

Betreft: Brief jeugdzorg professionals

West-Friesland, 25-03-2021

Geachte gemeenteraadsleden,

Stel, u wendt zich met fikse pijnklachten bij een arts. Dokter A stelt als doel u van uw pijn af te helpen. Dokter B stelt als doel dat uw pijn de meeste dagen zo beheersbaar wordt dat u kunt functioneren. Voor welke dokter kiest u? Hoogstwaarschijnlijk kiest u voor dokter A, omdat u intuïtief aanvoelt dat u daar betere kansen heeft op volledig herstel. Uw intuïtie klopt; uit onderzoek is gebleken dat behandelaren die hogere doelen stellen, betere behandelresultaten bereiken. En stel nou dat u ondanks de goede behandeling van dokter A toch niet helemaal van uw pijn af komt; zou u het dan terecht vinden dat dokter A maar 70% van zijn verrichtingen vergoed zou krijgen? Nee, toch? Dat is toch raar? Zeker als u bedenkt dat dokter B wel voor de hele behandeling betaald zou krijgen. Toch is dit de realiteit van de financiering van de jeugdzorg in West-Friesland momenteel. En stel nou dat het niet om pijnklachten gaat maar om erectieproblemen. Zou u het dan een prettig idee vinden dat de arts deze informatie naar de gemeente stuurt? U weet niet bij wie de informatie terecht komt en wat de vriendelijke dame bij wie u uw nieuwe paspoort op komt halen allemaal van u weet. Ook dat is de realiteit voor alle kinderen, jongeren en gezinnen die een beroep doen op jeugdhulp in West-Friesland.

Wij zijn een groep zorgprofessionals werkzaam binnen verschillende organisaties voor jeugdzorg in West-Friesland. We hebben ons verenigd vanuit onze zorgen over de resultaatgerichte financiering van de jeugdzorg in West-Friesland. In aanloop naar de evaluatie hiervan in de gemeenteraad d.d. 17-02-2021 willen we onze bezwaren tegen deze financieringsvorm met u delen, in de hoop en de verwachting dat u dit mee zal nemen in de geplande evaluatie. Onze bezwaren zijn ook al verwoord in de brandbrief ([link](#)) en de petitie ([link](#)) die een aantal van ons in oktober 2020 opgesteld heeft en die op het moment van schrijven van deze brief al 816 keer ondertekend is. Voor de duidelijkheid willen we stellen dat we deze brief allen op persoonlijke titel schrijven en ondertekenen en niet uit naam van de organisaties waarvoor wij werken. We weten dat we spreken namens nog veel meer collega's werkend in de jeugdzorg in West-Friesland. Dit blijkt uit de vele handtekeningen voor onze petitie van oktober, en we merken het dagelijks in ons werk.

In de resultaatgerichte financiering moeten bij aanmelding van kind of jongere doelen opgesteld worden voor de zorg in een perspectiefplan. In dit perspectiefplan dient ook allerlei informatie gegeven te worden over het functioneren van het kind, jongere en het gezin. Kind, jongere en ouders moeten dit perspectiefplan ondertekenen. De zorgverlener vraagt hierop een arrangement (een geldbedrag) dat nodig is om de gestelde doelen te bereiken. Als de doelen bereikt zijn wordt dit bedrag uitgekeerd aan de zorgverlener. Worden de doelen niet behaald dan wordt slechts 70% van het bedrag uitgekeerd. Als er meerdere zorginstellingen betrokken zijn, is één ervan de hoofdaannemer en zijn de anderen de onderaannemers. De hoofdaannemer beheert het arrangement en betaalt daaruit de onderaannemer(s).

In deze brief zullen we eerst puntsgewijs onze bezwaren tegen de resultaatgerichte financiering opsommen en deze vervolgens verduidelijken middels een aantal gevalsbeschrijvingen uit de dagelijkse praktijk.

