

## Publieksrapportage uitvraag acute jeugd-ggz

Branchevereniging de Nederlandse ggz heeft bij haar leden een uitvraag gedaan over de actuele situatie in de acute jeugd-ggz. Dit om signalen die er zijn in het publieke debat over toename van druk op de jeugd-ggz te duiden en van (indicatieve) cijfers te voorzien.

***“Wellicht komen we in een scenario waarop we binnen de hoogspecialistische zorg zullen moeten triageren op ernst van de problematiek. Dit komt overeen met de angst binnen de somatische zorg over een ‘code zwart’.”*** -Uitspraak van lid de Nederlandse ggz in uitvraag

### Korte samenvatting van de belangrijkste resultaten

- Gemiddeld is de bedbezetting op de crisisafdelingen 86%; diverse aanbieders hebben een bedbezetting van 100% of zelfs meer. Voor het goed functioneren van de crisiszorg is het belangrijk dat er voldoende capaciteit is als zich een acute crisis voordoet. Er moet dus sprake zijn van enige overcapaciteit. Dit is in meerdere regio's niet het geval.
- De gemiddelde bezetting van plekken intensief ambulante zorg is ruim 95%; De jeugd-ggz biedt crisiszorg bij voorkeur via intensief ambulante hulp. Een (crisis)opname is vaak een kort intermezzo in een langer en intensief ambulante traject. Ook bij deze ambulante crisiszorg is enige overcapaciteit noodzakelijk, ook hier loopt de ggz tegen de grenzen van beschikbaarheid aan.
- Veel ggz-instellingen melden flink meer meldingen voor klinische opnames en ambulante behandeling in de coronacrisis. Bij intensief ambulante behandelingen lijkt de stijging het grootst, vooral de toename van eetstoornissen en suïcidaliteit valt al langer op, maar het gaat om meer complexe aandoeningen;
- De instellingen zien naast een toename in aantallen meldingen en oplopende wachttijden ook een toename in de ernst en de complexiteit van de problematiek. Dit vraagt veel van de professionals.
- De doorstroom richting vervolghandelingen is een heel groot probleem in het algemeen, niet alleen bij eetstoornissen. Vooral bij (hoog) complexe groepen, bijvoorbeeld met crisisgevoeligheid, combinatie ggz en licht verstandelijke beperking (LVB) of suïcidaliteit;
- De meeste instellingen kunnen hun capaciteit voor intensieve zorg (tijdelijk) vergroten, maar dan moet er wel toereikende financiering en personeel beschikbaar zijn. Budgetplafonds knellen en het vinden van goed gekwalificeerd personeel incl. de regiebehandelaren is in diverse regio's moeilijk en kost tijd. En werving brengt risico's met zich mee als er geen financieel comfort is.
- De wachttijden nemen flink toe. Zowel bij de eigen organisatie en ook bij andere aanbieders van jeugdhulp;
- Als er geen opnameplek beschikbaar is wordt bij andere ggz-aanbieders gezocht naar beschikbare plekken. Gastplaatsingen komen relatief weinig voor maar financiering en forse administratieve lasten zijn hierbij ook grote hindernissen;

## de Nederlandse ggz

- Er zijn grote zorgen over de lange-termijn-gevolgen van de coronacrisis op de ontwikkeling en mentale gezondheid van de jeugd;
- De ggz-aanbieders maken zich zorgen over hun personeel;
- Instellingen zijn somber over de financiering van (hoog) complexe jeugd-ggz op lange termijn;
- Het verkregen beeld in februari laat vergelijkbare regionale verschillen zien. De algehele druk loopt op, de druk is het hoogst in de randstad en het oosten van het land.

### Uitvraag onder leden de Nederlandse ggz: Respons

De uitvraag is onder de aandacht gebracht bij alle leden van de Nederlandse ggz. De uitvraag is met name gericht op acute/crisis ggz en de intensief ambulante zorg, dus het was voor een representatieve uitvraag van belang een goede respons te verkrijgen van de jeugd ggz/vz-aanbieders met een Wet verplichte ggz-erkenning. Dit betreft 33 aanbieders, de respons bij deze aanbieders bedraagt 80% (N=26).

In totaal hebben 31 aanbieders gereageerd. Hiermee is een goed landelijk beeld verkregen.

### Crisisplekken

#### ***Bedden en bezetting***

Met de verkregen antwoorden hebben we niet de volledige bedden capaciteit in beeld maar wel bijna. De gemiddelde bedbezetting voor acute jeugd-ggz was 86%. Bij een zestal organisaties was dit voortdurend zelfs 100%. De uitvraag ging om de maanden november, december en januari. Bij een aantal aanbieders in de randstad blijkt de bedbezetting meer dan 100%.

