

Sturing op specialistische jeugdhulp

Exploratief onderzoek naar het zorglandschap specialistische jeugdhulp



Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Barneveld, 30 januari 2017

Referentie: MN/tg-bv/16.239

Versie: 1.0

Auteur(s): Maarten Batterink, Wim Hoven, Irene Lapajian, Patrick Tazelaar

significant.

Significant

Thorbeckelaan 91
3771 ED Barneveld
+31 342 40 52 40

KvK 3908 1506
info@significant.nl
www.significant.nl

Inhoudsopgave

Samenvatting	4
1. Inleiding	7
1.1 Achtergrond	7
1.2 Aanleiding	7
1.3 Doelstelling	7
1.4 Aanpak	8
1.5 Leeswijzer	9
2. Jeugdhulpgebruik in Nederland	10
2.1 Inleiding	10
2.2 Ontwikkelingen jeugdhulpgebruik na decentralisatie	10
2.3 Jeugdhulpgebruik in internationaal perspectief	11
2.4 Verschillen jeugdhulpgebruik tussen gemeenten	12
2.5 Waar hangt jeugdhulpgebruik mogelijk mee samen?	13
3. Kwantitatieve analyses	19
3.1 Inleiding	19
3.2 Modellen en variabelen	19
3.3 Uitkomsten multilevel analyses	21
3.4 Conclusies kwantitatieve analyses	23
4. Bevindingen casestudies	25
4.1 Inleiding	25
4.2 Stuurbaarheid op specialistische zorg vooralsnog beperkt	25
4.3 Gemeenten sturen door middel van financiële prikkels, inhoudelijke afspraken gericht op de toeleiding, vernieuwing van aanbod en versnelling van de uitstroomkomen langzaam van de grond	26

4.4	Tijdige afschaling zien partijen als belangrijke knop, maar er zijn nog knelpunten die tijdige afschaling belemmeren	31
4.5	Verwijzers nemen beslissingen over in-, door- en uitstroom op basis van inhoud	32
4.6	Samenvatting bevindingen casestudies	33
5.	Conclusies	40
5.1	Inzicht in verschillen in gebruik van specialistische jeugdhulp	40
5.2	Factoren waar hoger en lager gebruik van specialistische hulp mee samenhangen	40
5.3	Stuurbaarheid specialistische zorg en sturing door gemeenten	41
A.	Casestudies gemeenten	43

Samenvatting

In opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: VWS) voerde Significant een exploratief onderzoek uit naar verschillen in het gebruik van specialistische vormen van jeugdhulp tussen gemeenten. Het onderzoek beoogt: (1) inzicht te krijgen in de verschillen in gebruik van specialistische jeugdhulp tussen gemeenten, (2) leren waar hoger en lager gebruik van specialistische hulp mee samenhangt en (3) inzicht verwerven in de stuurbaarheid van het gebruik van deze specialistische jeugdhulp.

Inzicht in verschillen in gebruik van specialistische jeugdhulp

Voor dit onderdeel hebben wij gekeken naar verschillen tussen gemeenten en de vergelijking tussen Nederland en andere landen. Naast inzicht over de ontwikkeling van jeugdhulp in het gedecentraliseerde stelsel, is in beeld gebracht wat de verhouding is tussen het aantal trajecten in een gemeente ten opzichte van het aantal jongeren. Het gemiddelde voor heel Nederland ligt op 10% (peildatum 30 juni 2016), terwijl de spreiding loopt van 4% (gemeente met relatief kleinst aantal trajecten) tot 18% (gemeente met relatief grootst aantal trajecten). Als het gaat om het aantal jeugdhulptrajecten met verblijf ten opzichte van het totaal aantal jeugdhulptrajecten is er ook een grote variatie zichtbaar. Voor Nederland in z'n geheel is 11% van het aantal jeugdhulptrajecten, jeugdhulp met verblijf. Per gemeente varieert dit percentage van 3% tot ruim 30% van alle jeugdhulptrajecten in de gemeente. Een centrale vraag in dit onderzoek is waar jeugdhulpgebruik, en dan in het bijzonder specialistische jeugdhulp, mee samenhangt. Eerste hebben we op basis van een literatuurstudie in beeld gebracht welke factoren mogelijk

verschillen in gebruik van specialistische jeugdhulp kunnen verklaren. Het gaat dan om verklaringen als:

- a. Aantal jeugdigen in een gemeente;
- b. Rol van ouders;
- c. Sociaal Economische factoren zoals aantallen eenoudergezinnen, armoede, psychische gezondheid of uitkeringssituatie;
- d. Historisch gebruik;
- e. Aanwezigheid van een locatie van een jeugdhulpaanbieder;
- f. Keuzes van gemeenten over de wijze van sturing.

De beschrijving van het jeugdhulpgebruik in Nederland en de mogelijk verklarende factoren voor de verschillen, is opgenomen in hoofdstuk 2.

Factoren waar hoger en lager gebruik van specialistische hulp mee samenhangen

Vanuit de inventarisatie van mogelijk verklarende factoren hebben we kwantitatieve analyses uitgevoerd om te onderzoeken welke factoren het gebruik van specialistische hulp daadwerkelijk beïnvloeden.

Op basis van deze analyses trekken wij de volgende conclusies:

- a. Gemeenten waar relatief veel gezinnen wonen die van de bijstand leven, hebben over het algemeen te maken met een groter aandeel kinderen/jongeren in hun gemeente die jeugdhulp (al dan niet met verblijf) of jeugdbescherming gebruiken. Dit is eerder geconstateerd tijdens de opzet van het objectief verdeelmodel. Een duidelijke prikkel voor gemeenten om zich meer te richten op bijvoorbeeld

- armoedebestrijding en arbeidsparticipatie indien gemeenten de vraag naar (specialistische) jeugdhulp willen beperken;
- b. Kleinere gemeenten hebben te maken met een relatief groter deel van de kinderen/jongeren dat jeugdhulp (al dan niet met verblijf) of jeugdbescherming gebruiken;
- c. De aanwezigheid van een locatie van een aanbieder van specialistische jeugdhulp hangt samen met de omvang van de jeugdhulp met verblijf of jeugdbescherming:
- i. Gemeenten geven aan dat het woonplaatsbeginsel hier een rol speelt. Voor kinderen met een voogdijmaatregel die verblijven in een instelling, geldt dat zij zijn ingeschreven in de gemeente van deze instelling;
 - ii. Een andere verklaring die tijdens de interviews met gemeenten is aangedragen is dat de doorverwijzing van jongeren naar aanbieders van specialistische jeugdhulp makkelijker gaat in gemeenten waar dergelijke aanbieders een locatie hebben. Gemeenten geven aan dat het vooralsnog lastig is om dergelijke patronen, meestal gebaande paden gebaseerd op de werkwijze in het verleden, te doorbreken;
- d. Er is geen samenhang tussen de aanwezigheid van een locatie van een aanbieder van specialistische jeugdhulp met het percentage jongeren met jeugdhulp. Bij het percentage jongeren met jeugdhulp gaat het - in tegenstelling tot het jeugdhulp met verblijf of jeugdbescherming - ook om lichtere gevallen van jeugdhulp, zoals ambulante vormen van hulp.

De beschrijving van de analyses naar de mogelijk verklarende factoren voor de verschillen, is opgenomen in hoofdstuk 3.

Stuurbaarheid specialistische zorg en sturing door gemeenten

Voor dit derde onderdeel van dit onderzoek hebben wij onderzocht in hoeverre het gebruik van specialistische jeugdhulp 'stuurbaar' is. We hebben dit onderzocht door bij negen gemeenten en/of jeugdhulpregio's gesprekken te voeren met gemeenteambtenaren, verwijzers (zowel sociale teams als huisartsen en gecertificeerde instellingen) en aanbieders van gespecialiseerde jeugdhulp.

De stuurbaarheid van gespecialiseerde jeugdhulp is in de ogen van de gemeenten relatief beperkt. Zo wijzen gemeenten ook op de samenhang van jeugdhulpgebruik met lage sociaal economische factoren en historisch gebruik. Ook geven aanbieders aan dat, zeker bij specialistische jeugdhulp zoals hulp bij zware verslavingsproblematiek, ook sprake kan zijn van toeval. Bijvoorbeeld vanwege zogenoemde 'haarden' (zware verslavingsproblemen zijn lang niet altijd geïsoleerde gevallen) worden bepaalde gemeenten soms geconfronteerd met onverwacht (tijdelijke) hoge vraag naar deze zorg. Sommige regio's verminderen dergelijke risico's door onderling financieel solidair te zijn. In andere regio's is dat niet het geval.

Hoewel gemeenten aangeven dat de omvang van specialistische jeugdhulp lastig te beïnvloeden valt, blijken gemeenten wel degelijk te proberen het gebruik en de vernieuwing van gespecialiseerde jeugdhulp te beïnvloeden. Hierbij hanteren gemeenten een breed scala aan sturingsarrangementen,

waarbij financiële sturingsinstrumenten de overhand hebben en waarbij sturing door overleggen en aanvullende afspraken (*soft controls*) wel steeds belangrijker worden. Gespecialiseerde jeugdhulp neemt hierbij geen bijzondere positie in, sturing op deze categorie jeugdhulp is gelijk aan de overige jeugdhulp.

Gemeenten zetten actief in op huisartsen als belangrijke verwijzer van jeugdhulp. De Gecertificeerde Instellingen (GI's) als belangrijke verwijzer zijn wel in beeld bij gemeenten. Het gesprek met de GI's over de verwijspatronen komt echter beperkt van de grond, zeker in vergelijking met het gesprek met andere verwijzers zoals de huisarts.

Gemeenten en aanbieders zien tijdige afschaling als een belangrijke sturingsvariabele. Uit de casestudies blijken er nog volop kansen te zijn om op het thema 'tijdige afschaling' verbeteringen te realiseren. Knelpunten die worden genoemd zijn bijvoorbeeld: "Jeugdigen raken uit beeld van de gemeente na verwijzing naar specialistische jeugdhulp" en "Aanbieders geven aan te weinig mogelijkheden te zien om verantwoord af te schalen, door ontbreken van voorzieningen op lokaal niveau en wijkteammedewerkers die daarentegen geen vragen van aanbieders krijgen over afschalingsmogelijkheden".

Er zijn verschillende voorbeelden waarbij gemeenten regio-overstijgend in gesprek zijn met aanbieders over inhoudelijke vernieuwing van het gespecialiseerde jeugdhulpaanbod. Focus is daarbij niet alleen om het specialistische jeugdhulpgebruik terug te dringen, maar juist ook om het

anders vorm te geven (bijvoorbeeld combinaties van residentiele en ambulante hulpverlening).

Het effect van het gemeentelijk handelen op jeugdhulpaanbieders en zorgaanbod is op dit moment nog moeilijk te duiden. De gemeenten hebben de afgelopen twee jaar prioriteit gelegd bij het organiseren en inregelen van het nieuwe stelsel en zijn minder toegekomen aan vernieuwing van het stelsel. De voorbeelden van vernieuwing die wij in dit rapport noemen zijn vooral uit 2016 en zullen pas in de komende jaren effect sorteren.

De beschrijving van de opbrengsten van de casestudies is opgenomen in hoofdstuk 4. In de bijlage zijn de individuele casestudies samengevat.

