

Memo



aan accountmanagers jeugd ZK en IJmond
van Hella van de Beek
datum 30 mei 2017
betreft Plan van aanpak wachtlijsten
kopie aan
e-mail hellavandebeek@kenterjeugdhulp.nl

Aanleiding

Bij Kenter Jeugdhulp zien we het afgelopen kwartaal de wachtlijsten extra hard oplopen bij een aantal hulpvormen. Deze problemen zien we vooral bij het KJTC, bij SGGZ en bij ambulante Jeugd& Opvoedhulp. Ook voor sommige 24 uursvoorzieningen en pleegzorg is er in de hele keten sprake van lange wachttijden. Vooral voor de cliënten met ernstige klachten of problemen is dit een zeer onwenselijke situatie. Zowel gemeenten als Kenter zelf willen graag extra moeite doen om deze wachtlijsten meer te bekorten. Bovendien is het erg wenselijk om altijd voldoende “buffer” te hebben in het geval van spoedeisende situaties en extreme casuïstiek waar extra maatoplossingen nodig zijn.

Voorstel

Kenter doet hierbij een voorstel om met diverse maatregelen en extra inzet van personeel de wachttijden weer zo snel mogelijk, voor eind oktober, binnen de Treeknormen te krijgen. Indien de totale productie dit jaar meer blijkt te zijn dan het afgesproken budget, dan doen wij een beroep op de gemeenten om deze aanvullende productie te financieren.

Oorzaken extra toename wachttijden

Voor het ontstaan van de wachtlijsten zijn er diverse oorzaken op verschillende niveaus:

- Het landelijke beeld is dat de transformatie jeugdhulp met het accent op preventie en verankering in het lokale veld, nog niet leidt tot vermindering van de totale zorgvraag, vaak zelfs tot een toename. Dit komt onder andere door meer en betere signalering. De verwachting is dat de totale transformatie op termijn wel zal leiden tot minder inzet van specialistische zorg, maar dat dit meerdere jaren investering vraagt.
- Regionale transformatie; met de transitie jeugdzorg hebben de gemeenten aanzienlijk minder budget voor jeugdhulp gekregen dan eerder landelijk beschikbaar was; de vraag naar hulp neemt echter nog niet direct af in de specialistische schil. Veel (huis)artsen werken nog niet nauw genoeg samen met de CJG's waardoor ook vanuit die kant vooral de GGZ-verwijzingen redelijk constant zijn gebleven, terwijl het budget is afgenomen.
- Verzwaring van de problematiek door transformatie effect; voor een deel zien we in de specialistische schil dat de problematiek complexer wordt, omdat de lichtere problemen door CJG's en basisinfrastructuur meer worden opgevangen. Wat er vervolgens doorverwezen wordt naar de tweedelijns jeugdhulp is veelal complexer en vaak intensiever qua traject, wat de doorstromingsnelheid beperkt.
- Interne personeelsproblemen; in het afgelopen jaar en eerste kwartaal van dit jaar zien wij ons geconfronteerd met meerdere personele vraagstukken.
 - Wij moeten elk jaar formatie afbouwen, wat ons noodzaakt om een grotere flexibele schil van hulpverleners in tijdelijk dienstverband te hebben. Daardoor zien we meer personele wisselingen en een groter verloop. Dit creëert vervolgens

- meer druk bij de collega's, die een hogere werkdruk ervaren als zij bijvoorbeeld cliënten moeten overnemen van een vertrekkende collega.
- Het is moeilijk om voldoende goed opgeleide regiebehandelaren GGZ te werven en te behouden. Er is in meerdere disciplines een toenemende schaarste op de arbeidsmarkt, zoals psychiaters en GZ-psychologen.
 - Mede door de toegenomen ervaren werkdruk zien we een toename van ziekteverzuim met ook een aantal langdurig verzuimcasussen die werk-gerelateerd zijn.
- Interne organisatievraagstukken: de toegang van Kenter Jeugdhulp als fusie-organisatie zit nog complex in elkaar, waardoor cliënten niet altijd direct op de juiste plek terecht komen en wachttijden langer kunnen worden. Dit heeft o.a. te maken met een nog niet geïntegreerde cliëntenadministratie en dossiervoering, wat vanaf juli '17 wel het geval is. Ook leidt het werken in 2 systemen tot onwenselijke administratieve druk, wat niet gunstig is voor de productiviteit. Wij zijn bezig met extra inspanningen, mede ingegeven door de toegenomen wachttijdproblematiek, om de productiviteit vanuit het Lean-gedachtegoed te verhogen en de invoering van ons nieuwe ECD gaat hierbij behulpzaam zijn.
 - Een ander organisatievraagstuk is onze inzet van medewerkers in het MDCK, waar we dit jaar nog geen vergoeding voor krijgen, maar waar volgend jaar wel mogelijkheden voor komen.

Inspanningen en beoogde resultaten korte termijn en middellange termijn

Op dit moment zijn de wachtlijsten aanzienlijk. In aantallen: 35 cliënten KJTC, 50 SGGZ, 60 ambulant multifocaal J&O/GGZ = 145 cliënten. De instroom is het eerste kwartaal 2017 verder bemoeilijkt door personeel verloop en uitval door ziekte.

Naast het aantal wachtenden is de wachttijd tot het eerste gesprek (W1) vaak veel langer dan 4 weken. De informatie hierover op de website is helaas niet altijd kloppend, omdat de landelijke meetmethode die hierover is afgesproken momenteel niet altijd goed uitvoerbaar is in ons primaire proces. Hiervoor hebben wij een verbeterplan ingezet.