Het gebeurt gelukkig niet vaak maar twee aanbieders melden dat ze jeugdpatiënten een crisisplek tussen de volwassenen moesten geven, een niet gewenste oplossing. Een andere organisatie meldt een toename van 39% in het aantal unieke crisispatiënten ten opzichte van 2019.

#### ***Intensief ambulante crisishulp***

De crisiszorg wordt waar mogelijk intensief ambulant geboden, een opname is vaak een kort intermezzo in een langer en (intensief) ambulant traject. Dit gebeurt in o.a. IHT-teams (Intensive Home Treatment) en FACT-teams Jeugd. Diverse geïntegreerde ggz-instellingen hebben IHT-teams (Intensive Home Treatment) voor jongeren én volwassenen. Dit zorgt voor flexibiliteit en wendbaarheid van de organisatie, maar daardoor is het voor deze aanbieders niet goed te duiden wat de beschikbare capaciteit is voor jeugdigen. De gemiddelde bezetting in deze teams is ook hoog, 95% tot 98%.

Bij het aantal aanmeldingen voor 'High & Intensive care' (HIC)/crisis valt op dat sinds 1 juli 2020 forse stijgingen zichtbaar zijn, verschillende organisaties geven aan dat de opvallende stijging in oktober/november is begonnen. Afhankelijk van de regio kan het gaan om een verdubbeling, in sommige Randstedelijke gebieden zelfs meer.

#### ***Doorstroom stopt***

Vrijwel alle organisaties hebben problemen met de doorstroom van cliënten. Dit gaat vooral om kinderen met complexe problematiek, bijvoorbeeld met crisisgevoeligheid, ggz problematiek in combinatie met een licht verstandelijke beperking en suïcidaliteit.

De doorstroom stopt omdat er bijvoorbeeld geen plek bij een andere aanbieder of er is geen woonplek bijvoorbeeld. Budgetplafonds zijn onderdeel van het probleem.

# de Nederlandse ggz

## Bezetting klinische en ambulante plekken

### **Eetstoornissen**

Bij de meeste aanbieders is de toename van eetstoornissenproblematiek opvallend. Niet alle ggz-instellingen hebben specifieke klinische plekken voor eetstoornissen, de beschikbare bedden en ambulante plekken zijn beschikbaar voor jeugdigen met allerlei psychische aandoeningen waaronder eetstoornissen.

Er zijn acht organisaties met specifieke behandelcapaciteit voor eetstoornissen. Vijf van hen melden 100% bezetting. Eén aanbieder meldt een bezetting van 46%. Gemiddeld is de bezetting 91%.

Bij de intensief ambulante behandeling van eetstoornissen is ook in kaart gebracht wat de bezetting is, dit varieert van 60 tot 100%, gemiddeld is de bezetting 88%.

### **Overige aandoeningen**

De ggz instellingen geven aan dat de gemiddelde bedbezetting bij alle 'overige aandoeningen 88%' is. De behandelplekken in de intensief ambulante behandelteams voor alle 'overige aandoeningen' worden bijna allemaal benut: de gemiddelde bezetting is 97-99%.

## Capaciteitsproblemen

Diverse aanbieders melden capaciteitsproblemen. Zonder uitzondering zitten deze capaciteitsproblemen bij de (hoog) gespecialiseerde jeugd-ggz. Het gaat om allerlei diagnosegroepen/behandelingen. Bijvoorbeeld autisme, ernstige gedragsstoornissen, orthopsychiatrie en trauma.

In dergelijke gevallen worden drie oplossingen genoemd door de aanbieders. Als duidelijk is dat (hoog) gespecialiseerde jeugd-ggz nodig is en niet geboden kan worden, dan zijn er twee oplossingen: op de wachtlijst, of proberen de patiënten bij andere aanbieder te plaatsen. Als na screening blijkt dat eventueel ook een andere vorm van jeugdhulp soelaas kan bieden, dan gaan aanbieders soms het gesprek aan met de verwijzer.