1. Inleiding

1.1 Achtergrond

01 Kinderen in Nederland groeien gezond en veilig op, ontwikkelen hun talenten en doen mee aan de samenleving. Dat is de beleidsdoelstelling van de Directie Jeugd en is - in vergelijkbare termen - vaak ook de doelstelling van instanties of overheden die met jeugd van doen hebben. De Directie Jeugd is verantwoordelijk voor het stelsel van preventie en jeugdhulp, zoals dit in de Jeugdwet is vastgelegd. De Jeugdwet maakt gemeenten bestuurlijk en financieel verantwoordelijk voor het leveren van de voorzieningen op dit gebied.

02 Een deel van de jeugdhulp kan worden aangemerkt als specialistisch en heeft een bovenregionaal voedingsgebied. Het valt daarmee tussen LTA en regionaal uitgevoerde jeugdhulp¹. Het betreft jeugdhulp die door de beperkte doelgroep, de specifieke kennis en deskundigheid, of de vereiste voorzieningen niet lokaal of regionaal georganiseerd wordt.

1.2 Aanleiding

03 Al in de voorbereiding van de decentralisatie is discussie geweest over het gebruik, de risico's en stuurbaarheid van de gespecialiseerde jeugdhulp. Nu eerste ervaringen met het nieuwe gedecentraliseerde jeugdstelsel, zijn opgedaan, zijn er signalen dat gemeenten en aanbieders worstelen met de

¹ Zie ook Ruimte voor jeugdhulp, notitie werkgroep zorglandschap. VNG 2014.

organisatie rond specialistische jeugdhulp². Zo is één van de signalen dat partijen langs elkaar heen praten over de inhoud van het begrip en naar landelijke tafels kijken voor een definitie ervan. Een tweede probleem is dat veel aanbieders van specialistische jeugdhulp verspreid werken. Gemeenten, regio's en aanbieders worstelen met de schaal waarop ze deze (verspreide) specialistische jeugdhulp moeten organiseren. Dergelijke belemmeringen zitten de (gezamenlijke) transformatie in de weg. Tegelijkertijd gaat de specialistische jeugdhulp voor gemeenten om relatief kleine aantallen, maar om een relatief groot deel van het totale budget. Daarmee hebben veranderingen in het (regionale) zorglandschap die betrekking hebben op specialistische jeugdhulp mogelijk grote budgettaire gevolgen voor gemeenten.

04 In het licht van deze discussies over specialistische jeugdhulp heeft het ministerie van VWS aan Significant gevraagd een onderzoek uit te voeren dat inzicht verwerft in de ontwikkeling van specialistische jeugdhulp en in hoe gemeenten daarin acteren.

1.3 Doelstelling

05 Het onderzoek heeft als doel inzicht te verkrijgen in verschillen tussen gemeenten in gebruik van specialistische vormen van jeugdhulp. Deze doelstelling valt uiteen naar de volgende onderdelen:

- a. Inzicht verkrijgen in verschillen in gebruik naar specialistische jeugdhulp tussen gemeenten;

² Advies kwartiermaker over transformatie zorglandschap Jeugd, VNG (2016).

Samen voor het kind. Tweede Jaarrapportage Transitie Autoriteit Jeugd (2016).

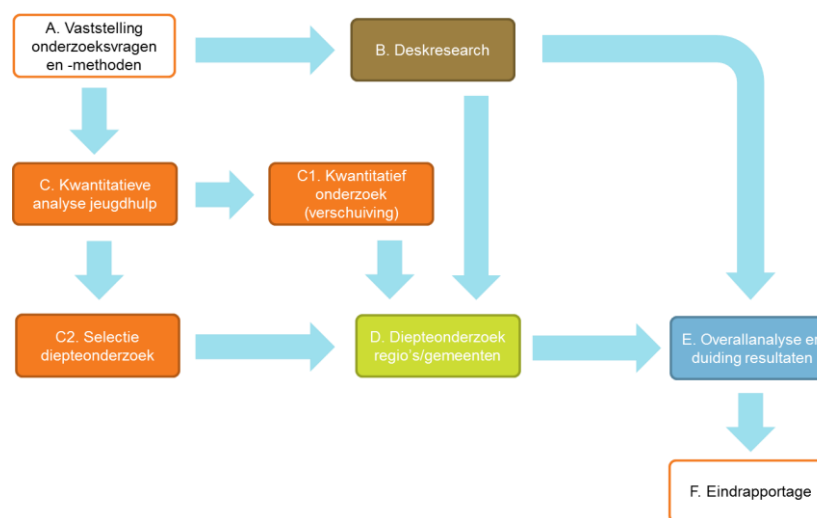
- b. Leren waar hoger en lager gebruik van specialistische hulp mee samenhangt;
- c. Inzicht verwerven in de stuurbaarheid van het gebruik van specialistische jeugdhulp.

1.4 Aanpak

06 Het onderzoek heeft een exploratief karakter en combineert een aantal onderzoeksmethoden. Zo is er een deskresearch uitgevoerd, zijn er kwantitatieve analyses uitgevoerd en is een diepteonderzoek in de vorm van casestudies uitgevoerd (zie figuur 1). Belangrijke uitgangspunten bij dit onderzoek zijn:

- a. Het stelsel was bij aanvang van het onderzoek nog maar 1,5 jaar in werking, waardoor er nog geen definitieve antwoorden te geven zijn:
 - i. Hoewel er mogelijk allerlei zaken zijn veranderd of in gang gezet, zijn effecten nog niet altijd zichtbaar;
 - ii. Veel veranderingen zijn tegelijkertijd in gang gezet, waardoor het moeilijk is om effecten toe te schrijven zijn aan een enkele verandering of interventie;
 - iii. Dit onderzoek levert nadrukkelijk geen waardeoordeel op over keuzes die door gemeenten zijn gemaakt;
- b. De scope van dit onderzoek is bewust zodanig gekozen dat het geen algehele evaluatie van de jeugdwet is, maar juist een diepteonderzoek, dat inzichten moet genereren op basis van de eerste ervaringen binnen het gedecentraliseerde stelsel. Dit hebben wij vertaald naar een gerichte kwalitatieve aanpak;

- c. De primaire focus van het onderzoek is op specialistische jeugdhulp, die veelal bovenregionaal is georganiseerd (zowel vanuit de kant van aanbieders die vaak voor meerdere regio actief zijn, als voor jeugdhulpregio's die voor een deel van deze specialistische zorg met andere regio's samenwerken). In dit onderzoek wordt echter ook breder gekeken dan alleen naar de bovenregionale jeugdhulp. Zo was het startpunt in het kwalitatieve onderzoek het regionale zorglandschap, de organisatie daarvan en de manier waarop het specialistische deel daarbinnen een plek heeft gekregen.



Figuur 1. Schematisch overzicht van de aanpak

- 07 De belangrijkste onderdelen van de aanpak zijn:
- a. Deskresearch op basis van bestaande rapporten en andere onderzoeksbronnen met als doel een eerste inzicht te krijgen in het jeugdhulpgebruik in Nederland;
 - b. Kwantitatieve analyse van cijfers over jeugdhulpgebruik van gemeenten gericht op de vraag waar jeugdhulpgebruik mee samenhangt. Deze analyse moet worden gezien als een verkennende aanvulling op bestaande onderzoeken, zoals in het kader van het objectief verdeelmodel voor de jeugdhulp. De aanvulling zit hier vooral in het mee-modelleren van de fysieke aanwezigheid in gemeenten van specialistische aanbieders. Daarnaast is deze analyse bedoeld om verschillen in jeugdhulpgebruik tussen gemeenten inzichtelijk te maken, na controle op verklarende factoren zoals sociaal economische kenmerken van gemeenten. Op die manier komen gemeenten in beeld met onverwacht hoog en onverwacht laag jeugdhulp gebruik. Deze inzichten helpen mede bij de selectie van de casestudies (zie het volgende punt);
 - c. Diepteonderzoek in de vorm van casestudies onder gemeenten gericht op de vraag of specialistische jeugdhulpgebruik stuurbaar is en zo ja, op welke manieren gemeenten hierop (proberen te) sturen.
 - i. Voor het casestudieonderzoek zijn negen gemeenten geselecteerd;
 - ii. Per gemeente hebben we minimaal drie gesprekspartners geïnterviewd:
 - Een interview met één of meerdere vertegenwoordigers van de gemeente en/of de jeugdhulpregio. In de meeste gevallen ging het om een beleidsadviseur jeugd, inkoper en/of regionaal manager jeugdzorg;
 - Een verwijzer binnen de jeugdhulpregio. In de meeste gevallen ging het om verwijzers die werkzaam zijn binnen de wijkteams of het CJG. Ook hebben we medewerkers van twee gecertificeerde instellingen geïnterviewd en een huisarts;
 - Een voor de gemeente belangrijke aanbieder van specialistische jeugdhulp.
 - d. Overall analyse van al het onderzoeksmateriaal, inclusief een rondetafelbijeenkomst met vertegenwoordigers van gemeenten en regio's die deel hebben genomen aan het kwalitatief onderzoek.

1.5 Leeswijzer

08 In het volgende hoofdstuk (hoofdstuk 2) gaan we in op het jeugdhulpgebruik in Nederland. Op basis van bestaande rapporten en gegevensbronnen gaan we in op de meest recente ontwikkelingen die betrekking hebben op de onderzoeksvragen. In hoofdstuk 3 gaan we in op de kwantitatieve analyses en specifiek op de vraag waar jeugdhulpgebruik mee samenhangt. In hoofdstuk 4 gaan we in op de belangrijkste bevindingen uit het casestudieonderzoek. In bijlage A presenteren we korte overzichten met concrete informatie per casus. In hoofdstuk 5 presenteren we de conclusies.

2. Jeugdhulpgebruik in Nederland

2.1 Inleiding

09 In dit hoofdstuk gaan we in op cijfers over jeugdhulpgebruik in Nederland. Daarbij laten we ontwikkelingen zien in zorggebruik en gaan we in op verschillen tussen gemeenten. Naast deze cijfers gaan we in op factoren waarmee jeugdhulpgebruik mogelijk samenhangt. Op basis van een documentstudie zijn hiertoe een aantal factoren inhoudelijk uitgewerkt en waar mogelijk onderbouwd met cijfers. Deze factoren zijn mede input voor de kwantitatieve en kwalitatieve onderdelen van dit onderzoek, welke in hoofdstuk 3 en 4 worden behandeld. Daarmee kan dit hoofdstuk worden gezien als een inhoudelijk vertrekpunt voor het empirisch deel van dit onderzoek.