De wachttijden tot het eerste intakegesprek zijn als volgt: (peildatum 29 mei)

- Ambulant Multifocale Teams ZK: 6 - 8 weken
- Ambulant Multifocaal Team IJmond: 8 - 10 weken
- Polikliniek Haarlem: 10 - 12 weken
- KJTC: 26 weken

Deze huidige wachttijden zijn ruim boven de Treeknormen van 4 weken. Wel is er meestal directe inzet van behandeling na het eerste gesprek en is er dus niet nog een extra wachttijd. Voor sommige behandelvormen kan er wel extra wachttijd zijn, zoals traumabehandeling met EMDR, of ouder-kind behandeling voor hechtingsproblemen met kinderen van 0-4 jaar.

Memo



Actieplan Kenter

De volgende acties zijn ingezet voor de korte en middellange termijn.

1. Inzet extra personeel (ziektevervangende en aanvullende) Wij zijn druk bezig met werving van personeel. Onze verwachting is dat we met de invulling van reguliere vacatures en inzet van ziektevervangende en extra personeel, voor de herfstvakantie medio oktober de Treeknorm van 4 weken kunnen bereiken. Hierbij baseren wij ons op de huidige wachttijden en instroom. Vanaf medio augustus kunnen per week ongeveer 16 cliënten extra per week starten, is onze verwachting.
2. Groepsbehandelingen KJTC. Voor de zomervakantie willen we alle kinderen op de wachtlijst van het KJTC voor een intake gezien hebben, zodat er zoveel mogelijk kinderen kunnen starten in een groepsbehandeling. Ditzelfde gaan we onderzoeken bij andere teams met GGZ-behandeling.
3. Triage Zuid-Kennemerland, IJmond en KJTC versterken; vanaf juli starten we met uitgebreidere triage van de aanmeldingen door deze allemaal inhoudelijk te bespreken met verwijzer en/of cliënt (telefonische screening), waarbij alternatieven expliciet besproken worden. Met name medische verwijzers vergen hierbij extra aandacht. De tijd die hiervoor moet worden vrijgemaakt gaat in eerste instantie wel ten koste van instroomruimte, en zal dus niet direct bijdragen aan afname van wachttijd van huidige wachtende cliënten. Wel denken we dat voor een klein deel van de instroom andere alternatieven kunnen worden ingezet.
4. Verbeteren en realiseren van een centrale toegang/cliëntenservicebureau, met onder andere een centrale triage-functie, een versimpelde aanmeldprocedure en de mogelijkheid van verwijzen via zorgdomein. De cliënten en verwijzers bijstaan om zo snel mogelijk de juiste hulp van Kenter en anderen in 1 plan te krijgen, is daarbij een belangrijk doel.
5. Afschaling en samenwerking; standaard onderdeel van ons werkproces is al dat minimaal na intakefase en na 3-6 maanden behandelingsduur voortgang en voortzetting overlegd wordt in MDO; mogelijkheden voor afschaling naar CJG/POH willen wij hierbij explicieter aan de orde stellen, en CJG-coaches waar mogelijk hierbij uitnodigen. Rond complexe casuïstiek willen we bovendien graag een meer structureel overleg met de ketenpartners organiseren, waar preventief in een vroeg stadium zaken kunnen worden afgestemd, bijvoorbeeld na een klinische opname in de JGGZ of gesloten jeugdzorg of dreigende uithuisplaatsing. Door meer samen te werken in 1 plan, kan mogelijk escalatie van situaties worden voorkomen. Dergelijke escalaties vergen ook veel extra inzet van personeel en zorgen voor extra werkdruk.
6. Extra inzet op pleegzorg: wij zijn gestart met extra intensieve kindgerichte werving van pleegouders in het eigen en lokale netwerk, om zo meer pleeggezinnen te kunnen verwerven.
7. Productiviteitsverhogende maatregelen door een nieuw ECD en teamgerichte aanpak van logistieke vraagstukken. Dit start per juni en loopt het hele jaar door.

Langere termijn inspanningen

Voor een langere termijn aanpak rond GGZ/KJTC-instroom is nauwere samenwerking nodig tussen CJG's, onderwijs, huisartsen en POH's, om instroom in de specialistische hulp door meer

Memo



preventieve aanpak te beperken. Graag denken en werken wij mee aan deze transformatie-opgaven. Wij stellen graag onze deskundigheid ter beschikking op een voor de CJG's flexibele manier. Het product consultatie en advies wordt in 2018 mogelijk gemaakt via CJG-verwijzing. Dit zou ook aan relaties met huisartsen gekoppeld moeten worden.

Verder denken we dat meer te bereiken is met intensieve netwerkmethodieken, zoals Signs of Safety en JIM (Jouw Informele Mentor) bij dreigende uithuisplaatsingen. Hier willen wij graag in investeren met partners zoals het CJG. Ten slotte gaan we investeren in EHealth oplossingen om efficiënter te kunnen werken in 2018.

Voor Kenter is het noodzakelijk om meer stabiliteit te creëren in ons personeelsbeleid. Daarvoor is het feit dat de komende aanbesteding voor ZK en IJmond voor 3 jaar geldt, bijzonder belangrijk voor ons en onderschrijven wij zeer deze wijze van contracteren door de gemeenten.

Planning

MAATREGEL	WANNEER
Inzet extra personeel	Mei - september
Inzet meer groepsbehandeling KJTC	Mei – december
Triage intensiveren, met name medische verwijzers	Vanaf Juli
Centrale toegang met clientenservicebureau	Juni-december
Afschaling bij evaluaties met CJG structureel bespreken	September
Ketenoverleg complexe casuïstiek organiseren	Oktober
Wachttijden binnen Treeknormen	Eind oktober
Kindgerichte werving pleeggezinnen	Reeds gestart