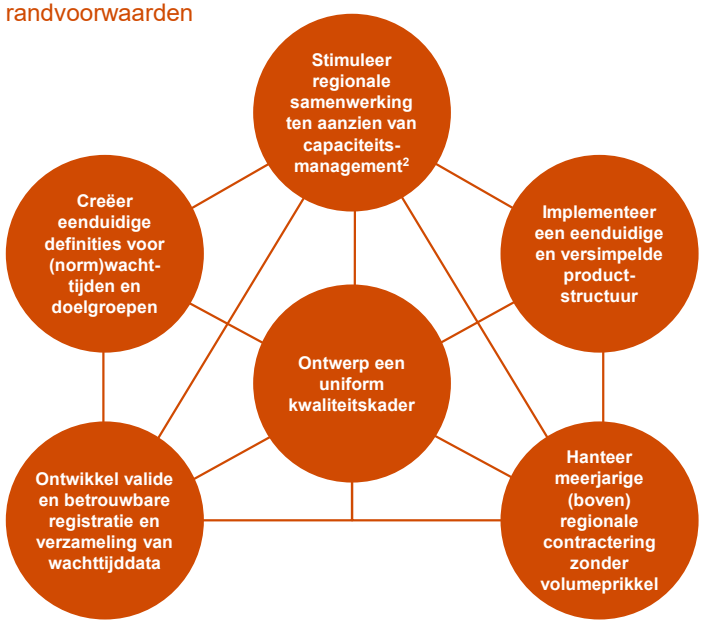
	Samenvatting randvoorwaarde 1: "Ontwerp een uniform kwaliteitskader"	
Hudige situatie	**Beschrijving randvoorwaarde**	*Bondige definitie van de randvoorwaarde en hoe de randvoorwaarde zich op dit moment manifesteert in de jeugdzorg*
	Relevante lopende initiatieven en de status hiervan	*Beschrijving van de lopende initiatieven (en de status hiervan) in de jeugdzorg die bijdragen aan het inrichten van deze randvoorwaarde*
	Huidige betrokken stakeholders	*Uiteenzetting van de op dit moment betrokken stakeholders (inclusief diens rollen) bij het inrichten van de randvoorwaarde*
	Geïdentificeerde uitdagingen (vanuit het veld)	*Ervaren uitdagingen vanuit het jeugdzorglandschap bij het inrichten van de randvoorwaarde*
'To-be state'	**Beoogde *'to-be state'* van de randvoorwaarde**	*Bondige samenvatting van de 'to-be state' voor de systemische inrichting van de randvoorwaarde*
	Benodigde betrokken stakeholders	*Beschrijving van de benodigde stakeholders, de archetypische rolverdeling en hoe zij idealiter deze rollen vervullen in de 'to-be state'*
	Vereiste interventies voor het bereiken van de *'to-be state'*	*Interventies voor het doorbreken van de ervaren uitdagingen (vanuit het veld) voor het inrichten van de randvoorwaarde*
	Benodigde (financiële) middelen	*Benodigde (financiële) middelen, kennis of expertise die vereist is om de 'to-be state' voor deze randvoorwaarde te bereiken*

...waarna we verbanden tussen randvoorwaarden verkennen en de inrichting van de randvoorwaarden prioriteren...

Inzicht in de relatie tussen randvoorwaarden kan handvatten bieden voor het (bij)sturen op het inrichten van de randvoorwaarden

Op basis van het onderzoek merken wij op dat de randvoorwaarden onderling nauw verbonden zijn, en dat er tevens een volgtijdelijkheid in het inrichten van de randvoorwaarden te herkennen is. Derhalve stellen wij voor om dit nader te analyseren, waarbij we inzicht creëren in de onderlinge verbanden tussen de randvoorwaarden en deze prioriteren. Dit visualiseren we in één schematisch model evenals een prioriteitentabel per randvoorwaarde die we valideren en verrijken in een interactieve werksessie met de opdrachtgever.[1]

Figuur 2: Illustratief model van relatie tussen de geïdentificeerde randvoorwaarden