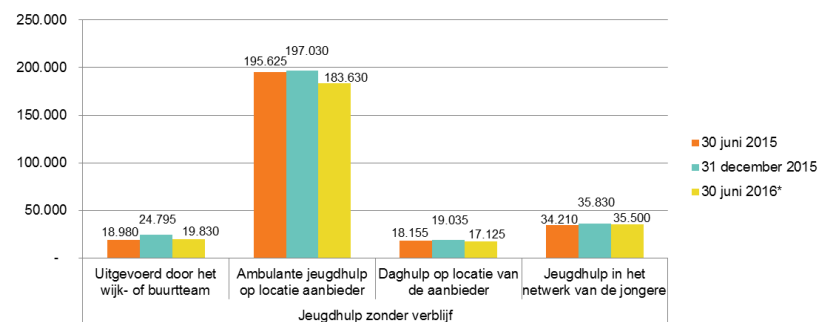
2.2 Ontwikkelingen jeugdhulpgebruik na decentralisatie

2.2.1 CBS-cijfers jeugdhulpgebruik

10 Het CBS houdt het gebruik van jeugdhulp bij door tweemaal per jaar bij aanbieders van jeugdhulp gegevens op te vragen. Daarbij is het mogelijk inzichtelijk te maken hoeveel kinderen gebruik maken van (verschillende

vormen van) jeugdhulp, en van het aantal jeugdhulptrajecten dat per periode of op een peildatum wordt uitgevoerd³.

11 In figuur 2 is te zien dat het aantal trajecten zonder verblijf vanaf 30 juni 2015 tot 30 juni 2016 licht is gedaald. Voor het totaal aantal jeugdhulptrajecten zonder verblijf (niet zichtbaar in de figuur) gaat het om een daling van ongeveer 4%⁴. Deze daling is vooral veroorzaakt door een daling van het aantal ambulante jeugdhulp- en daghulptrajecten op locatie van aanbieders.

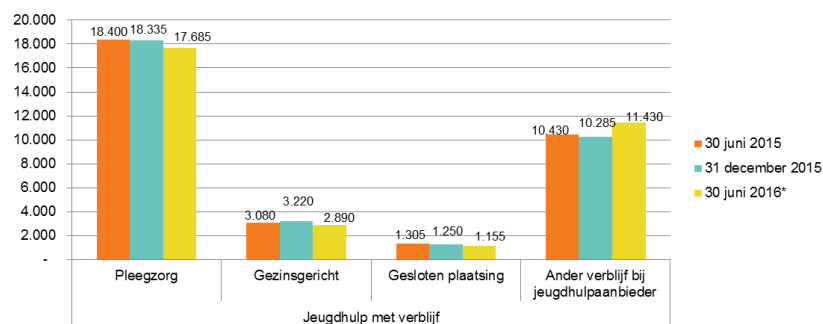


³ In deze rapportage presenteren we cijfers over jeugdhulpgebruik op hoofdlijnen. Meer informatie hierover is beschikbaar bij het CBS, via StatLine.

* De cijfers op peildatum 30 juni 2016 zijn voorlopige cijfers. In de loop van 2017 worden deze cijfers door het CBS definitief gemaakt.

⁴ Hierbij moet worden opgemerkt dat gemeenten aangeven dat de cijfers over trajecten die zijn uitgevoerd door het wijkteam nog niet betrouwbaar zijn.

Figuur 2. Aantal jeugdhulptrajecten zonder verblijf op verschillende peildata (Bron: CBS StatLine)



Figuur 3. Aantal jeugdhulptrajecten met verblijf op verschillende peildata (Bron: CBS StatLine)

12 In figuur 3 is het aantal jeugdhulptrajecten met verblijf te zien. Het totaal aantal jeugdhulptrajecten met verblijf blijft ongeveer gelijk. Wel lijkt het aantal trajecten voor pleegzorg en gezinsgerichte zorg licht af te nemen, terwijl het aantal (andere) jeugdhulptrajecten met verblijf op locatie van de aanbieder is toegenomen. Het aantal trajecten gesloten plaatsing (met name JeugdzorgPlus) is licht gedaald. Op basis van CBS-cijfers is het niet mogelijk om verder onderscheid te maken tussen verschillende vormen van jeugdhulp, bijvoorbeeld jeugd-GGZ en J&O.

2.2.2 Ontwikkeling gebruik specialistische jeugdhulp

13 De Transitie Autoriteit Jeugd (hierna: TAJ) heeft in 2015 en begin 2016 onderzoek gedaan naar de in-, door- en uitstroom bij aanbieders van specialistische jeugdhulp⁵. Hieruit kwam onder andere naar voren dat de instroom naar de specialistische jeugd GGZ met verblijf in 2015 ten opzichte van 2014 was toegenomen en de instroom naar specialistische jeugd-GGZ zonder verblijf juist licht was afgenomen. Bij jeugd- en opvoedhulp was in 2015 sprake van een relatief sterke afname ten opzichte van 2014. Ook bij de OBC's, MFC's, open residentiële zorg en pleegzorg bleek sprake te zijn van een daling van de instroom in 2015. Op basis van dit onderzoek is echter niet vast te stellen dat er sprake is van een verschuiving van bijvoorbeeld jeugd en opvoedhulp naar de jeugd-GGZ of dat er sprake is van een autonome stijging in de ene categorie en een daling in de andere.

2.3 Jeugdhulpgebruik in internationaal perspectief

14 Voor dit onderzoek zijn verschillende internationale rapporten en bronnen over jeugdhulpgebruik geraadpleegd⁶. Op basis van deze deskresearch blijkt dat er weinig basis bestaat voor een internationale vergelijking van het Nederlandse jeugdhulpgebruik. Belangrijkste redenen hiervoor zijn:

- a. Gebruik van verschillende definities voor vormen van jeugdhulp;

⁵ TAJ-onderzoek ontwikkelingen jeugdhulp 2015-2016 (april 2016).

⁶ Ook is navraag gedaan bij het Nederlands Jeugdinstituut. Daar werd bevestigd dat er weinig internationaal vergelijkbare cijfers op het gebied van jeugdhulpgebruik zijn.

- b. Verschillende type stelsels voor jeugdhulp (gebrek aan vergelijkbaarheid);
- c. Gebrek aan (recente) cijfers over jeugdhulpgebruik in andere landen.

15 Slechts op beperkte punten is een zeer beperkte vergelijking te maken. Zo blijkt in de periode tot 2010 het aantal uithuisplaatsingen in Nederland sterker te zijn gestegen dan in Duitsland en Denemarken⁷. Uit een andere studie blijkt dat de uitgaven aan de GGZ (volwassenen en jeugd) relatief hoog zijn in vergelijking met andere landen⁸. Het is met deze cijfers echter niet mogelijk om verder in te zoomen op de jeugd-GGZ.

2.4 Verschillen jeugdhulpgebruik tussen gemeenten

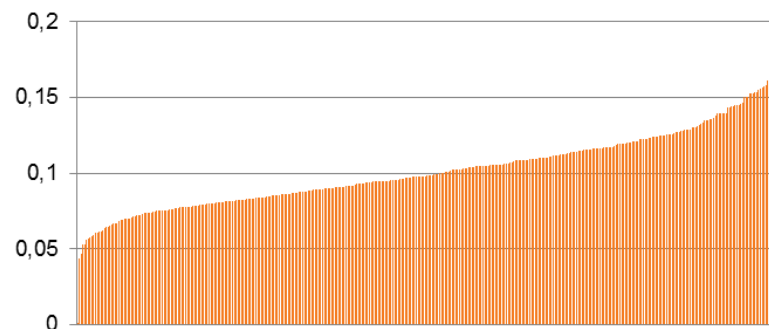
2.4.1 Jeugdhulptrajecten afgezet tegen het aantal jongeren

16 In paragraaf 2.2 zijn we ingegaan op cijfers van het CBS over jeugdhulpgebruik door te kijken naar het aantal trajecten voor verschillende vormen van jeugdhulp. Om het aantal jeugdhulptrajecten van verschillende gemeenten met elkaar te vergelijken, zijn deze aantallen afgezet tegen het aantal jongeren tot en met achttien jaar in de gemeenten. Op die manier is te zien wat de verhouding is tussen het aantal trajecten in een gemeente ten

⁷ Jeugdzorg in Europa versie 2. Nederlands Jeugdinstituut, 2012.

⁸ Health at a glance. OESO, 2015.

opzichte van het aantal jongeren⁹. Het gemiddelde voor heel Nederland ligt op 0,10, terwijl de spreiding loopt van 0,04 (gemeente met relatief kleinst aantal trajecten) tot 0,18 (gemeente met relatief grootst aantal trajecten). Figuur 4 geeft verder inzicht in deze spreiding.

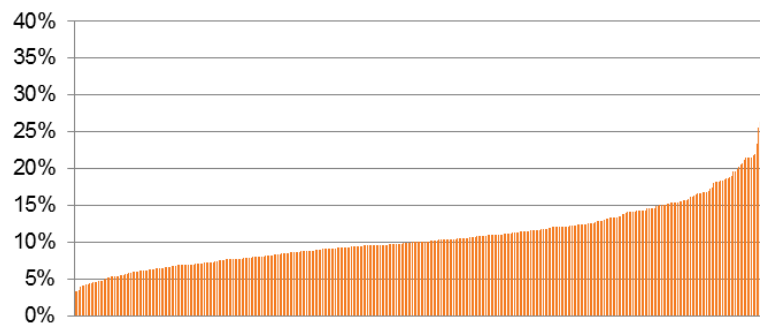


Figuur 4. Spreiding in het aantal jeugdhulptrajecten per gemeente, afgezet tegen het totaal aantal jongeren (0-18) in de gemeente. Cijfers zijn aantallen op 30 juni 2016. Bron: bewerking cijfers CBS StatLine

⁹ Dit is niet hetzelfde als het percentage jongeren met jeugdhulptrajecten. Het komt namelijk geregeld voor dat jongeren meerdere jeugdhulptrajecten in een bepaalde periode hebben.

2.4.2 Percentage trajecten met verblijf

17 Er is ook een grote variatie als het gaat om het aantal jeugdhulptrajecten met verblijf ten opzichte van het totaal aantal jeugdhulptrajecten. Voor Nederland in z'n geheel gaat het om ruim 11% van alle jeugdhulptrajecten. Per gemeente varieert dit percentage van 3% tot ruim 30% van alle jeugdhulptrajecten in de gemeente. Het is echter mogelijk dat de wijze waarop gemeenten hun zorg en ondersteuning vanuit wijk- of sociale teams administreren, van invloed is op de spreiding. Het is namelijk mogelijk dat wijkteams wel zorg en ondersteuning bieden, maar dit niet als jeugdhulp wordt aangegeven richting CBS, waardoor het percentage jeugdhulp met verblijf relatief groot lijkt. Onderzoek naar dit effect valt buiten de scope van dit onderzoek.



Figuur 5. Spreiding in het aantal jeugdhulptrajecten met verblijf per gemeente, afgezet tegen het totaal aantal jeugdhulptrajecten in de gemeente. Cijfers zijn aantallen op 30 juni 2016. Bron: bewerking cijfers CBS StatLine

2.5 Waar hangt jeugdhulpgebruik mogelijk mee samen?

18 Eén van de centrale vragen in dit onderzoek is waar jeugdhulpgebruik en dan in het bijzonder specialistische jeugdhulp mee samenhangt. In dit verkennende onderzoek kijken we naar enkele factoren, die voor een deel ook met elkaar samenhangen. Deze factoren zijn in de volgende paragrafen toegelicht en vormen de hypothesen voor het verklaren van jeugdhulpgebruik.