*"Ze worden afgewezen en deels door andere aanbieders opgepakt of op de wachtlijst geplaatst, met een wachtlijst van bijna 1 jaar, of terug naar de huisarts." -Lid de Nederlandse ggz in de uitvraag*

De organisaties geven aan voortdurend in gesprek te zijn met gemeenten over de financiering. Het blijkt moeilijk om naderhand financiering te krijgen voor extra productie die nodig blijkt, terwijl deze niet vooraf is afgesproken. Een ander probleem is de financiering van hoogspecialistische jeugd-ggz, die slechts op een paar plekken in Nederland wordt aangeboden. De gemeente waar de patiënt woont, is soms niet geneigd om een behandeling elders te financieren.

## Toenames aanmeldingen klinisch/ambulant

Negen ggz-instellingen die klinische behandeling specifiek voor eetstoornissen aanbieden, leverden cijfers over trends in de aanmeldingen. In alle gevallen ging het om stijgingen. De gemiddelde stijging bij deze 9 organisaties is 63% (waarbij een uitschieter van 300% het gemiddelde beïnvloedt).

*"Capaciteit is vast, aanmeldingen nemen toe, wachtlijsten groeien" -Lid de Nederlandse ggz over toename aanmeldingen klinische behandeling eetstoornissen*

## de Nederlandse ggz

Over de ambulante behandeling van eetstoornissen leverden 10 organisaties trendcijfers aan. In alle gevallen ging het om een toename in de aanmeldingen. De stijging bij deze organisaties bedroeg gemiddeld 78% (ook hier had dezelfde instelling als bij de klinische aanmeldingen een stijging van 300%).

*“HIC & IHT jeugd hanteren steeds vaker het beleid om eetstoornissen buiten de kliniek te behandelen, waarbij de grens om tot opname over te gaan is opgeschoven. Voorheen zou het bijvoorbeeld gaan om patiënten die sowieso sondevoeding moeten krijgen, tegenwoordig gaat het slechts nog om patiënten waarbij groot verzet is tegen dwangvoeding of zeer risicovolle somatische symptomen tgv de eetstoornis.”*  
-Lid de Nederlandse ggz

Bij overige klinische opnames hebben 6 aanbieders cijfers over veranderingen in aanmeldingen aangeleverd. Eén aanmelder meldt een daling, de overige 5 stijgingen. De gemiddelde stijging in het aantal aanmeldingen was 19%.

Tot slot leverden 11 aanbieders cijfers aan over trends in aanmeldingen ambulant overig. In 10 gevallen is er een stijging te zien, 1 aanbieder meldt een kleine daling. Gemiddeld gaat het om een stijging van 27%. Eén organisatie meldt specifiek veel extra aanmeldingen voor ambulante ggz-zorg voor jongeren met een licht verstandelijke beperking te hebben.

### **Mogelijkheden en knelpunten bij vergroten opnamecapaciteit/ambulante capaciteit**

Het overgrote deel van de organisaties heeft deze vragen beantwoord. Vrijwel alle organisaties geven aan dat het mogelijk is (tijdelijk) de capaciteit te vergroten. Er kunnen extra bedden beschikbaar worden gemaakt en het is vaak ook mogelijk om (al dan niet door verschuiving personeel) tijdelijk de ambulante behandelcapaciteit te vergroten.

Er zijn echter twee knelpunten. Het eerste is het personeel: het lukt vaak niet om goed gekwalificeerd personeel waaronder regiebehandelaren in te huren, vanwege schaarste op de arbeidsmarkt.

*“Door de toegenomen zorgzwaarte en crisiszorg is de druk op behandelaren enorm hoog. Er is een groot risico dat medewerkers dit niet lang volhouden als er geen mogelijkheden voor capaciteitsuitbreiding gaan ontstaan. Nieuw en competent personeel is bovendien heel moeilijk te vinden.”*  
-Lid de Nederlandse ggz over knelpunt personeel

Het overgrote deel van de aanbieders noemt hier ook knelpunten die te maken hebben met financiering. Het gaat met name om productieplafonds.

### **Gastplaatsingen**

De wens is de zorg dicht bij huis te bieden maar dat lukt niet altijd. Als er bij de eigen instelling geen behandelplek beschikbaar is, wordt nagevraagd of elders een plek beschikbaar is. Gelukkig gebeurt dit niet vaak. Met de verkregen antwoorden weten we dat dit zeker 54 keer het geval was in de afgelopen periode. Gastplaatsingen brengen administratieve lasten en financiële risico's met zich mee.

De meeste organisaties hebben niet te maken gehad met gastplaatsingen bij andere organisaties.