Toelichting op het illustratieve model

- Uit de gesprekken met de respondenten merken we op dat de zes randvoorwaarden onderling nauw samenhangen, zie Figuur 2. Zo herkennen we dat de inrichting van een randvoorwaarde mogelijk de inrichting van andere randvoorwaarden (sterk) beïnvloedt.
- Daarbij constateren we dat een uniform kwaliteitskader een spilfunctie heeft ten aanzien van de overige randvoorwaarden. Zo biedt de inrichting van een kwaliteitskader bijvoorbeeld richting voor het implementeren van een eenduidige en versimpelde productstructuur.
- Tegelijkertijd is de jeugd niet gebaat bij vertraging als gevolg van het wachten op de komst van een uniform kwaliteitskader of het inrichten van andere randvoorwaarden. Derhalve zijn regionale initiatieven wenselijk – parallel aan de ontwikkeling van een uniform kwaliteitskader – om (elementen van) de overige randvoorwaarden op korte termijn in te richten.
- Op basis van de beoogde kwalitatieve analyse – waarbij we de relaties, volgtijdelijkheid en afhankelijkheden in kaart brengen – identificeren we kansrijke gebieden waarbinnen stappen gezet kunnen worden om op korte en lange termijn versnelling te realiseren op het invullen van de zes randvoorwaarden. Deze kansen plotten we vervolgens in een impact en implementatiegemak-matrix (zie Appendix D voor een illustratieve visualisatie) om landelijke initiatieven binnen de randvoorwaarden te prioriteren.
- Het gevalideerde schematische model en de prioriteitenmatrixen bieden handvatten aan het jeugdzorglandschap voor het (bij)sturen op de inrichting van randvoorwaarden op (boven)regionaal niveau, hetgeen het benutten van wachttijdnormering in de jeugdzorg kan stimuleren.

1) In overleg met de opdrachtgever kunnen ook jeugdzorg- en jeugdhulpprofessionals betrokken worden in de werksessie; 2) Deze beweging vindt al plaats in de GGZ en de VVT, waar regionale coördinatie punten worden opgesteld door veldpartijen

...en daarnaast inventariseren we de inrichting van randvoorwaarden in twee regio's en ontwikkelen we regionale roadmaps

Regio's kunnen de ontwikkelde roadmap benutten als middel om de inrichting van de randvoorwaarden te bespoedigen

We stellen voor om voor een aantal regio's een beknopte *'case-study'* uit te voeren, gebaseerd op documentatie en gesprekken met experts van diverse jeugdhulp- en jeugdzorgorganisaties uit de desbetreffende regio. Daartoe analyseren wij welke initiatieven op dit moment lopen binnen de regio om invulling te geven aan de randvoorwaarden (*'as-is state'*; zie Tabel 4) en vergelijken we de huidige situatie met de reeds vastgestelde *'to-be state'* middels een *'gap-analyse'*. Zo maken we het verschil inzichtelijk tussen de *'as-is state'* en de *'to-be state'* om de inrichting van de randvoorwaarden te bespoedigen (zie Tabel 5). Tevens identificeren we *'lessons learned'* per regio om van elkaar te leren op regionaal niveau. Vervolgens plotten we de uitkomsten van de *'gap-analyse'* binnen het gevalideerde schematische model om kansrijke gebieden te identificeren, waarbinnen versnelling mogelijk is in de desbetreffende regio (en verrijking op landelijk niveau). Op basis van deze analyse en de prioriteitenanalyse kan per regio een roadmap ontwikkeld worden om de inrichting van de randvoorwaarden te bespoedigen (zie Figuur 3).

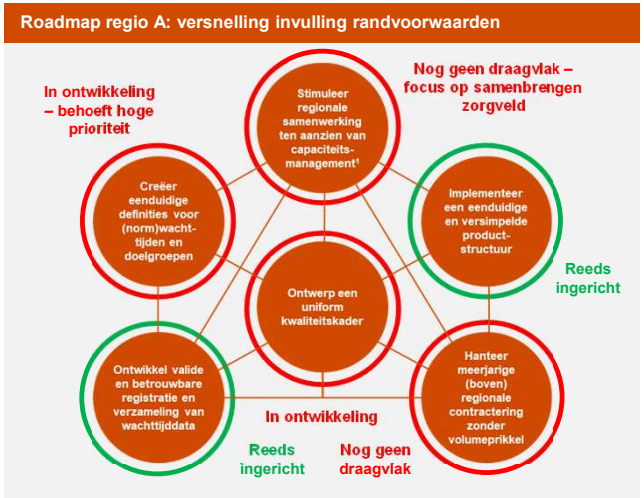
Tabel 4: Illustratief voorbeeld case study per regio