2.5.1 Historisch gebruik

19 Het historisch gebruik van jeugdhulp kan samenhangen met het huidige jeugdhulpgebruik in een gemeente. Zo zijn er gemeenten waar over de tijd relatief veel of weinig sprake is van jeugdhulpgebruik. Hoewel er sprake kan zijn van ontwikkelingen in jeugdhulpgebruik, hangt een deel van het gebruik samen met kenmerken van (inwoners van) een gemeente die niet snel veranderen¹⁰. Voor de verdeling van de gemeentebudgetten voor jeugdhulp is voor 2015 ook uitgegaan van een historisch verdeelmodel (gebaseerd op jeugdhulpgebruik in 2012).

20 Met ingang van 2016 past het rijk het objectieve verdeelmodel jeugd toe bij de verdeling van het macrobudget. Bij het objectief verdeelmodel is het streven de middelen voor jeugdhulp met behulp van objectieve

¹⁰ Verdeelsystematiek middelen Jeugdhulp - Naar een objectieve verdeling van gemeentelijke budgetten. Sebeon, 2014.

(gemeentelijke) kenmerken te verdelen. Hiervoor gebruikt het rijk verschillende indicatoren. Vanwege de optredende herverdeel-effecten hanteren we hierbij een ingroepad, om te bereiken dat een gemeente als gevolg van de herverdeling meer dan € 15,- per inwoner per jaar nadeel ondervindt.

2.5.2 Indicatoren die samenhangen met jeugdhulpgebruik

21 In het objectief verdeelmodel zijn kenmerken gebruikt die samenhangen met jeugdhulp gebruik. Het gaat om de volgende kenmerken¹¹:

- a. Jeugdigen;
- b. Eenouderhuishoudens;
- c. Eenouderhuishoudens met twee of meer kinderen;
- d. Eenouderhuishoudens in de bijstand;
- e. Psychisch medicijngebruik;
- f. Jeugdigen met een armoederisico;
- g. Gezinnen in de bijstand;
- h. Uitkeringsontvangers;
- i. Leerlingen met achterstandsgewicht;
- j. Gemiddeld inkomen huishoudens;
- k. Gemiddeld inkomen huishoudens met kinderen.

22 Uit de studie van het SCP en Cebeon¹² blijkt dat het aantal jeugdigen de belangrijkste verklarende variabele is voor de uitgaven die een gemeente

¹¹ Zie 10.

maakt. Ook eenoudergezinnen/armoede, psychische gezondheid en uitkeringssituatie hangen in dit onderzoek relatief sterk (en negatief) samen met binnen gemeenten gemaakte uitgaven voor jeugdhulp. Zelfoplossend vermogen, geoperationaliseerd als het gemiddeld inkomen van huishoudens, hangt positief samen met binnen gemeenten gemaakte uitgaven voor jeugdhulp.

2.5.3 Aanwezigheid aanbieders van specialistische jeugdhulp

23 Aanbod creëert vraag. Dat is een economisch principe dat ook kan worden toegepast in specialistische jeugdhulp. Of dit verschijnsel daadwerkelijk opgaat is op voorhand echter niet te zeggen, aangezien onderzoek binnen het gedecentraliseerde jeugdstelsel hierover ontbreekt. Belangrijk is hierbij te kijken naar mogelijke onderliggende mechanismen van waarom de aanwezigheid van aanbieders kan samenhangen met gebruik van specialistische jeugdhulp:

- a. Nabijheid van aanbieders van specialistische jeugdhulp zorgt voor bekendheid bij verwijzers zoals huisartsen en medewerkers van de wijkteams, waardoor zij mogelijk sneller geneigd zijn deze aanbieders in te schakelen bij een hulpvraag;
- b. Aanbieders van specialistische jeugdhulp bieden in veel gevallen naast specialistische jeugdhulp ook meer generalistische vormen van jeugdhulp aan. Binnen een jeugdhulpaanbieder vindt mogelijk betere

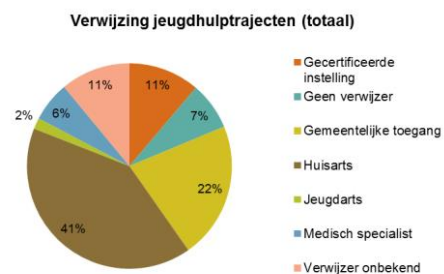
¹² Verdeelsystematiek middelen Jeugdhulp - Naar een objectieve verdeling van gemeentelijke budgetten. Sebeon, 2014.

afstemming plaats tussen verschillende vormen van jeugdhulp waardoor jeugdigen sneller en/of makkelijker kunnen doorstromen naar zwaardere vormen van jeugdhulp indien dat nodig is. Dit werkt overigens mogelijk ook de andere kant op: jeugdigen kunnen sneller doorstromen naar lichtere vormen van jeugdhulp indien dat nog nodig is (dus een negatieve samenhang met specialistische jeugdhulp gebruik);

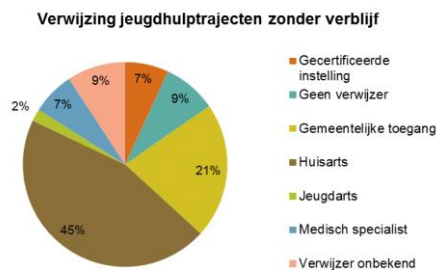
- c. Kinderen worden in de toeleiding minder snel naar een (residentiele) locatie buiten de regio gestuurd. Bij het ontbreken van een lokale aanbieder van de betreffende specialistische zorg, zoeken professionals al mogelijk eerder naar alternatieven binnen de regio;
- d. Toepassing van het woonplaatsbeginsel in relatie tot instellingsvoogdij. Voor jeugdigen met een voogdijmaatregel is de verblijfsplaats van de jeugdige bepalend voor de gemeente die verantwoordelijk is, in plaats van de woonplaats van de ouders (die het gezag niet langer meer hebben). Op die manier worden jeugdigen met een voogdijmaatregel in de statistieken geregistreerd. Er zijn aanbieders van specialistische jeugdhulp waar veel jeugdigen met een voogdijmaatregel inwonen. Hierdoor hebben gemeenten waar deze aanbieders zijn gehuisvest mogelijk te maken met relatief veel jeugdhulpgebruik.

2.5.4 Toegang tot specialistische jeugdhulp en de rol van verwijzers

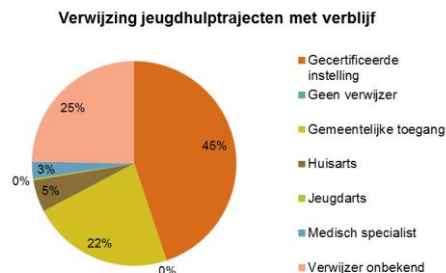
24 Het grootste deel van de jeugdhulp is niet vrij toegankelijk. Jeugdigen kunnen toegang tot jeugdhulp krijgen via verschillende verwijzers. De verschillende verwijzers hebben, binnen bepaalde kaders, vrijheid om een professioneel inhoudelijke afweging te maken in een verwijzing naar jeugdhulp. Daarmee zijn verwijzers mede bepalend voor het jeugdhulpgebruik. Onderstaande figuren geven inzicht in het aandeel van de verschillende typen verwijzers.



Figuur 6. Aandeel van verschillende typen verwijzers (jeugdhulptrajecten) eerste helft 2016 (Bron: CBS Statline)



Figuur 7. Aandeel van verschillende typen verwijzers (jeugdhulptrajecten zonder verblijf) eerste helft 2016 (Bron: CBS Statline)



Figuur 8. Aandeel van verschillende typen verwijzers (jeugdhulptrajecten met verblijf) eerste helft 2016 (Bron: CBS Statline)

25 Opvallend is dat de huisarts een relatief groot aandeel heeft in de verwijzingen, vooral voor verwijzingen naar ambulante jeugdhulp. Voor jeugdhulp met verblijf zijn gecertificeerde instellingen de belangrijkste

verwijzer en hebben huisartsen een klein aandeel (5% van de trajecten met verblijf). Vooral bij jeugd-GGZ zijn huisartsen belangrijke verwijzers. Bij trajecten met verblijf heeft pleegzorg een relatief groot aandeel. Bij pleegzorg (en gesloten plaatsing in JeugdzorgPlus) zijn gecertificeerde instellingen vaak de verwijzer. Ongeveer 22% van alle trajecten volgen na verwijzing vanuit de gemeentelijke toegang (gemeente of gemeentelijke organisatie). 7% van alle jeugdhulptrajecten is gestart zonder een verwijzer. Het gaat hier om vrij toegankelijke jeugdhulp.

2.5.5 Rol van de ouders en keuzevrijheid

26 Ouders hebben het gezag over hun kinderen en worden derhalve betrokken bij het vaststellen van zorg- of hulpplannen. Waar mogelijk dienen gemeenten bovendien volgens de jeugdwet keuzevrijheid te bieden aan ouders¹³. Ouders kunnen hierbij bovendien druk uitoefenen op zorgprofessionals en hebben hiermee tot op zekere hoogte invloed op het type zorg en ondersteuning en de zwaarte van de zorg en ondersteuning die wordt geboden (zie ook het volgende punt over Moral Hazard).

2.5.6 Moral Hazard

27 'Moral Hazard' als begrip heeft betrekking op verandering van gedrag van stakeholders indien zij niet direct risico lopen voor de gevolgen van hun gedrag. Het is een economisch begrip dat in de economische en

¹³ Zie artikelen 2.3, vijfde lid, en 2.9, alsmede de paragrafen 4.3 en 7.3 van Jeugdwet).

gezondheidswetenschap centraal staat in onderzoek naar gedrag van verzekerden, eigen risico en eigen bijdragen.

28 Voor dit onderzoek heeft het vooral betrekking op het gedrag van cliënten (en hun ouders) en professionals in de toeleiding naar en het gebruik van specialistische jeugdhulp. Moral Hazard kan hierbij op twee momenten een rol spelen. Ten eerste bij de professional die de verwijzing naar specialistische zorgaanbieders beoordeelt. Het merendeel van de verwijzingen naar specialistische aanbieders vindt plaats vanuit zorgprofessionals. Deze professionals worden niet geconfronteerd met de kosten van de inzet van de bovenregionale zorgaanbieder. Daarnaast speelt Moral Hazard mogelijk ook een rol bij cliënten en ouders. Vanuit het motto: 'baat het niet, dan schaadt het niet', kunnen zij druk uitoefenen op de verwijzende professional door te geleiden naar de bovenregionale instelling voor gespecialiseerde jeugdhulp.

2.5.7 Sturing door gemeente

29 Mogelijke verklaring voor verschillen in specialistische jeugdhulpgebruik is dat gemeenten daar op proberen te sturen door het stimuleren van het door hen gewenst gedrag van de verschillende actoren.

30 Gemeenten zijn zowel financier voor de jeugdhulp als onderdeel van het zorglandschap. Zo kunnen zij financiële en sociale prikkels aanbrengen (bijvoorbeeld in de bekostigingssystematiek en in de contracten en afspraken

met aanbieders en andere actoren), maar ook inhoudelijk sturen doordat zij ook verantwoordelijk zijn voor de organisatie van de toegang, het verlenen van jeugdhulp (afhankelijke van de vraag of lichte vorm van zorg en ondersteuning onderdeel uitmaakt van het takenpakket van sociale teams) en bij het afgeven van beschikkingen.