1. Het is niet altijd mogelijk om passende doelen te stellen aan het begin van de behandeling. Doelen blijven niet altijd hetzelfde gedurende de behandeling. Vaak is een vertrouwensrelatie nodig om de zorgen en de behandeldoelen duidelijk te krijgen. Zo zal bijv. incest vaak niet aan het begin van een behandeltraject gedeeld worden met een hulpverlener. Daarnaast zijn er veel factoren, zowel in het kind/de jongere zelf als in de omgeving, die van invloed zijn op de ontwikkeling waardoor doelen bijgesteld moeten kunnen worden. Denk bijv. aan het overlijden van een ouder gedurende een behandeltraject van een jongere met depressieve klachten. Zoals hierboven te lezen in het voorbeeld van dokter A en dokter B zien we ook dat er van dit financieringssysteem een perverse prikkel uit gaat om lage en vage doelen te stellen. We gunnen ieder kind, iedere jongere en ieder gezin dat een hulpverlener aan het begin van een behandeltraject vertrouwen uitstraalt in de mogelijkheid een goed behandelresultaat te behalen. We weten dat dat bijdraagt aan een succesvolle behandeling.
Het zal u mogelijk zijn opgevallen dat wij hier spreken van resultaatgericht financieren en niet van resultaatgericht werken. Het moge duidelijk zijn dat wij vanzelfsprekend toewerken naar resultaten, welke naar goed gebruik worden vastgelegd in een behandelplan in samenspraak met het kind/de jongere/ouders. Zo hebben we altijd gewerkt en zo zullen we blijven werken. Dit zijn echter flexibele, vaak medische doelen die niet altijd SMART-meetbaar kunnen worden vastgesteld.
2. De duur en intensiteit (en dus de hoogte van een arrangement) is niet te voorspellen aan het begin van een behandeltraject. Van jongeren met een eetstoornis bijvoorbeeld, weten we dat ongeveer 50% goed herstelt, 45% een chronische eetstoornis ontwikkelt en 5% overlijdt. Als wij een jongere van 14 met een eetstoornis aangemeld krijgen kunnen we op geen enkele manier voorspellen in welke groep deze jongere zal vallen en of we over 2 jaar de behandeling succesvol kunnen afsluiten of dat we de jongere op 18-jarige leeftijd moeten overdragen aan volwassenzorg met een aandoening waarvan hij/zij mogelijk niet van zal herstellen. Iedere inschatting van het benodigde arrangement is dus natte-vinger-werk dat nergens op gebaseerd is. Voor de invoering van resultaat gericht werken was het niet nodig om vooraf een dergelijke inschatting te maken.
3. Dit financieringssysteem lokt uit dat zorgverleners huiverig worden om kinderen/jongeren/gezinnen te behandelen met ernstige, complexe problematiek. Het risico dat doelen dan niet gehaald worden, en er dus niet volledig betaald gaat worden, wordt dan te groot. Stel dat we dit in de medische zorg zouden doen, wie zou er dan oncoloog willen worden?
4. In het perspectiefplan dienen we informatie te geven over de problematiek en achtergrond van het kind/de jongere. Dit is in strijd met ons beroepsgeheim zoals dat vastgelegd is in onze beroepscode. Als ouders deze informatie niet met de gemeente willen delen is er wettelijk de mogelijkheid van een opt-out regeling. We hebben echter allemaal de ervaring dat deze niet altijd wordt toegekend. Het bespreken met het kind/de jongere/ouders van de informatie die naar de gemeente moet, gebeurt aan het begin van een behandeltraject op het moment dat er nog geen vertrouwensband bestaat tussen het kind/de jongere/ouders en de hulpverlener. Regelmatig maken we mee dat dit vanuit eerdere negatieve ervaringen op veel weerstand en wantrouwen stuit. Dit is geen wenselijke start van een behandeltraject en een drempel die er vóór resultaatgericht financieren nog niet was.
5. De samenwerking tussen de verschillende organisaties die bij een behandeling betrokken zijn verloopt moeizamer vanwege de constructie met hoofd- en onderaannemers. Er moet nu

niet alleen overeenstemming bereikt worden over de behandeling, maar ook over de financiering ervan. Even weer een vergelijking met de medische zorg: stel u bent in behandeling bij zowel een fysiotherapeut als een orthopeed in verband met pijnklachten aan uw knie. De fysiotherapeut is hoofdaannemer. De orthopeed vindt het verstandig om u aan uw knie te opereren; u heeft naar zijn mening een nieuwe knie nodig. Een operatie is echter duurder dan het resterende bedrag in het zorgarrangement. Daarom zegt de fysiotherapeut dat de orthopeed niet moet opereren maar u pijnstillers voor moet schrijven; dat werkt tenslotte ook tegen de pijn en is een stuk goedkoper. De orthopeed is het daar niet mee eens en u zelf waarschijnlijk ook niet. Terwijl de beide behandelaars discussiëren over wat er nu moet gebeuren, wordt u niet geholpen. Dit is waar we in de jeugdzorg ook tegen aanlopen. In het onderling bespreken van wat welk kind/de jongere/gezin nodig heeft is het argument van de kosten zwaarder gaan wegen dan wat de beste hulp is. Niet omdat wij zorgprofessionals het belang van de cliënt uit het oog zouden zijn verloren, maar omdat onze organisaties op een verkeerde manier worden gefinancierd. Samenwerken met andere instanties is hierdoor complexer geworden.