Verdieping case 1: regio A – randvoorwaarde 1, 2, …, 6	
Regio	*Naam regio*
Tijdlijn	*Tijdslijn inzet op invulling randvoorwaarden*
Huidige lopende initiatieven	*Een uiteenzetting per randvoorwaarde van de (in)actieve initiatieven, de status hiervan en hoe het initiatief bijdraagt aan het invullen van de randvoorwaarde*
Relevante partijen	*Opsomming van de op dit moment relevante stakeholders en diens rollen*
Ervaren uitdagingen in de regio	*Ervaren lokale dan wel regionale uitdagingen voor het uitvoeren van de lopende initiatieven*

Tabel 5: Illustratief voorbeeld gap-analyse per regio

Gap-analyse: regio A – randvoorwaarde 1, 2, …, 6	
Beschrijving *'as-is'* state regio	*Beschrijving 'as-is state' per randvoorwaarde in de regio*
Belangrijkste geleerde lessen	*Top 5 geleerde lessen van de (in)actieve initiatieven in de regio*
Ontwikkeling randvoorwaarde in de regio	*Hoe verhouden de regionale initiatieven en de invulling van de randvoorwaarde zich tot de 'to-be state'*
Geïdentificeerde *'gap'*	*Het verschil tussen de 'as-is state' en 'to-be state' per regio*
Stakeholders *'to-be state'* (inclusief rol)	*Betrokken stakeholders, de archetypische rolverdeling en hoe zij idealiter deze rollen vervullen in de 'to-be state'*
Interventies voor het bereiken van de *'to-be state'*	*Huidige obstakels voor het inrichten van de randvoorwaarde en mogelijke interventies om de obstakels te doorbreken*

Figuur 3: Illustratief voorbeeld roadmap per regio



A

Appendices

Appendix A: Lijst van geïnterviewde organisaties

Organisaties

Brancheorganisaties

1. Jeugdzorg Nederland
2. De Nederlandse Geestelijke Gezondheidszorg (NLGGZ)
3. Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)
4. Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN)
5. Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

(Vertegenwoordiger of ondersteuner van) financiers

6. Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) inclusief het Ketenbureau i-Sociaaldomein
7. Regio Gooi en Vechtstreek
8. Bureau Lagro
9. Gemeente Amsterdam[1]

Toezichthouders of kenniscentra

10. Jeugdautoriteit (JA)
11. Nederlands Jeugdinstituut (NJi)
12. Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)

Beroepsorganisaties

13. Federatie Medisch Specialisten (FMS)

Jeugdhulp- en zorgaanbieders

14. Karakter (Jeugd-ggz)
15. Levvel (Jeugd-ggz)
16. Koraal (Jeugdhulp)
17. KOOSutrecht (Specialistische jeugdhulp)[2]
18. Jeugdformaat (Jeugdhulp)
19. Daan Theeuwes centrum (Specialistische revalidatiezorg)

Patiënt of- cliëntvertegenwoordigers

20. Patiëntenfederatie Nederland
21. MIND

1) De Gemeente Amsterdam heeft schriftelijke input geleverd voor dit onderzoek ; 2) PwC is in contact gebracht met deze partij via de beroepsorganisatie Samenwerkende Beroepsverenigingen Jeugd

Appendix B: Gespreksleidraad (groeps)interviews

Gespreksleidraad

Voor dit onderzoek hebben we gebruik gemaakt van semigestructureerde interviews om data te verzamelen. We hebben getracht data zo veel mogelijk in groepsinterviews te verzamelen. Om dit proces te structureren is gedurende de (groeps)interviews een gespreksleidraad benut. Afhankelijk van het type organisatie zijn vragen toegespitst op de organisatie.

Introductie interview

Vragen:

1. Wat zijn de *'best practices'* en *'lessons learned'* voor het succesvol werken met Treeknormen in de zorg?
2. Welke zorgsector-specifieke kenmerken dragen bij aan het succes van de Treeknormering?
3. Wat zijn de belangrijkste verschillen tussen de jeugdzorg en andere sectoren met Treeknormen?
4. Welke *'best practices'* en *'lessons learned'* voor het succesvol werken met wachttijdnormering zijn toepasbaar op de jeugdzorg?
5. Voor welk type organisaties en cliëntreizen binnen de jeugdzorg kan regionale afstemming of wel capaciteitsmanagement een positieve impact hebben?
6. Wat zijn kansen en risico's bij het opstellen van wachttijdnormen op wachttijden in de jeugdzorg?