*“Tarieven die we anderen moeten betalen ikv onderaannemerschap komen niet overeen met de tarieven die wij krijgen in jeugdregio waar het kind vandaan komt; daardoor verliezen we financieel vrijwel altijd op een gastplaatsing. Daarbij komt nog dat we ervoor moeten zorgen dat de behandelcontacten van de externe partijen in ons dossier komen, anders kunnen we niet declareren; daarvoor hebben we aparte backoffice functie moeten inrichten.”*  
-Lid de Nederlandse ggz over financiële belemmeringen bij gastplaatsingen

## de Nederlandse ggz

### **Verwachte gevolgen coronacrisis op jeugd-ggz voor de lange termijn**

Alle instellingen verwachten lange-termijn-effecten op de mentale gezondheid en het ggz-gebruik van de jeugd. Er klinken hierin veel zorgen door over de toekomst. Drie thema's worden hierbij het vaakst genoemd: veel meer aanmeldingen, complexere zorgvraag en ontwikkelingsachterstanden.

*“Doordat de psychische gezondheid van kinderen en jongeren nu onder druk staat, verwacht ik toename van ernstige problemen. We zien nu al verdubbeling van eetstoornissen, maar ook in de ernst/diepte van de stoornis. Of bijvoorbeeld jonge kind dat vanuit het niets een suïcidepoging doet, zonder dat deze in de GGZ in behandeling is.” -Lid de Nederlandse ggz*

*“Er zal een toename zijn van ernstige psychische klachten bij licht verstandelijk beperkte jongeren. De 4e golf (een ggz-golf) wordt een feit. De voortekenen zijn zichtbaar. Toenemende vraag en complexiteit op de poli gaat leiden tot meer druk.” -Lid de Nederlandse ggz*

*“Kinderen zijn ouder en komen met ernstigere problematiek. Meer uithuisplaatsingen i.p.v. intensieve ambulante behandelingen. Meer mishandeling.” -Lid de Nederlandse ggz*

*“De acute zorg staat al onder druk en we merken dat er een groeiende vraag is. Als dit niet wordt opgepakt, kan dat nog lang doorslepen. + extra zorgvraag door kinderen met ontwikkelingsachterstanden (door minder onderwijs etc.)” -Lid de Nederlandse ggz*

### **Financiering op lange termijn**

Daarnaast maken aanbieders zich meestal ook zorgen om de financiering van de jeugd-ggz die in de toekomst nodig zal zijn. Met name de verwachte productieplafonds worden als zorg genoemd. Aanbieders verwachten dat de financiële positie van gemeenten ook verslechtert door de coronacrisis. Ook de wens van gemeenten om lichtere vormen van ggz in te kopen, is een reden tot zorg.

### **Overige knelpunten**

Tot slot hadden instellingen ook de mogelijkheden om knelpunten te benoemen, die niet in de overige vragen aan bod kwamen. Daarin kwamen nog een aantal belangrijke signalen naar voren, vooral dat aanbieders zich ernstige zorgen maken over het welzijn van hun behandelaren en begeleiders. Daarnaast zijn er ook zorgen over ontwikkelingen in gezinnen en in de samenleving. We noemen onder meer:

1. *De vereenzaming van jongeren en onvoldoende daginvulling.*
2. *Door de coronacrisis is het reeds overbelaste systeem volledig overgelopen en moeten we inmiddels vaak zelfs crisisgevallen afwijzen op basis van onvoldoende capaciteit.*
3. *De duur en impact van de crisis zijn nog volstrekt onduidelijk waardoor veel jeugdigen en gezinnen in een ongekende stressperiode terecht zijn gekomen.*
4. *Trauma a.h.v. huiselijk geweld, slachtoffers die pas na de lockdown in beeld gaan komen als het 'normale leven' begint.*

## de Nederlandse ggz

5. *Nu zien wij frequent crisisgevoelige jongeren met suïcidaliteit, wat een zware belasting is voor (jonge) (regie)behandelaren. We zien dat een aantal deze zware zorg niet langer kunnen/willen blijven leveren en naar minder crisisgevoelige zorg overstappen terwijl juist hun expertise hard nodig is. Een aantal van hen heeft jonge gezinnen waar de combinatie van privé en werk overbelast raakt. We hebben weinig ervaring met gevolgen van pandemieën voor de geestelijke gezondheid van jeugdigen en hun gezinnen dus het is ook een beetje een best guess.*

### **Tot slot**

Deze rapportage is gebaseerd op de totale respons. In zeer korte tijd is een hoge respons bereikt, de ggz-aanbieders hebben hiermee een forse inspanning geleverd. Het lukte niet alle organisaties om de benodigde gegevens in deze korte tijd bij aan te leveren.