6. Ook in de spreekkamer weegt het argument van de kosten zwaarder mee. In een gesprek met ouders blijkt bijvoorbeeld dat er weekendopvang nodig is voor een kind, maar het past niet in het arrangement; gaan we het dan toch in gang zetten terwijl we weten dat er dan verlies geleden wordt op deze behandeling of zien we het nog even aan? Ook dit is een argument dat vóór resultaat gericht financieren een veel minder grote rol speelde.
7. Op- en afschalen van zorg wordt moeizamer. Als je als hulpverlener weet dat overdragen naar een goedkopere vorm van hulpverlening een hoop bureaucratie en daarmee veel tijd kost, die je niet hebt, dan draag je nog even niet over. Omgekeerd, als blijkt dat er meer hulp nodig is dan vooraf voorzien, levert het eerst weer moeten aanvragen van een nieuw arrangement (eventueel weer gepaard gaande met het sluiten van een contract met een onderaannemer) onnodige vertraging op.
8. Dat brengt ons op de administratieve druk en de tijdsinvestering. Het opstellen van een perspectiefplan, zorgen dat het ondertekend wordt, dat het naar de gemeente gaat, kost een hoop tijd, zeker als er verschillende zorgverleners betrokken zijn en er dus sprake is van hoofd- en onderaannemerschap. Bij de gevalsbeschrijvingen hieronder kunt u lezen dat er kinderen/jongeren/gezinnen zijn voor wie het na tientallen uren werk, nog niet goed geregeld is. Dit is tijd die we liever aan behandeling zouden besteden, zeker omdat we zien dat ondertussen de wachttijden oplopen. De omvang van administratieve handelingen die nodig zijn is zodanig toegenomen, dat er bij verschillende instellingen volwaardige administratieafdelingen zijn opgetuigd.
9. Over wachttijden gesproken: na een aanmelding kan er niet meteen gestart worden met behandeling omdat er eerst gewacht moet worden op toekenning van de financiering. Dit kan, zeker als het ingewikkeld is, weken tot maanden duren. In die tijd kan er nog niet gestart worden met behandeling. De wachttijden tot passende hulp zijn hierdoor voor veel cliënten toegenomen.
10. We maken regelmatig mee dat perspectiefplannen niet goedgekeurd worden door de gemeente of dat er een kleiner arrangement toegekend wordt dan aangevraagd werd, omdat de gemeente zich niet kan vinden in de gestelde indicatie (bijv. vindt dat er een andere, goedkopere therapievorm ingezet moet worden). Hiermee gaat de gemeente op de stoel van de deskundige zitten, wat voor de invoering van het resultaatgericht financieren niet gebeurde. Dit is vergelijkbaar met een zorgverzekering die u een behandeling ontzegt die door uw arts is geïndiceerd.

11. Uit recente overzichtsliteratuur is bekend dat het niet is aangetoond dat resultaatgericht financieren leidt tot betere kwaliteit van zorg (tenzij de kwaliteit op voorhand al laag was), maar dat het wel veel potentiële nadelen heeft en meer kan kosten. Overigens is ook niet aangetoond dat de uitkomsten van de zorg verbeteren door invoering van resultaatgericht financieren. Hieronder vindt u de betreffende onderzoeken:

1. Mathes, T. et al. Pay for performance for hospitals. *Cochrane Database Syst. Rev.* 7, (2019).
2. Vlaanderen, F. P. et al. Design and effects of outcome-based payment models in healthcare: a systematic review. *Eur. J. Heal. Econ.* 20, 217–232 (2019).
3. Mendelson, A. et al. The effects of pay-for-performance programs on health, health care use, and processes of care: A systematic review. *Ann. Intern. Med.* 166, 341–353 (2017).
4. Eijkenaar, F. et al. Effects of pay for performance in health care: A systematic review of systematic reviews. *Health Policy* 110, 115–130 (2013).
5. Kyeremanteng, K. et al. Analysis of Pay-for-Performance Schemes and Their Potential Impacts on Health Systems and Outcomes for Patients. *Crit. Care Res. Pract.* Article ID 8943972, (2019).
6. Rudoler, D. et al. Payment incentives for community-based psychiatric care in Ontario, Canada. *CMAJ* 189, E1509–E1516 (2017).

Zoals u kunt lezen kleven er veel bezwaren aan de resultaatgerichte financiering in het gebruik in de jeugdzorg. We zullen dat in de bijlage nog verder illustreren met een aantal gevalbeschrijvingen uit onze dagelijkse praktijk.

We hopen dat we u hebben kunnen overtuigen dat de resultaatgerichte financiering in de jeugdzorg geen bruikbare vorm van financiering is. Ook in andere regio's waar de resultaatgerichte financiering ingevoerd is in de jeugdzorg heeft dit, voor zover wij weten, niet geleid tot betere zorg en heeft het ook niet geleid tot goedkopere jeugdzorg. Geen enkele reden dus om deze vorm van financiering te vervolgen, naar ons idee. We hopen en verwachten dat u onze ervaringen en onze visie mee zult nemen in de evaluatie van deze vorm van financiering d.d. 17-02-2021.

Mocht u naar aanleiding van deze brief vragen hebben of behoefte hebben aan verder onderbouwing van onze bezwaren dan kunt u mailen naar actie@stoprgf.nl.

Met vriendelijke groet,

zeer bezorgde jeugdzorg professionals van diverse organisaties

Bijlage I: Casuïstiek

Bijlage II: Brandbrief aan gemeenten, oktober 2020

Link naar petitie:

<https://geenresultaatfinanciering.petities.nl/>

Een zaak waar tijd en ruimte nodig is om volledig zicht te krijgen op de problematiek

Samengevat: depressieve adolescente met schooluitval waar pas na lange tijd een gezinsgeheim wordt gedeeld met de hulpverlening, waardoor het invullen van een perspectiefplan een zeer moeizaam proces is, dat vele maanden in beslag neemt en ouders hun problematiek wel willen bespreken met hulpverleners maar niet met de gemeente. De jongere in nood moet geholpen worden. De hulpverleningsinstelling moet vanuit goed hulpverlenerschap starten met de hulp. De volwassenen in dit systeem en de 16-jarige adolescente hebben er recht op dat hun privacy beschermd wordt.