Afsluiting interview

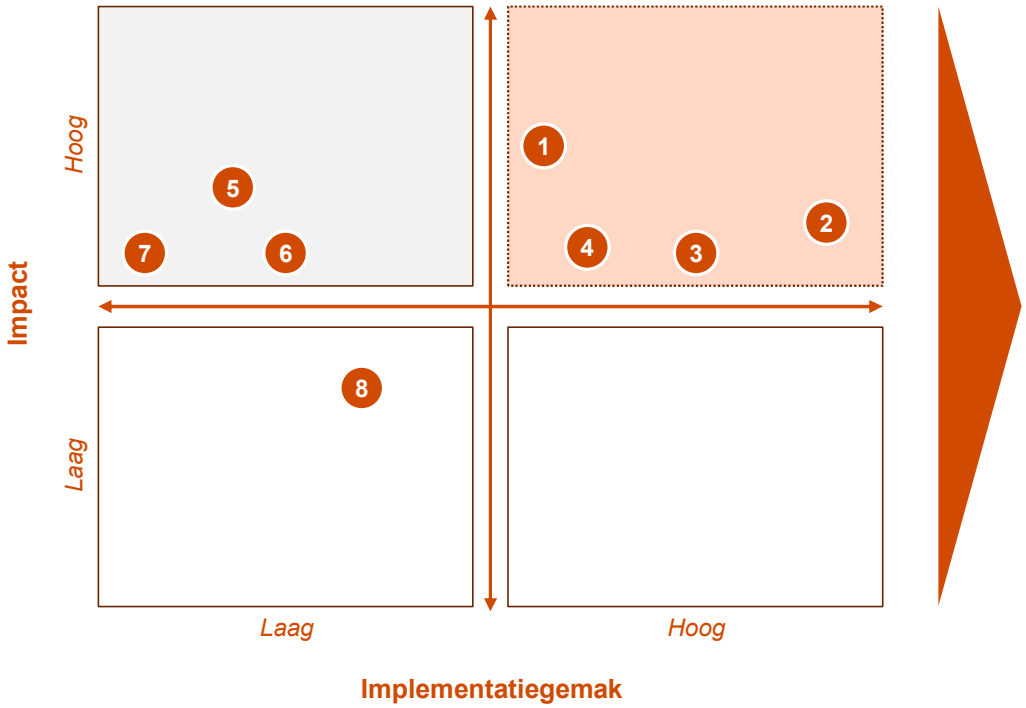
Appendix C: Overzicht bestaande Treeknormen in de zorg

Zorgsector *(specificatie Treeknorm)*	**Maximale wachttijd**	**Aanvullende normen**
Geneesmiddelen[1]	1 werkdag	De wachttijd betreft de maximale toegangstijd tot apotheken
Huisartsenzorg[2]	3 werkdagen	80% van de burgers moet binnen 2 werkdagen terecht kunnen
Medisch-specialistische zorg[3]		
• *Eerste consult*	4 weken	80% van de burgers moet binnen 3 weken terecht kunnen
• *Diagnose*	4 weken	80% van de burgers moet binnen 3 weken na het eerste consult terecht kunnen
• *Behandeling poliklinisch*	6 weken	80% van de burgers moet binnen 4 weken na de diagnose terecht kunnen
• *Behandeling intramuraal*	7 weken	80% van de burgers moet binnen 5 weken na de diagnose terecht kunnen
Paramedische zorg[4]	1 week	-
Mondzorg[5]		
• *Eerste consult*	3 weken	-
• *Behandeling*	3 weken	-
Geestelijke gezondheidszorg[6]		
• *Aanmelding*	4 weken	80% van de burgers moet binnen 3 weken terecht kunnen
• *Diagnose*	4 weken	80% van de burgers moet binnen 3 weken terecht kunnen
• *Extramurale of semimurale behandeling*	6 weken	80% van de burgers moet binnen 4 weken na de diagnose terecht kunnen
• *Intramurale behandeling*	7 weken	80% van de burgers moet binnen 5 weken na de diagnose terecht kunnen
• *Beschermd wonen*	13 weken	
Zorg in natura die valt binnen de reikwijdte van de Wlz[7,8]		
• *Alle zorgvormen met in elk geval behandeling in combinatie met verblijf (V&V)*	6 weken	-
• *Alle mogelijke combinaties van zorgvormen met verblijf exclusief behandeling (V&V)*	13 weken	-
• *Alle mogelijke combinaties van zorgvormen met verblijf (GHZ)*	13 weken	-

1) Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw (NZa, 2017). Naast maximale wachttijden (tijdigheid) beschrijft de NZa in deze beleidsregel tevens normen betreft bereikbaarheid; 2) Ibid; 3) Ibid; 4) Kamerstukken II 2019/20, 32 620, nr. 242; 5) NZa, 2017; 6) Ibid; 7) Beleidsregel *'Knelpuntenprocedure budgettair kader Wlz'* '(NZa, 2017); 8) In de Monitor Langdurige Zorg is vermeld dat er geen Treeknorm bestaat voor GGZ binnen de Wlz (Ministerie van VWS, n.d.)