31 Op welke manier zij hier invulling aan geven verschilt per gemeente en per jeugdhulpregio. Zo hanteren gemeenten verschillende bekostigingssystematieken en verschillende contractvormen en afspraken. Ook verschillen gemeenten in hoe zij inhoudelijk bij het zorglandschap betrokken zijn. Zo zijn er gemeenten die werken met wijkteams waarin ambulante zorg en begeleiding wordt geboden aan jeugdigen, terwijl er ook gemeenten zijn die niet met wijkteams werken en alleen beschikkingen afgeven (ingevuld als een meer administratieve taak), of met wijkteams die wel als toegang fungeren maar geen zorg of ondersteuning bieden.

32 Gemeenten worden geconfronteerd met een taakstelling die is verwerkt in het macrobudget en is doorvertaald naar het gemeentelijk budget via het verdeelmodel. Daarmee lopen gemeenten (als financier) financieel risico en hebben zij een prikkel om de uitgaven aan jeugdhulp te beperken¹⁴. Specialistische jeugdhulp, met name met verblijf, is relatief duur. Het is dus niet onlogisch om te veronderstellen dat gemeenten er belang bij hebben om bij de inzet van dergelijke jeugdhulp een goede kosten-baten afweging te maken en om dergelijke jeugdhulp zo effectief mogelijk in te zetten. Dit is

¹⁴ Het verhaal achter onder- en overbesteding in het sociaal domein 2015. NDSO 2016.

bovendien in lijn met de doelstelling van de Jeugdwet om zorg meer in de omgeving van jeugdigen te organiseren.

33 Los van het feit hoe (daar gaan we in hoofdstuk 4 verder op in) kunnen gemeenten er dus voor kiezen om in te zetten op het richting geven van het lokale en regionale zorglandschap, in lijn met de doelen van de jeugdwet¹⁵. Dit hoeft dus niet in de vorm van vermindering van specialistische jeugdhulp te zijn, maar dit kan ook gericht zijn op meer hulp op maat, gebruikmakend van het sociale netwerk van kind en ouders en in jeugdhulp dat meer in samenhang wordt geboden.

¹⁵ <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/jeugdhulp/inhoud/jeugdhulp-bij-gemeenten>.

3. Kwantitatieve analyses

3.1 Inleiding

³⁴ In dit hoofdstuk presenteren we de resultaten van de kwantitatieve analyses. De kwantitatieve analyses zijn er onder andere op gericht inzicht te geven in waar gebruik van jeugdhulp mee samenhangt. Deze analyses zijn niet te zien als een herziening op het objectief verdeelmodel, maar zijn bedoeld aanvullende inzichten te genereren in lijn met de doelstellingen van dit onderzoek. Daarbij focussen we in deze analyses met name op maatschappelijke indicatoren in combinatie met de aanwezigheid van aanbieders van specialistische jeugdhulp. Deze onderwerpen en de veronderstelde samenhang met jeugdhulpgebruik zijn in het vorige hoofdstuk besproken.

³⁵ Dit onderzoek richt zich vooral op specialistische jeugdhulp (zie ook: Inleiding). Vooralsnog zijn er geen cijfers op gemeenteniveau over jeugdhulpgebruik in het algemeen waarbij onderscheid te maken is naar specifieke vormen van niet specialistische en specialistische jeugdhulp. Het CBS heeft wel cijfers over jeugdhulpgebruik. Het CBS ontvangt twee maal per jaar gegevens van aanbieders van jeugdhulp. Deze gegevens worden via StatLine beschikbaar gesteld. Zodanig dat jeugdhulpgebruik onder andere op gemeenteniveau inzichtelijk wordt. Binnen deze cijfers is op gemeenteniveau verder onderscheid te maken naar jeugdhulp met verblijf en jeugdbescherming. Een belangrijk deel van de specialistische jeugdhulp - dat veelal ook bovenregionaal wordt ingekocht - betreft jeugdhulp met

verblijf¹⁶. Daarnaast gaan jeugdbeschermingsmaatregelen geregeld samen met specialistische vormen van jeugdhulp. In dit onderzoek kijken wij, mede ingegeven door de beschikbaarheid van data, naar drie verschillende indicatoren van jeugdhulpgebruik waarbij deze indicatoren alle drie op een andere manier iets zeggen over jeugdhulpgebruik en waarbij met name de indicator 'jeugdhulp met verblijf' kan worden gezien als een (vooralsnog) best mogelijke benadering voor specialistische jeugdhulp.

3.2 Modellen en variabelen

³⁶ De kwantitatieve analyses die we in dit onderzoek hebben uitgevoerd bestaan uit multilevel analyses met als afhankelijke variabelen indicatoren die iets zeggen over het jeugdhulpgebruik binnen een gemeente en als onafhankelijke variabelen verschillende indicatoren. Hieronder volgt een overzicht van de verschillende variabelen die in de analyses zijn meegenomen (en het jaar waar de betreffende gegevens betrekking op hebben):

a. Afhankelijke variabelen¹⁷:

- i. Percentage jongeren met jeugdhulp (2015);
- ii. Percentage jongeren met jeugdhulp met verblijf (2015);
- iii. Percentage jongeren in jeugdbescherming (2015).

¹⁶ Er bestaan ook jeugdhulpvormen met verblijf die niet onder specialistische jeugdhulp vallen, zoals: pleegzorg.

¹⁷ Doordat de afhankelijke variabele is uitgedrukt als percentage jongeren met jeugdhulp, wordt daarmee gecontroleerd voor de (volgens het objectief verdeelmodel) belangrijkste verklarende factor: het aantal jongeren in een gemeente.

b. Onafhankelijke variabelen:

- i. Algemene kenmerken gemeente (2016):
 - Aantal inwoners;
 - Oppervlakte;
 - Dichtheid (aantal inwoners/oppervlakte).
- ii. Maatschappelijke indicatoren (voor definities zie CBS):
 - Percentage kinderen (0-18 jaar) in bijstandsgezinnen (2014);
 - Percentage deelnemers vmbo 15-jarigen (2014);
 - Percentage jongeren (15-27 jaar) met arbeid (2013);
 - Geregistreeerde verdachten (tot 25 jaar) per 10.000 inwoners (2014);
 - Percentage melding kindermishandeling (0 t/m 17 jaar) onderzocht door AMK ten opzichte van alle kinderen 0 t/m 17 jaar (2014).
- iii. Aanwezigheid van een of meerdere locaties van een zorgaanbieder voor gespecialiseerde jeugdhulp (2016)¹⁸. Hieronder vallen¹⁹:
 - JeugdzorgPlus;
 - OBC;
 - MFC;
 - Open residentieel;
 - GGZ specialistisch;

¹⁸ Gegevens hierover zijn beschikbaar gesteld door de Transitie Autoriteit Jeugd. Deze locatiegegevens zijn verder aangevuld door de onderzoekers.

¹⁹ Dit zijn de zorgvormen die zijn onderscheiden in de notitie 'Ruimte voor Jeugdhulp' van de VNG (2015) en worden algemeen aanvaard als vormen van 'specialistische jeugdhulp'.

- Specialistische klinische verslavingszorg (verblijf);
- Reguliere klinische verslavingszorg (verblijf);
- BOPZ;
- Topreferente traumacentra.

37 Voor elk van de afhankelijke variabelen is een multilevel model gemaakt met twee niveaus:

- a. Jeugdzorgregio;
- b. Gemeente.

38 Niet alle variabelen gaan over hetzelfde jaar. De afhankelijke variabelen zijn van 2015, op het moment van het onderzoek waren dit de meest recente cijfers. De meeste onafhankelijke variabelen zijn van eerdere jaren. Het gaat echter om indicatoren die niet direct heel sterk over de tijd veranderen, zeker niet in relatie tot de afhankelijke variabelen.

39 Vervolgens is voor elke afhankelijke variabele per gemeente gekeken naar de schatting uit het model en de daadwerkelijke waarde voor deze afhankelijke variabele. Het verschil tussen deze twee (schatting model en daadwerkelijke waarde) wordt ook wel residu genoemd. Bij gemeenten waar het residu relatief groot is, is het statistisch model minder goed in staat het jeugdhulpgebruik te schatten. Bij gemeenten waarbij dit aan de orde is, spelen andere factoren dan de variabelen uit het model een rol in de verklaring van het jeugdhulpgebruik. Dergelijke gemeenten zijn een interessante casus voor diepteonderzoek.

3.3 Uitkomsten multilevel analyses

40 In de onderstaande tabellen staan de uitkomsten gepresenteerd van de multilevel analyses. In de tabel staan de schattingen van de (genormaliseerde) coëfficiënt gegeven en daarbij een significantie (** p-waarde < 0,01; * p-waarde < 0,05; + p-waarde < 0,1). De coëfficiënten zijn genormaliseerd, zodat de coëfficiënten makkelijker onderling met elkaar vergeleken kunnen worden. Tenslotte is de Intraklasse correlatie (ICC) gegeven, waarmee inzicht gegeven wordt in hoeverre de gevonden verschillen (onder controle van de voorspellers in het model) zich op het niveau van de jeugdzorgregio of de gemeente voor doen. De ICC laat zien in hoeverre gemeenten binnen (intra) jeugdzorgregio's (klasse) op elkaar lijken (correlatie) op basis van de gevonden verschillen. Tegelijk is dit de mate waarin jeugdzorgregio's van elkaar verschillen: als de gemeenten binnen de jeugdzorgregio's veel op elkaar lijken moeten de resterende gevonden verschillen logischerwijs tussen de jeugdzorgregio's zitten²⁰.

3.3.1 Percentage jongeren met jeugdhulp

41 In onderstaande tabel staan de uitkomsten van de analyse met als onafhankelijke variabele het 'percentage jongeren met jeugdhulp'. De variabele 'Kinderen in bijstandsgezinnen' heeft de grootste (en significante) verband met het

²⁰ De ICC is als volgt gedefinieerd: verschillen tussen de jeugdzorgregio's/totaal van de verschillen tussen gemeenten en jeugdzorgregio's. Zijn de verschillen tussen de jeugdzorgregio's relatief groot, dan is de ICC groot. Zijn de verschillen tussen de gemeenten relatief groot, dan is de ICC laag.

percentage jongeren met jeugdhulp. Ook 'het aantal geregistreerde (jonge) verdachten per 1000 inwoners' en 'meldingen kindermishandeling' hangen positief samen met het percentage jongeren met jeugdhulp. Het inwonersaantal hangt in negatieve zin samen met het percentage jongeren met jeugdhulp: hoe kleiner het aantal inwoners, hoe hoger het percentage jongeren met jeugdhulp. 46% van de verklaarde variantie is in dit model te verklaren door het 'niveau' Jeugdzorgregio.