X is 16 jaar als ze wordt aangemeld. School heeft zorgen gemeld aan de gemeente omdat X veel verzuimt. We gaan aan de slag met X en haar moeder om het perspectiefplan in te vullen, maar het gaat stroef. X vergeet afspraken net als haar moeder. Binnen ons team bespreken we wat ons te doen staat; de druk opvoeren en contact blijven zoeken of het even op zijn beloop laten. We hebben geen tijd om na te denken, want de leerplichtambtenaar luidt de noodklok. X komt nu al twee weken helemaal niet naar school. Er moet iets gebeuren. We beraden ons als team, want als we aan de slag gaan zonder perspectiefplan en dat wordt uiteindelijk niet goed gekeurd, wat is dan onze positie? Krijgen we al ons werk dan wel betaald? Het is een duivels dilemma: een meisje in nood moet geholpen worden, maar je moet als team wel betaald worden voor je diensten.

We gaan ondanks de afwezigheid van een perspectiefplan aan de slag. We spreken X individueel en omdat zij niet naar kantoor komt, komen we bij haar thuis. Zo spreken we moeder ook en lukt het om het perspectiefplan samen in te vullen. Als doel zetten we er in dat X weer naar school gaat en dat haar sombere stemming zal verbeteren. We zijn niet helemaal tevreden met de doelen. Het lijkt alsof moeder en X niet het achterste van hun tong laten zien en dat er dingen spelen die we nog niet mogen weten. In een perspectiefplan zetten dat je met moeder en X aan de slag gaat om alles over ze te weten te komen, kan niet. Dat zou de werkrelatie bij voorbaat onderdruk zetten. We kunnen het dus niet benoemen

De gesprekken met X lopen stroef. Zij is soms weg, vertelt weinig en afspraken die met haar worden gemaakt kan ze niet volhouden. Het kost haar behandelaar veel energie. Ondertussen is de leerplichtambtenaar niet blij met onze behandeling, want er verandert niets. Ook vanuit de gemeente wordt de druk opgevoerd, want wat hebben die gesprekken voor zin? Na een half jaar vertelt X verdrietig dat er thuis meer speelt dan ze kan vertellen. Het is er niet altijd veilig. Ze wil niet dat we dat gaan delen met anderen. Ze ziet hoe iedereen thuis zijn best doet en vindt het een soort verraad om er over te klagen. Het kost enkele weken om samen met haar een plan te maken hoe we haar scherpe waarneming wel mogen delen.

Er komt een gesprek met moeder en X en ook haar vader schuift aan. Thuis is er veel onenigheid en vooral vader kampt met forse eigen problematiek. Dat X last heeft van de sfeer thuis begrijpen alle volwassenen. We beloven elkaar de stap te gaan nemen dat vader gaat werken aan zijn eigen problemen. Dat gaat natuurlijk niet zomaar. Er is een wachttijd binnen de volwassenzorg. Ondertussen leeft X in een onstabiele thuissituatie. Ouders geven aan het heel naar te vinden als ze al hun problemen moeten delen met school en de gemeente. Want het is immers een probleem van vader. Hij schaamt zich al erg genoeg en wil niet dat de hele wereld het weet. We hebben ons te houden aan de wet en geven vaders problemen niet door aan anderen dan het gezin.

Natuurlijk worstelen we door. De gemeente baalt van onze traagheid en wil openheid van zaken ongeacht de wet. Leerplicht ziet X nog steeds niet op school en wij hebben te maken met een systeem dat steeds meer openheid van zaken geeft maar dat niet met iedereen wil delen.

Lang verhaal kort: we komen samen met ouders en X tot de conclusie dat school voor haar momenteel niet haalbaar is. X wil de nare dingen die ze heeft meegemaakt een plek geven en wil dat in alle rust kunnen doen. Ze kiest ervoor om naar speciaal onderwijs te gaan. School is blij met de stap en begrijpt dat het voor X momenteel te veel is. Ouders zijn blij dat X opener aan het worden is en leert verwoorden wat zij voelt. Wij als team zijn blij dat we ouders en X het vertrouwen hebben kunnen geven dat eerlijk vertellen wat er speelt de eerste stap is op de weg naar verandering.

We maken ons wel zorgen als team over de financiën. We hebben immers het doel van weer naar school niet gehaald. X is ook niet veel blijer geworden en bovendien baalt de gemeente van onze werkwijze waarbij we niet alle informatie delen. Als we veel van klanten zoals X krijgen zijn we bang dat we het als poli financieel niet gaan redden.