Appendix D: We prioriteren landelijke initiatieven per rand-voorwaarde via een impact vs. implementatiegemak-matrix

Figuur 4: Illustratief voorbeeld impact vs. implementatiegemak matrix per randvoorwaarde



Tabel 6: Illustratief voorbeeld uitwerking prioriteitentabel (inclusief benodigde acties) per randvoorwaarde

Initiatief	Toelichting benodigde acties
1 *Initiatief A*	• Benodigde acties initiatief A
2 *Initiatief B*	• Benodigde acties initiatief B
3 *Initiatief C*	• Benodigde acties initiatief C
4 …	…
5 …	…
6 …	…
7 …	…

Legenda = *korte termijn* = *middellange termijn*

Over dit rapport

Over dit rapport

Reikwijdte



Beperkt Uitgebreid

Het doel van het eindrapport is om inzicht te verschaffen in de mate waarin het vaststellen van een wachttijdnorm voor de jeugdzorg mogelijk is en vooral zinvol is, en zo ja, of dit op enige manier het startpunt kan zijn voor een objectiveerbare discussie over wachttijden in de jeugdzorg.

Wij hebben de werkzaamheden uitgevoerd zoals met u afgesproken in de opdrachtbevestiging (met VNG-kenmerk VP1022101 en PwC-kenmerk 16-11-2023-C3V8). In overeenstemming met de opdrachtbrief omvatte onze scope het beantwoorden van negen concrete onderzoeksvragen (zie p. 6), en het bieden van een vooruitblik (uitgangspunten) voor het aanbrengen van verdieping om de inrichting van de randvoorwaarden op regionaal niveau te versnellen.

Wij hebben onze analysewerkzaamheden afgerond op 25 juli 2024. Dit rapport bevat daarom niet de gevolgen van gebeurtenissen na die datum of de impact van later beschikbaar gekomen informatie.

Beschikbaarheid en kwaliteit van informatie



Beperkt Uitgebreid

Onze informatie is gebaseerd op documentanalyses en (groeps)interviews met dertig professionals werkzaam in 21 diverse organisaties uit het brede zorgdomein, zie bijlage A voor een overzicht van de geïnterviewde organisaties.

De verstrekte informatie heeft ons in staat gesteld om een vergelijking te maken met andere zorgsectoren waarbinnen wachttijdnormen zijn overeengekomen, om *'lessons learned'* en *'best practices'* te identificeren en de toepasbaarheid van wachttijdnormering in de jeugdzorg vast te stellen.

Uitgangspunt voor ons werk

We hebben onze werkzaamheden gebaseerd op de aan ons ter beschikking gestelde informatie. Wij hebben aangenomen dat deze informatie juist, volledig en niet misleidend is. Wij hebben geen accountantscontrole uitgevoerd met betrekking tot deze informatie, noch een beoordeling gericht op het vaststellen van volledigheid en juistheid daarvan conform internationale audit- of reviewstandaarden.

Toegang tot ons rapport

Ons rapport is specifiek opgesteld voor cliënt met wie we overeenstemming hebben over het doel en de reikwijdte van ons werk of aan wie we de aard en omvang van ons werk en de beperkingen daarin hebben toegelicht. Voor het gebruik van het rapport door andere partijen dan de cliënt aanvaarden wij derhalve geen verantwoordelijkheid, zorgplicht of aansprakelijkheid - contractueel, op basis van onrechtmatige daad (inclusief nalatigheid) of anderszins. Het rapport is strikt vertrouwelijk. Tenzij wettelijk vereist, mag het rapport niet (geheel of gedeeltelijk) aan derden worden verstrekt. Er mag ook niet aan de informatie in het rapport gerefereerd worden. Zonder onze schriftelijke toestemming vooraf mag cliënt niet verwijzen naar onze diensten of dit rapport of een kopie of onderdeel daarvan verstrekken aan een derde partij.

Overige opmerkingen

Het Rapport alsmede enig geschil voortvloeiende uit of verband houdend met (de inhoud van) het Rapport worden uitsluitend beheerst door Nederlands recht.