Afhankelijke variabele: Percentage jongeren met jeugdhulp	Coëfficiënt	Significantie
Intercept	0,061	
Inwonersaantal gemeente 2016	-0,141	*
Oppervlakte gemeente 2016	0,006	
Bevolkingsdichtheid 2016	-0,002	
Kinderen in bijstandsgezinnen 2014	0,256	**
Deelnemers vmbo 15-jarigen 2014	0,082	
Werkzame jongeren 2013	-0,071	
Geregistreerde verdachten per 1000 inwoners 2014	0,133	*
Meldingen kindermishandeling 2014	0,130	*
Aanwezigheid zorgaanbieder(s) specialistische jeugdhulp	0,030	
ICC Jeugdzorgregio	0,46	

Tabel 1. Uitkomsten multilevel analyses met onafhankelijke variabele 'Percentage jongeren met jeugdhulp'

3.3.2 Percentage jongeren met jeugdhulp met verblijf

42 In onderstaande tabel staan de uitkomsten van de analyse met als onafhankelijke variabele het 'percentage jongeren met jeugdhulp met verblijf'. De variabele 'Kinderen in bijstandsgezinnen' toont de sterkste (en significante) samenhang met het percentage jongeren met jeugdhulp met verblijf. Ook 'het aantal geregistreerde (jonge) verdachten per 1000 inwoners' hangt positief samen met het percentage jongeren met jeugdhulp met verblijf. Het inwonersaantal hangt in negatieve zin samen met het percentage jongeren met jeugdhulp met verblijf, terwijl het oppervlakte van de gemeente daar positief mee samenhangt. De aanwezigheid van één of meerdere locaties van zorgaanbieders binnen de gemeente hangt ook positief samen met het percentage jongeren met jeugdhulp met verblijf: het percentage jongeren met jeugdhulp met verblijf is significant groter in gemeenten waar een of meerdere locaties van specialistische aanbieders zijn. 22% van de verklaarde variantie is in dit model te verklaren door het 'niveau' Jeugdzorgregio.

Afhankelijke variabele: Percentage jongeren met jeugdhulp met verblijf	Schatting	Significantie
Intercept	0,125	
Inwonersaantal gemeente 2016	-0,246	**
Oppervlakte gemeente 2016	0,199	**
Bevolkingsdichtheid 2016	-0,057	
Kinderen in bijstandsgezinnen 2014	0,453	**
Deelnemers vmbo 15-jarigen 2014	0,075	
Werkzame jongeren 2013	-0,021	
Geregistreerde verdachten per 1000 inwoners 2014	0,156	*
Meldingen kindermishandeling 2014	0,044	
Aanwezigheid zorgaanbieder(s) specialistische jeugdhulp	0,216	**
ICC Jeugdzorgregio	0,22	

Tabel 2. Uitkomsten multilevel analyses met onafhankelijke variabele 'Percentage jongeren met jeugdhulp met verblijf'

3.3.3 Percentage jongeren in jeugdbescherming

43 In onderstaande tabel staan de uitkomsten van de analyse met als onafhankelijke variabele het 'percentage jongeren in jeugdbescherming'.

Afhankelijke variabele: Percentage jongeren in jeugdbescherming	Schatting	Significantie
Intercept	0,162	*
Inwonersaantal gemeente 2016	-0,251	**
Oppervlakte gemeente 2016	0,121	*
Bevolkingsdichtheid 2016	-0,116	+
Kinderen in bijstandsgezinnen 2014	0,713	**
Deelnemers Vmbo 15 jarigen 2014	0,020	
Werkzame jongeren 2013	0,025	
Geregistreerde verdachten per 1000 inwoners 2014	0,061	
Meldingen kindermishandeling 2014	0,080	
Aanwezigheid zorgaanbieder(s) specialistische jeugdhulp	0,193	**
ICC Jeugdzorgregio	0,13	

Tabel 3. Uitkomsten multilevel analyses met onafhankelijke variabele 'Percentage jongeren in jeugdbescherming'

44 De variabele 'Kinderen in bijstandsgezinnen' heeft het grootste (en significante) verband met het percentage jongeren in jeugdbescherming. Opvallend is dat verder geen van de maatschappelijke indicatoren hiermee samenhangt. Het inwonersaantal hangt in negatieve zin samen met het percentage jongeren met jeugdhulp met verblijf, terwijl het oppervlakte van de gemeente daar positief mee

samenhangt. De bevolkingsdichtheid (een maat voor verstedelijking) heeft een zwak verband met het percentage jongeren in jeugdbescherming. In een model zonder de variabelen 'inwonersaantal' en 'oppervlakte' is dit verband wel significant ($p < 0.01$). De aanwezigheid van één of meerdere locaties van zorgaanbieders binnen de gemeente hangt ook samen met het percentage jongeren met jeugdhulp met verblijf. 13% van de verklaarde variantie is in dit model te verklaren door het 'niveau' Jeugdzorgregio.

3.4 Conclusies kwantitatieve analyses

- 45 Op basis van de multilevel analyses trekken we de volgende conclusies :
- Het percentage kinderen in bijstandsgezinnen hangt van alle variabelen die zijn meegenomen in de analyses het sterkst samen met de verschillende afhankelijke variabelen. Gemeenten waar relatief veel kinderen in gezinnen die in de bijstand leven, hebben over het algemeen te maken met een groter aandeel van de kinderen/jongeren in hun gemeente die jeugdhulp (al dan niet met verblijf) of jeugdbescherming gebruiken;
 - Het inwonersaantal van een gemeente hangt negatief samen met de omvang van de jeugdhulp (met verblijf) of jeugdbescherming. Blijkbaar hebben kleinere gemeenten te maken met een relatief groter deel van de kinderen/jongeren dat jeugdhulp (al dan niet met verblijf) of jeugdbescherming gebruiken;
 - De aanwezigheid van een locatie van een aanbieder van specialistische jeugdhulp hangt samen met de omvang van de jeugdhulp met verblijf of jeugdbescherming. Dit kan op een aantal zaken duiden:

- i. Waarschijnlijk speelt het woonplaatsbeginsel hier een rol. Voor kinderen met een voogdijmaatregel die verblijven in een instelling, geldt dat zij zijn ingeschreven in de gemeente van deze instelling;
- ii. De doorverwijzing van jongeren naar aanbieders van specialistische jeugdhulp gaat makkelijker (moeilijker) in gemeenten waar dergelijke aanbieders een (geen) locatie hebben. Mogelijk dat aanbieders van specialistische jeugdhulp het makkelijker vinden om goede banden met lokale gemeenten te hebben dan met andere gemeenten;

Er is geen samenhang tussen de aanwezigheid van een locatie van een aanbieder van specialistische jeugdhulp met het percentage jongeren met jeugdhulp. Bij het percentage jongeren met jeugdhulp gaat het in - in tegenstelling tot het jeugdhulp met verblijf of jeugdbescherming - ook om lichtere gevallen van jeugdhulp, zoals ambulante vormen van hulp.

- d. Opvallend is dat de ICC's van de verschillende modellen relatief groot zijn: een groot deel van de verschillen zit tussen de jeugdzorgregio's. Dit is vooral het geval bij de analyse met als afhankelijke variabele 'Percentage jongeren met jeugdhulp' (maar liefst 46%). Maar ook voor de andere twee modellen is de ICC vrij hoog. Opvallend is dat juist bij het percentage jongeren met jeugdhulp de ICC het hoogst is, en niet bij jeugdhulp met verblijf. Juist jeugdhulp met verblijf bevat (boven-)regionaal georganiseerde zorg en afstemming, waardoor eerder daar een hogere ICC te verwachten valt dan bij jeugdhulp in algemene zin. Bij de afhankelijke variabele Percentage jongeren met jeugdhulp gaat het namelijk ook om lokaal georganiseerde

jeugdhulp, zoals jeugdhulp geboden door wijkteams of ambulante vormen van hulp door kleinere (meestal lokale) aanbieders. Het gaat echter ook om zorg die mogelijk veel door aanbieders wordt geleverd die op regionaal niveau actief zijn.

4. Bevindingen casestudies

4.1 Inleiding

46 In dit hoofdstuk gaan we in op de bevindingen van het kwalitatieve onderzoek. De nadruk in dit deel van het onderzoek ligt op het tweede doel van het onderzoek: inzicht verwerven in de stuurbaarheid van deze specialistische jeugdhulpvraag. Het vertrekpunt is hierbij de inhoudelijke uitwerking op basis van de deskresearch (zie met name paragraaf 2.5). Daarbij focussen we dit onderdeel van het onderzoek op de vraag hoe gemeenten (proberen te) sturen op jeugdhulpgebruik en hoe dit tot uiting komt in het lokale en regionale zorglandschap.

47 Het kwalitatieve onderzoek heeft geresulteerd in negen casestudies van gemeenten en jeugdzorgregio's. Hieronder volgt de overall analyse op basis van deze negen casestudies. De verantwoording van de casestudies en een beschrijving per gemeente is opgenomen in bijlage A. Wij geven geen representatief beeld van alle gemeenten in Nederland. Wel geeft het voorbeelden van hoe gemeenten met dit onderwerp bezig zijn. Wanneer we hieronder spreken over 'gemeenten' bedoelen we de gemeenten van de casestudies.

4.2 Stuurbaarheid op specialistische zorg vooralsnog beperkt

4.2.1 *Een deel van de specialistische jeugdhulp ligt vast*

48 De gemeenten in het onderzoek geven aan dat een deel van de specialistische jeugdhulp vast ligt en daarmee buiten de eigen invloedssfeer valt. Enerzijds heeft dit te maken met reeds voor de transitie gestarte specialistische trajecten, waarbij deze pas eindigen als de jongeren de leeftijd van achttien jaar bereiken. Dit geldt bijvoorbeeld ook voor pleegzorg. Hoewel dit niet per se om specialistische zorg gaat, gaat dit wel om een relatief groot deel van de jeugdhulptrajecten met verblijf. Anderzijds betreft het specialistische jeugdhulp die door anderen dan de gemeentelijke toegang wordt verwezen. Hier gaan we in de volgende paragraaf specifiek op in.

4.2.2 *Verwijzing naar specialistische jeugdhulp veelal niet via gemeentelijke toegang*

49 Gemeenten geven in het onderzoek aan dat een groot deel van de verwijzingen naar de specialistische jeugdhulp buiten de gemeentelijke toegang om gaat. Het overgrote deel van de verwijzingen naar jeugdhulp loopt niet via de gemeentelijke toegang (zie figuur 6). De geïnterviewden geven aan dat veel verwijzingen naar specialistische jeugdhulp komen van gecertificeerde instellingen, jeugdartsen of medisch specialisten. Gemeenten ervaren vooralsnog dat de verwijzende partijen dit grotendeels doen vanuit

hun professionele autonomie, op basis van 'oude' patronen en dat dit grotendeels buiten hun invloedssfeer valt. Daarbij geven de gemeenten geen oordeel over deze 'oude' verwijspatronen. In toenemende mate proberen de gemeenten verwijzers wel mee te krijgen in hun beleid en visie op het lokale en regionale jeugdstelsel. Gemeenten leggen de aandacht vooralsnog het meest bij de huisarts en verwijzers in de gemeentelijke toegang. In mindere mate ligt dit bij gecertificeerde instellingen en niet of nauwelijks op jeugdartsen of medisch specialisten. In de volgende paragrafen gaan we daar nog verder op in.