Een zaak waarbij de hechtingsrelatie centraal stond in de behandeling en deze zonder overleg afgebroken moest worden

Samengevat: B maakt geen contact en is doorgaans ongemotiveerd voor wat dan ook. Zij is 8 jaar en mag de therapie niet voortzetten na een moeizame opbouw van een veilige relatie. Er is sprake van onder andere ouder-kind problematiek, problemen in de hechting, broekplassen en onderpresteren. Zonder overleg/contact met behandelaar besluit het gebieds-/gemeenteteam dat de therapie te weinig oplevert en adviseert voortzetting bij GGZ NHN. Dit betekent dat ouders afhaken, voor nu. Zij zien het niet zitten weer van voren af aan te starten. De problemen van B zullen niet vanzelf over gaan. Zij zal ouder worden en zich beter leren aanpassen, maar een deel van zichzelf laat zij niet meer zien, dat doet niet meer mee. Dat richt schade aan, waarvoor vroeger of later de rekening betaald zal moeten gaan worden. Een depressieve puber die uitvalt kost de gemeente op den duur een hoop meer.

B. wordt aangemeld vanwege woede aanvallen, sombere buien, aanhoudend bedplassen, grenzeloos gedrag versus bijzonder claimend en bepalend gedrag naar moeder, grote jaloezie naar jongere zusje en op school vrijwel onzichtbaar zijn. B. heeft een IQ van 128 wat niet zichtbaar is in haar schoolresultaten. Het ontbreekt haar daar aan alle motivatie.

B. is ruim een jaar in behandeling geweest, waarin voornamelijk gewerkt is aan een veilige relatie opbouwen en in deze stand te houden, om vandaaruit haar binnenwereld te gaan verkennen. B. had een flink pantser opgebouwd in de loop der jaren. Aanvankelijk wilde zij haar jas tijdens de sessie niet uit doen en ook niks drinken, tegenover mij aan tafel zitten was eigenlijk al te veel van het goede.

Wat volgde was een lange periode waarin het draaide om een veilige omgeving creëren, contact zoeken en ontspanning kunnen ervaren. Het was tevens een periode van procesdiagnostiek, waarin zichtbaar werd dat er een kluwen van problemen bestond. Problemen in de hechting leken op de voorgrond te staan, naast ouder-kind problematiek. Daarnaast bleek zij extreem faalangstig en ongemotiveerd voor school. Zij was duidelijk aan het onderpresteren. Het broekplassen continueerde en B. bleef vaak negatief en veroordelend over andere mensen.

Steeds beter leerde ik B. en haar ouders kennen. Ouders begonnen stapjes te maken, met elkaar en naar hun dochter en zij reflecteerden inmiddels wat meer op hun eigen handelen als opvoeders.

B. durfde inmiddels wat te drinken, zonder jas en we maakten grapjes. B. durfde steeds meer uitdagingen aan te gaan waarin zij zich wat meer kon laten zien. Het contact was precair, maar langzaamaan werd er meer mogelijk. Heel voorzichtig opende zij zich meer tijdens de sessies, in ieder geval kon zij wat meer gaan ontspannen. We waren er echter nog niet, toen het gebieds-/gemeenteteam besloot dat de behandeling niet meer werd vergoed omdat deze te weinig resultaat opleverde.

Het gebieds-/gemeenteteam adviseerde dat wanneer de klachten aanhielden, ouders hulp van GGZ NHN konden gaan inschakelen voor eventuele verdere diagnostiek. Het bleek dat mijn evaluatieverslag niet was meegenomen in deze beslissing, noch was er contact met mij opgenomen voor overleg/afstemming. Dit was voor ouders, maar ook voor mij zeer frustrerend. Wetende dat dat meisje en haar ouders dan weer van voor af aan zou moeten starten in het aangaan van een nieuw contact.

Het zou anders geweest zijn wanneer gebieds-/gemeenteteam met mij contact had opgenomen en had overlegd wat wijsheid zou zijn, of in ieder geval mijn mening gevraagd zou hebben. Regelmatig werk ik met de GGZ-NHN samen wanneer een kind door hen gezien wordt voor onderzoek. Ik blijf dan de behandelaar, voor de continuïteit en voor het behoud van de opgebouwde veilige relatie. In deze casus had de gemeente hier geen oren naar.

Een zaak waarbij na zorgvuldige analyse van de problematiek een behandelplan/perspectiefplan wordt gemaakt dat door de gemeente niet wordt goedgekeurd.

Samengevat: Een zaak waarbij na zorgvuldige analyse van de problematiek een behandelplan /perspectiefplan wordt gemaakt dat door de gemeente niet wordt goedgekeurd, maar waar de gemeente op de stoel van de behandelaar gaat zitten en wil bepalen welke type therapie geboden moet worden. Het gevolg is dat er pas na heel veel uren en heel veel energie overeenstemming is gekomen, hetgeen tot veel onnodige spanning heeft geleid voor het gezin.

B, een meisje van 14, wordt aangemeld bij een kleine praktijk voor basis-GGZ, met als hulpvraag behandeling bij forse angstklachten en problemen in de relatie tussen ouders en B (systeemproblematiek). Ouders en B willen graag naar deze praktijk (en niet naar de specialistische zorg waar de huisarts in eerste instantie naar verwees) omdat ze bij deze kleine praktijk een aantal jaar geleden ook al eens een behandeltraject gevolgd hebben. Het voelt vertrouwd.