4.2.3 Gebruik van specialistische jeugdhulp hangt ook van sociaal economische factoren af en is daarmee voor een deel historisch bepaald

50 Enkele gemeenten geven aan dat de totale omvang van jeugdhulp binnen een gemeente sterk samenhangt met sociaaleconomische factoren. Daar waar gemeenten te maken hebben met relatief veel gezinnen die in de bijstand leven, waar veel armoede is, of waar veel eenoudergezinnen zijn, is relatief veel gebruik van (specialistische) jeugdhulp. Dit beeld dat bij gemeenten leeft, komt ook naar voren in de kwantitatieve analyses van dit onderzoek en in de bevindingen rond het objectief verdeelmodel.

4.3 Gemeenten sturen door middel van financiële prikkels, inhoudelijke afspraken gericht op de toeleiding, vernieuwing van aanbod en versnelling van de uitstroomkomen langzaam van de grond

4.3.1 De nadruk ligt op financiële instrumenten voor sturing op aanbieders van specialistische jeugdhulp

51 In de jaren 2015 en 2016 heeft de nadruk gelegen op het contracteren van aanbieders en het inregelen van de administratieve organisatie. Sturing vond en vindt vooral plaats via de contractering van aanbieders; via de inkoop en de bekostigingsafspraken die daarbij horen.

52 De afspraken met aanbieders betreffen vooral:

- a. Volume en budgetplafonds. Hierbij geven gemeenten aan dat sturen met alleen plafonds niet het gewenste effect sorteert. Het leidt tot ongewenste verschuivingen en wachtlijsten. Gemeenten stappen daar nu juist weer (deels) van af of vullen dit aan met andere afspraken, bijvoorbeeld door plafonds alleen af te spreken voor residentiële hulp en niet voor ambulante hulpverlening;
- b. Regio's beginnen andere vormen van bekostiging te ontwikkelen om andere prikkels te realiseren. Het gaat daarbij bijvoorbeeld om:
 - i. Resultaatbekostiging om een prikkel bij aanbieders te leggen om niet te lang onnodig door te gaan met traject;

- ii. Lumpsum bekostiging als prikkels om tijd af te schalen en om zwaardere zorg af te stoten.
- c. Het ontwikkelen van nieuwe producten, bijvoorbeeld die meer vanuit een integrale benadering zijn opgezet, of vormen van gespecialiseerde ambulante hulpverlening ter voorkoming en ter vervanging van residentiële jeugdhulp;
- d. Stimuleren van samenwerking om specialistische zorg dichterbij te krijgen. Voorbeelden hiervan zijn het instellen van FACT-teams en door aanbieders te verbinden aan basisteams om samen te kijken wat nodig is en welke hulparrangementen mogelijk zijn.

53 In de loop van 2016 hebben gemeenten meer en meer een rol als stimulator en facilitator van vernieuwingen gepakt. Deze rol is gericht op aanbieders om onderling samen te werken rond thema's of vernieuwingsprojecten. De ervaring leert dat dit veel wederzijds begrip oplevert door de uitwisseling en overdracht van expertise.

Regio: "In het eerste jaar waren er alleen bilaterale gesprekken met zorgaanbieders. Dit jaar (2016) zijn er kennis(werk-)groepen met mensen van de regio en de aanbieders om de transformatie vorm te geven. Het voordeel van een groepsgesprek is dat op een goede manier uitwisseling plaatsvindt tussen aanbieders. Het groepsproces heeft ertoe geleid dat er sneller resultaat is geboekt."

Landelijke aanbieder: "Gemeenten proberen vooral via de contracten te sturen, met name financieel en een beetje op kwaliteit. Het gaat meestal om prijs en om een omzetplafond. Bij enkele gemeenten staan afspraken in het contract over doorlooptijd."

Voorbeeld van een volumeplafond in combinatie met een inhoudelijke aanpassing van de screening in de GGZ

Een van de onderzochte gemeenten heeft een werkgroep in het leven geroepen met GGZ aanbieders en huisarts ten aanzien van screening aan de voorkant. Doel is passende behandeling en daling van kosten voor de GGZ door gericht onderscheid te maken tussen instellingen die zwaardere behandelingen doen en instellingen die naar verhouding 'lichtere' zorgvragen oppakken. Ze hebben als gevolg hiervan hun screening anders ingericht en er is een plafond ingesteld voor de specialistische aanbieder die zwaardere behandelingen uitvoeren. In een jaar tijd zijn de trajecten bij deze aanbieder gedaald tot onder het plafond. Het plafond is eigenlijk niet meer nodig. Ook is de verwijzingsroute via de huisarts hiermee veranderd. De betreffende gemeente wil nu een zelfde soort traject opzetten gericht op verblijfszorg.

54 Aanbieders ervaren soms dat het voor hen lastig acteren is in het gedecentraliseerde stelsel. Voor een deel heeft dat volgens een aanbieder te maken met de voor hen nieuwe dynamiek bij gemeenten, waar ze nog aan moeten wennen. Maar ook doordat volgens bepaalde aanbieders een duidelijke visie op vernieuwing van de gespecialiseerde jeugdhulp ontbreekt, er te weinig kennis is over specialistische zorg, de gemeenten of regio's

onvoldoende samenwerken, of doordat er geen duidelijke regie vanuit de gemeente is.

Bovenregionale aanbieder: “Politiek willen ze er niet aan dat hele specialistische zorg nodig is. Dat is nieuw voor ons, dat politieke gremium. De politiek maakt opportunistische keuzes, met weinig ruimte voor nuance.”

Bovenregionale aanbieder: “Soms zie je wel een bepaalde erkenning met betrekking tot onze specialistische zorgverlening. Maar je ziet bij gemeenten een groot verschil tussen beleidsmedewerkers en de financiële mensen (controllers, inkopers).”

Landelijke aanbieder: “Veel gemeenten lukt het niet om in de regie te zijn als het gaat om deze specialistische jeugdhulp, omdat ze inhoudelijk gezien geen gesprekspartner zijn. Ik wil graag onze expertise bij de gemeenten krijgen, maar die vragen ze niet van ons.”

55 Verder geven aanbieders aan soms een duidelijke visie en daaraan gekoppelde operationalisering in bijvoorbeeld contracten te missen, waardoor ze niet goed in staat zijn weloverwogen strategische keuzes te maken. Volgens aanbieders maken gemeenten onvoldoende duidelijk wat de grote lijnen zijn waarop zij het stelsel willen inrichten en langs welke stappen zij daar wensen te komen. Het gesprek met de gemeente gaat al snel over inkoop en financieel technische aspecten, aldus een aanbieder.

Aanbieder: “Er moet een duidelijke regionale visie en operationalisatie van deze visie zijn. Dat ontbreekt nu. Daardoor mis je de gezamenlijke drive.”

Aanbieder: “De regio zet nu in op meer ambulantisering en 30% minder verblijf. Maar in deze regio wordt overal afgebouwd; ook op ambulante zorg. Afbouw vindt plaats op instellingsniveau. Wij staan bijvoorbeeld voor de keuze om bij een contractbespreking een bezuiniging op gezinshuizen voor te stellen. Maar daar wil je juist op inzetten.”

56 Tegelijkertijd geven gemeenten aan dat wanneer ze de ruimte aan de aanbieders geven om plannen uit te werken, de aanbieders niet of onvoldoende leveren en de aanbieders er onderling ook niet altijd uitkomen. Dit komt doordat het ook gaat over af- en ombouw van capaciteit en functies, waarbij organisatiebelangen mogelijk een grote rol spelen.

Gemeente: “We hebben ook wel voorgesteld dat de grote aanbieders met z'n achten de lumpsum mochten verdelen, maar daar komen ze niet uit, dat is te ingewikkeld voor ze.”

Gemeente: “Aanbieders willen zelf ook meer ambulantisieren, vanuit een inhoudelijke drive. Gezamenlijk met aanbieders is hierop een visie ontwikkeld. Maar bovenregionaal is de concretisering naar een vermindering van het aantal bedden nog niet gedaan. Er is wel een plan, maar nog geen operationalisering. Dit komt doordat het dan bijvoorbeeld echt over concrete

afbouw gaat en dan gaat het bedrijfsbelang spelen. Hier gaan gemeenten in de toekomst wel sterker op aansturen.”

4.3.2 Gemeenten hebben verschillende interventies gericht op de verbinding tussen huisarts, de gemeentelijke toegang en aanbieders

57 Gemeenten hebben inmiddels goed in beeld dat de huisartsen een belangrijke verwijzer zijn naar jeugdhulp. De onderzochte gemeenten zetten veel energie op het in gesprek komen met (koepels van) huisartsen.

Voorbeelden van inzet van gemeenten op huisartsen zijn:

- a. Een gemeente heeft met huisartsen en jeugdartsen afspraken gemaakt:
 - i. Huisartsen sturen cliënten door naar de uitvoeringsdienst als het een probleem op meerdere domeinen betreft;
 - ii. Verbindingsofficier (een voormalig huisarts) is bij nagenoeg alle huisartsen op bezoek geweest als investering in de relatie tussen gemeente en huisartsen;
 - iii. Er is een intentieverklaring getekend door huisartsen en gemeente om elkaar meer op te zoeken en meer informatie te delen;
- b. Diverse gemeenten faciliteren (of overwegen dit) POH-jeugd bij huisartsen. Gemeenten geven aan hier goede ervaringen mee te hebben en een substantiële vermindering van de doorverwijzing naar gespecialiseerde jeugdhulp (met name J-GGZ) te realiseren.

Voorbeeld POH-jeugd bij huisarts

Al voor de transitie werkte een gezondheidscentrum met een psycholoog die voor een groot deel de kinder- en jeugdpsychiatrie voor haar rekening nam. De gemeente had vervolgens dit gezondheidscentrum gevraagd mee te denken over een bredere pilot met een POH-jeugd bij huisartsen vanwege hun ervaring met deze POH. In de pilot financiert de gemeente POH-medewerkers die bij inmiddels 10-12 huisartsen in de praktijk werken.

Alle jeugd waar de huisarts geen directe hulp kan bieden worden doorgezet naar de POH. De POH heeft per jeugdige ongeveer vijf contactmomenten waarin de jeugdige behandeld kan worden. Zijn er meer contactmomenten nodig, dan kan alsnog verwezen worden naar de tweede lijn. Enkelvoudige problematiek wordt in de huisartsenpraktijk behandeld, voor meervoudige problematiek wordt doorverwezen naar de Tweede Lijn, of wordt de verbinding gelegd met het wijk- of gebiedsteam. De POH is ook een schakel tussen de huisarts en de wijk- of gebiedsteams.

De POH-medewerkers hebben een sociale kaart gemaakt. Daarvoor zijn ze op locatie van de tweedelijns instellingen geweest om goed te kunnen inventariseren wat de expertise van hen is.

De ervaringen met de POH-jeugd zijn heel positief. Het scheelt volgens de gemeente heel veel doorverwijzingen naar de Tweede Lijn. Met een specialistische GGZ-aanbieder en met de wetenschap wordt momenteel gekeken naar verbeteringsmogelijkheden in de registratie waardoor nog beter inzicht kan worden verkregen in de effecten van de pilot op het gezondheidscentrum.

Het slagen van de pilot is volgens een huisarts afhankelijk van de kwaliteit van de POH-jeugd. Deze functie kan niet door een generalist uit de basis-GGZ worden opgevuld. Het moet iemand zijn die kwalitatief goed is met jeugd (jeugdpsycholoog of orthopedagoog) en die de sociale kaart goed kent.