De behandelaar schat in dat zij passende hulp kan bieden aan B en haar ouders, mits ze voldoende uren heeft. Zij schrijft een perspectiefplan, waarin zij beschrijft aan welke doelen zij wil gaan werken. Zij maakt op basis hiervan een inschatting van welke trajectcategorie zij nodig heeft. Het perspectiefplan wordt afgekeurd. De betrokkene vanuit het gebieds-/gemeenteteam vindt dat er een traject cognitieve gedragstherapie nodig is, wat in een veel korter traject moet kunnen plaatsvinden dan het traject dat aangevraagd is door de behandelaar.

Uiteindelijk is na intensief overleg toch het uitgebreidere traject toegekend, waardoor er voldoende uren vrijkwamen om zowel de angstklachten als de problemen in het gezin te behandelen. Dit overleg en het mailcontact dat hieraan voorafging, heeft veel tijd energie gekost. Ook heeft het gezin lang in spanning gezeten, omdat ze niet wisten of hun hulpvraag opgepakt kon worden bij de instantie van hun keuze.

Helaas zijn er vergelijkbare situaties geweest, waarbij de goedkeuring er uiteindelijk niet gekomen is en een traject dus moest worden aangepast.

Een zaak van een jongen die vanwege financiering moest stoppen met een goed lopende vorm van hulpverlening met zicht op teruggang naar school. Resultaat: definitief gestagneerde schoolontwikkeling

Een jongen van 16 uit de gemeente Z die vastloopt op Spinaker, thuissituatie is erg beperkt, daarom inzet hometraining. Jongen verzandt in het gamen, komt niet aan bij de reguliere jongerenplekken/sporten/ed. Wil graag iets doen, ontdekken wat hij nog meer kan, maar met zeer laagdrempelige insteek. Wil contact met eensgezinde jongeren. Atelier 2^e plan sluit goed aan, jongen kwam aan, had weer zin gekregen in school, mede omdat hij veel op Atelier zijn schoolwerk kon gaan maken. Vanuit crisis gehandeld en Atelier ingezet (afgelopen januari), nog geen financiering aangevraagd. Echter, het Atelier was met de huidige financiering niet meer mogelijk. Jongen moest stoppen, ontregelde nog meer en ging niet meer naar school. Uiteindelijk Leerwerkbedrijf Oostereiland ingezet waar hij inmiddels wel is aangekomen. Het stutten en steunen van het steeds weer ontregelen, plus daarbij het onderzoeken en inzetten van een andere plek met alle gesprekken die hierbij komen kijken, heeft me enorm veel tijd gekost en de nodige frustratie opgeleverd. De jongen gaat nu 4 dagen per week naar Oostereiland en gaat niet meer naar school. Dit had voorkomen kunnen worden als hij had kunnen doorgaan op het ingezette spoor bij Atelier 2^e plan.

Een zaak van een meisje met gedragsproblemen en haar ouders bekend met een licht verstandelijke beperking (LVB), die tussen wal en schip vallen omdat het vanwege de financiering niet mogelijk bleek de begeleiding van de ouders voort te zetten

Casus van een meisje van 15, gemeente X. Het gemeenteteam is betrokken als regiehouder, echter, de casus was zo complex dat deze regiehouder er ook niet uit kwam. LOEK was betrokken als ouderbegeleider (LVB) en de GGZ was er voor het meisje. Vanwege gedragsproblemen thuis, waarbij veel speelde in de interactie tussen meisje en moeder, heb ik Leestensch Hof in willen zetten. Hier kon zij gezond gedrag aanleren en verder ontwikkelen op vooral sociaal gebied. Tevens zou het helpen om de structuur vast te houden en de schoolgang te behouden (dit ging ook stroef). Er is veel tijd en energie gaan zitten in het op orde brengen van het perspectiefplan. We hebben verlenging gekregen, dat is fijn, maar geen organisatie durft zijn vingers te branden in deze casus door het hoofdaannemerschap op zich te nemen. LOEK gaat nu stoppen, o.a. zodat GGZ en Leestensch Hof een perspectiefplan met elkaar kunnen opstellen. Zowel jeugd als WMO zit met hun handen in het haar hoe ouders begeleid kunnen worden en vanuit welke financiering dit vergoed moet worden.

Nog een zaak die draait om onoplosbare problemen met betrekking tot het hoofd- en onderaannemerschap bij een puber met forse psychiatrische problematiek.

Een meisje van 12 uit de gemeente Medemblik met forse Autisme Spectrum problematiek en driftbuien thuis. Gaat naar speciaal onderwijs en Leestensch Hof. Vanuit GGZ zijn 2 hometrainers betrokken en is er nauw contact met de psychiater. Het perspectiefplan krijgen we maar niet rond, aangezien er zowel hulpverlening vanuit Leestensch Hof als GGZ in zit: voor Leestensch Hof is de problematiek te fors om hoofdaannemer te kunnen zijn, maar het meisje komt hier wel veel meer uren dan bij de GGZ. Tevens vindt de gemeente de zorg duur en heeft zij de optie van opname of gezinshuis genoemd als alternatief. Na maanden over en weer contact met heel veel instanties en de

gemeente is er uiteindelijk gekozen om te stoppen met de GGZ zorg. Dit is niet beter voor het meisje, maar wel nodig om de financiering rond te krijgen. Een andere instantie gaat de ambulante begeleiding nu op zich nemen.

Een zaak van twee kinderen met psychiatrische problemen en met moeilijke ouders

Een zus en een broer aangemeld via de huisarts, eerder traject bij Parlan voor gescheiden ouders (Kinderen uit de Knel). Er is, vóór de intake, heel veel contact met ouders omdat zij niet op een lijn zitten qua beleid richting opvoeding/psychiatrie en dus ook niet wat betreft de intake bij ons (gezamenlijk met Parlan). De intake wordt afgeblazen, omdat vader Parlan niet bij de intake wil hebben en dit wel een voorwaarde lijkt voor goede zorg. Het ene kind is ingeschreven bij moeder, het andere bij vader, en dat zijn twee verschillende gemeentes. Ouders schrijven en tekenen GGZ-papieren apart van elkaar. Mogelijk gaat de intake niet plaatsvinden en krijgen we niet betaald voor al het contact vóór de intake. Als intake wel gaat plaatsvinden, dan wordt het lastig om een perspectiefplan op te stellen waar beide ouders en beide gemeenten achter staan.

Een zaak van het meisje met een angststoornis dat uitvalt op school, maar niet op een dagbesteding mag starten omdat er geen passend arrangement lijkt te zijn. Gevolg: toegenomen psychiatrische problemen en een volledig verloren schooljaar. Een kostbare zaak: vele uren werden besteed aan mailen en bellen

Een meisje van 15 dat niet kan functioneren op school vanwege o.a. forse angstklachten. Zij is uitgevallen op school en er wordt dagbesteding aangevraagd op een kinderboerderij. Deze zorg is aangevraagd in april. Vervolgens ontstaat er een enorme discussie over hoofd- en onderaannemerschap waarbij de GGZ aangeeft geen hoofdaannemer te kunnen zijn omdat dagbesteding niet in een arrangement past. Er zijn uren en uren in overleg en heen- en weer mailen gaan zitten. Mogelijk kan dit meisje binnenkort starten via een omweg, maar nog is het perspectiefplan niet helemaal rond. Het heeft dus ruim een half jaar geduurd en zij zit al die tijd thuis bij haar ouders, die zelf vervolgens ook overbelast raken van de zorg voor haar. Gevolg is dat de angstklachten en somberheid zijn toegenomen en het kind dit hele schooljaar nog niet toe zal zijn aan herstarten op school.

Bijlage II: Brandbrief aan gemeenten, oktober 2020

Resultaatfinanciering in West-Friesland: hoge prijs, desastreus effect

Een brandbrief van bezorgde hulpverleners uit de jeugdzorg en jeugd-GGZ

“Ik zweer/beloof dat ik de geneeskunst zo goed als ik kan zal uitoefenen ten dienste van medemens. Ik zal zorgen voor zieken, gezondheid bevorderen en lijden verlichten.”

“Ik stel het belang van de patiënt voorop en eerbiedig zijn opvattingen. Ik zal aan de patiënt geen schade doen. Ik luister en zal hem goed inlichten. Ik zal geheimhouden wat mij is toevertrouwd.”

Twee frasen uit de artseneed. Beloftes die, sinds Jeugdwet uit 2015, niet meer na te komen zijn met alle gevolgen voor kwetsbare kinderen en gezinnen van dien. Het is hierom dat wij, artsen, psychologen, verpleegkundigen, orthopedagogen en andere hulpverleners in de jeugdzorg en jeugd-geestelijke gezondheidszorg (jeugd-GGZ), voor wie vergelijkbare beroepscode gelden, niet langer willen zwijgen over de situatie in West-Friesland.

In 2015 werd met de jeugdwet de transitie (decentralisatie) van de jeugd-GGZ en jeugdzorg van een landelijk stelsel naar de gemeenten een feit. De gemeenten waren deels al verantwoordelijk voor andere vormen van jeugdhulp (opvoedkundige jeugdzorg bijvoorbeeld) en de overheveling was bedoeld om onderbehandeling, onderdiagnostiek en onvoldoende samenwerking tussen verschillende zorgpartijen tegen te gaan. Een mooi streven; echter, zoals iedereen inmiddels wel weet, pakt de transitie vooralsnog niet altijd even gunstig uit. Een van de redenen is dat de overheveling gepaard is gegaan met een bezuinigingsslag. Een andere reden is de toegenomen administratieve last, mede doordat verschillende gemeenten hun eigen beleid en daarmee ook verschillende manieren van bekostiging hanteren. Een daarvan is de resultaatfinanciering, die de Westfriese gemeenten hebben ingevoerd, in weerwil van de waarschuwingen van professionals vooraf.

Bij de resultaatfinanciering moeten tevoren meetbare doelen worden opgesteld door de gemeente en het gezin (al dan niet samen met de zorgaanbieder) of direct na intake door de zorgaanbieder en het gezin, welke worden geformuleerd in een zogenaamd perspectiefplan. De zorgaanbieder moet op grond van dit plan beslissen in welk begrotingsprofiel (arrangement) het kind zal vallen. Vervolgens moet het perspectiefplan inclusief het voorgestelde arrangement bij de gemeente worden ingediend, waarna de gemeente bepaalt of het gevraagde arrangement ook wordt toegekend. Daarna pas kan het kind in behandeling worden genomen. Als er andere partijen moeten worden betrokken bij de behandeling (denk bijvoorbeeld aan een ergotherapeut of thuisbegeleiding) moet de betreffende instelling als hoofdaannemer een contract afsluiten met deze partij als onderaannemer. Indien de door de gemeente gestelde doelen niet worden behaald, krijgt de instelling slechts 70% van het begrote bedrag uitbetaald.

Nu zitten er verschillende haken en ogen aan deze vorm van financiering. Zo is het een illusie dat het stellen van controleerbare individuele “SMART”-meetbare doelen haalbaar is. Uiteraard wordt er nu ook met behandeldoelen gewerkt, maar deze zijn flexibel en in de praktijk niet zuiver meetbaar. Hoe meet je bijvoorbeeld het algemeen welzijn van een kind? Ook blijkt vaak tijdens het behandelproces pas hoeveel zeer ingewikkelde problemen nog meer spelen. Daarnaast is een resultaat niet alleen afhankelijk van een wel of niet goed verlopen behandeling, aangezien vele factoren meespelen bij het al dan niet slagen van een behandeling: een kind is geen product op een lopende band. Tenslotte is ook de vraag in hoeverre hulpverleners die niet geschoold zijn op het gebied van bijvoorbeeld

psychiatrie of specialistische jeugdzorg (zoals gemeenteambtenaren), dergelijke doelen kunnen stellen. Los van deze inhoudelijk bezwaren zijn er ook praktische en financiële bezwaren. Zo vraagt het opstellen van onderaannemerscontracten een grote tijds- (en derhalve personeels-) investering waar de tekorten toch al nijpend zijn. Dit geldt ook voor de administratie die het oplevert om tevoren behandeltraject en kosten te moeten inschatten. Tevens is er voor de hoofdaannemer in theorie sprake van een prikkel om de doelen laag te houden, zodat deze ook echt behaald kunnen worden. Het is echter bekend dat bij het stellen van hogere doelen meer kan worden bereikt (ook al wordt het doel slechts gedeeltelijk behaald). Ook de verantwoordelijkheid die de hoofdaannemer draagt voor het "succes" van de onderaannemer zal de nodige investeringen vergen. En hoe bepaal je welk deel van het budget niet aan de eigen instelling, maar aan de onderaannemers wordt besteed? Bovendien komt de hulpverlener in een onderhandelingspositie terecht met de cliënt, wat niet ten goede komt aan de zo essentiële behandelrelatie.

Een ander zeer groot bezwaar is het feit dat de gemeenten in het perspectiefplan gedetailleerde informatie vragen om te bepalen of zij akkoord gaan met het gevraagde arrangement. Dat betekent dat het beroepsgeheim niet is gewaarborgd en gemeenteambtenaren bij zeer persoonlijke informatie kunnen. Er is een mogelijkheid tot opt-out, wat wil zeggen dat het perspectiefplan niet naar de gemeente hoeft te worden gestuurd om een arrangement toegekend te krijgen. In de praktijk echter zijn er gemeenten die deze opt-outoptie weigeren. De gevolgen laten zich raden: een tweedeling tussen kinderen van vermogende ouders, die zelf een behandeling kunnen betalen bij een vrijgevestigd behandelaar en van wie de privacy dus goed beschermd is, versus kinderen van minder vermogende ouders die voor zorg afhankelijk zijn van de gemeente en van wie het recht op privacy en beroepsgeheim dus wordt geschonden.

Om bovenstaande redenen is er door jeugdhulpverleningsinstanties in West-Friesland veel bezwaar geuit tegen de invoering van deze financieringsvorm. Desondanks waren de gemeenten niet van zins af te zien van de invoer. Er is ons als hulpverleners steeds voorgehouden dat het wel goed zo komen, dat er altijd kinderziektes zijn die ook weer worden opgelost, maar de praktijk is nog zorgelijker dan verwacht. Een goed driekwart jaar na de invoering is de administratieve last nog steeds torenhoog, kan de zorg niet meer snel en flexibel worden opgeschaald, loopt behandeling vertraging op en wordt het wettelijk beroepsgeheim met voeten getreden. Wij kunnen dit als bezorgde hulpverleners niet meer zonder protest laten passeren. De eed zegt immers ook:

"Ik ken mijn verantwoordelijkheid voor de samenleving en zal de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de gezondheidszorg bevorderen."

Daarom, beste Westfriesse gemeenten, maak een einde aan dit administratieve gedrocht. Beter ten halve gekeerd dan ten hele gedwaald. De kinderen en hun ouders zullen u dankbaar zijn.