4.3.3 Gemeenten hebben gecertificeerde instellingen als belangrijke verwijzer in beeld, maar van sturing is nog geen sprake

58 Naast de gemeentelijke toegang en de huisartsen zijn de gecertificeerde Instellingen (GI) substantiële verwijzers. Uit de deskresearch blijkt dat voor jeugdhulp met verblijf de GI de belangrijkste verwijzer is (zie figuur 8). De gemeenten zijn zich hiervan bewust. Het gesprek met GI over de verwijspatronen van de GI vind echter nog maar beperkt plaats en ze zijn er minder mee bezig dan bijvoorbeeld met huisartsen.

59 Hierbij geven onderzochte gemeenten aan dat de GI's nog erg intern gericht zijn. Op managementniveau zijn gemeenten goed in gesprek met GI's, maar de gemeenten geven aan dat op de werkvloer bij GI's nog weinig bewustzijn van de transformatie is; ze werken nog op de 'oude manier'. Eén van de GI's die in dit onderzoek zijn bevraagd, is zelf van mening dat de transformatie wel langzaam gaande is bij de GI en dat ze regelmatig te laat worden geconsulteerd door het lokale team. En dat er te weinig expertise is in die teams om te bepalen waar een kind naar toe kan/moet worden verwezen. De GI's zetten ook in op deskundigheidsbevordering van lokale teams (bijvoorbeeld over vechtscheidingen) of door casuïstiek besprekingen met alle betrokkenen om te zien waar leerpunten liggen.

Landelijke aanbieder: "De medewerkers van gecertificeerde instellingen zitten eigenlijk nog in hun oude Bureau Jeugdzorg-rol. Ze stellen zich nog op als

regiehouder van een cliënt. Maar dat is lastig voor ons, want naar wie moet ik mij als aanbieder verantwoorden? Niet naar de GI, maar naar de gemeente."

4.3.4 Gemeenten zetten in op advies- en expertteams die door verwijzers geconsulteerd kunnen worden wanneer specialistische hulp nodig is

60 Veel gemeenten zetten advies- en consultatieteams (in verschillende benamingen) in om snel de juiste zorg te vinden. Vanuit de gemeentelijke verwijzing ontbreekt soms de kennis op specialistische terrein om een goede afweging te kunnen maken welke zorg nodig is. Deze expertise kan via dergelijke teams worden ingevlogen.

61 Opvallend is dat veel gemeenten aangeven dat deze advies- en consultatieteams (nog) niet werken zoals beoogd; er wordt onvoldoende gebruik van gemaakt. Gemeenten zetten dan ook in op meer bekendheid van deze teams. Wat de achtergrond is van dit minder gebruik is onduidelijk. Gemeenten verwijzen dan naar de bekendheid van de teams of dat professionals van sociale- of wijkteams niet de toegevoegde waarde ervan inzien. Aanbieders geven aan ook de meerwaarde van advies- en consultatieteams te zien. Zij geven aan met inzet van advies- en consultatieteams betere verwijzingen te ervaren.

Aanbieder: "Hoe kouder de verwijzing, hoe eerder we terug moeten dat de verwijzing niet goed is."

Gemeente: “Komt een jeugdconsulent er niet uit welke aanbieder het meest passend is, dan kan gebeld worden met de zorgcoördinator van de aanbieders zelf of wordt met collega’s en/of kwaliteitsmedewerkers van de gemeente afgestemd.”

Voorbeeld specialistisch team

Vijf specialistische aanbieders hebben drie specialistische jeugdteams opgezet die in drie regio’s actief zijn. In deze teams werken de aanbieders samen om integrale zorg te leveren aan jeugd tot 23 jaar; ambulant en dichtbij. De financiering is aan de achterkant geregeld, met gemeenten en zorgverzekeraars. De aanbieders hebben een gezamenlijke caseload en gebruiken een integrale benadering voor ingewikkelde multi-problematiek. De aanbieders gebruiken elkaars kennis, wat ook de kennis van de individuele aanbieders weer vergroot. Er is een indicatiecommissie die bepaalt of een casus in het specialistische team komt, of in reguliere zorg komt. De specialistische teams hebben goed contact met wijkteams. Een knelpunt is dat wederzijds vertrouwen moet worden opgebouwd.

4.4 Tijdige afschaling zien partijen als belangrijke knop, maar er zijn nog knelpunten die tijdige afschaling belemmeren

62 Zowel aanbieders als gemeenten zien tijdige afschaling als een belangrijke sturingsvariabele. Zowel gemeenten als aanbieders noemen diverse knelpunten die tijdige afschaling in de weg staan:

- a. Bij doorverwijzing naar specialistische hulp raken jeugdigen uit beeld bij de wijkteams. Diverse aanbieders geven aan dat de regierol vanuit gemeenten en of wijkteams nog onvoldoende ingevuld lijkt. Hierbij is van belang dat gemeenten aangeven dat de werkdruk bij wijkteams

hoog is. Professionals leggen in dat geval prioriteit bij ondersteuning en behandeling. Zij hebben vervolgens dan minder tijd voor het uitvoeren van de beoogde regierol;

- b. Aanbieders ervaren niet altijd de mogelijkheid om op verantwoorde wijze terug te schalen. Vaak betreft het dan de afwezigheid van adequate nazorg, of praktische zaken als: huisvesting, opleiding of dagbesteding. Verschillende medewerkers van sociale of wijkteams geven daarentegen aan dat ze (bijna) geen vraag krijgen van specialistische jeugdhulp om kinderen af te schalen naar hen.
- 63 Er ontstaan wel initiatieven en nieuwe producten gericht op het snel kunnen afschalen:
- a. Contractueel vastleggen dat aanbieders moeten aantonen dat er contact is met wijkteams, waardoor ze elkaar beter kunnen vinden in de op- en afschaling;
 - b. Er zijn ideeën om behandeling los te koppelen van de wooncomponent, mede vanuit de gedachte dat dit samenwerking meer in de hand werkt.

Gemeentelijke verwijzer: “De meeste jeugdhulptrajecten duren een jaar. Bij noodzaak tot op- of afschalen neemt de zorgaanbieder contact op met de ouders en het Sociaal Plein. Dan kan de jeugdconsulent zo nodig een verlenging geven of bij uitbreiding een nieuwe beschikking afgeven. Om het voor de ouders zo min mogelijk belastend te maken is het niet altijd noodzakelijk daarvoor weer een gesprek in te plannen.”

4.5 Verwijzers nemen beslissingen over in-, door- en uitstroom op basis van inhoud

64 In dit onderzoek hebben we met verschillende verwijzers gesproken: een aantal verwijzers vanuit de gemeentelijke toegang (al dan niet belegd bij basis- of wijkteams, centra voor jeugd en gezin, of aparte jeugdpleinen), een tweetal gecertificeerde instellingen en een huisarts.

65 In alle gesprekken met deze ‘verwijzers’ bevestigen zij dat ze beslissingen over het verwijzen op basis van inhoudelijke afwegingen nemen. Verwijzers ervaren geenszins dat gemeenten hierop (proberen te) sturen. Dit beeld sluit aan bij een recent verkennend onderzoek naar zorg voor kinderen met ADHD²¹.

Een jeugdconsulent bij een gemeente: “Is de inschatting dat een gezin de zorg waarvoor een beschikking is afgegeven niet zelf zal opzoeken dan ondersteunt de jeugdconsulent hen daarin en pakt de regisseursrol in die casus om ervoor te zorgen dat de juiste zorg wordt ingezet. Ook vindt bij deze complexere casuïstiek doorgaans meer monitoring plaats. In samenspraak met de zorgaanbieder monitort de jeugdconsulent dan het gezin. Onderscheid op monitor- en niet-monitorzaken is een professionele inschatting.”

²¹ Gepaste zorg voor kinderen met ADHD. Verkennend onderzoek naar de verschillen in aanpak voor kinderen met ADHD. Argos advies, 2016.

Verwijzer gemeentelijke toegang: “Met ouders die bij ons zwaardere zorg eisen dan nodig wordt goed in gesprek gegaan. Inhoudelijke onderbouwing is daarbij belangrijk. Wij gaan niet meer toekennen dan nodig. Mochten ouders toch meer willen, dan zijn er in deze gemeente veel particuliere praktijken waar gezinnen heen kunnen, maar waar ze ook zelf opdraaien voor de kosten. Bij een huisarts kan het zijn dat deze ouders het wel gedaan krijgen de zwaardere zorg te ontvangen, omdat deze doorgaans makkelijker doorverwijst.”

Huisarts: “Er wordt op basis van de expertise van een tweedelijns instelling een passende keuze van verwijzing gemaakt voor de problematiek die speelt bij de jeugdige. Ook de locatie van de instelling speelt een rol bij de afweging waarheen te verwijzen.”

66 Sommige gemeenten proberen verwijzers in de gemeentelijke toegang wel kostenbewust te maken, door hen inzicht te geven in wat de kosten zijn van verschillende trajecten. De jeugdprofessionals die in de gemeentelijke toegang werken geven echter aan daar in hun werkzaamheden niet bij stil te staan.

Een jeugdconsulent bij een gemeente: “In de afwegingen voor passende zorg spelen budgetten geen rol voor de jeugdconsulent. Er wordt ingezet wat nodig is, ongeacht de kosten. In de registratie moet inhoudelijk verantwoord worden welke zorg geleverd wordt.”

Gemeentelijke verwijzer: “Twee tot drie keer per jaar presenteert de gemeente de resultaten en overzichten. Het is informerend. Er zijn geen consequenties aan verbonden, maar als het geld op is kan er geen zorg meer worden ingezet. Medewerkers moeten dus kritisch naar de zorg kijken. Met name bij niet zo complexe zorg, zodat meer kinderen geholpen kunnen worden. Complexe gevallen moeten echt de zorg krijgen die ze nodig hebben. Hulpverleners hebben nooit eerder naar de kosten hoeven te kijken, dus ze zijn zich er niet van bewust.”

Gemeente: “De tarieven van aanbieders mogen ze zelf vaststellen, binnen bepaalde bandbreedtes. De aanbieders hebben dan ook verschillende tarieven. Verwijzers weten dat wel, maar sturen er niet op wanneer zij verwijzen.”

4.6 Samenvatting bevindingen casestudies

67 Hierboven zijn de belangrijkste bevindingen uit de casestudies beschreven en op verschillende plekken aangevuld met quotes en voorbeelden. Uit deze bevindingen blijkt dat gemeenten op verschillende niveaus (proberen te) sturen. Zo kunnen gemeente sturen op operationeel (bijvoorbeeld: op casusniveau invloed uitoefenen in de vorm van wachtlijstbemiddeling bij specialistische jeugdhulp), tactisch niveau (bijvoorbeeld periodieke informatievoorziening richting verwijzers of huisartsen) of strategisch niveau (bijvoorbeeld het instellen van een consultatie- en adviesteam bij complexe verwijzingen). Wij zien het

operationele, tactische of strategische niveau niet als strikt te scheiden niveaus, maar eerder als een continuüm van mogelijke sturingsinstrumenten door gemeenten.

68 Bij wijze van samenvatting vatten we de resultaten van de casestudies samen in twee overzichten waarin we verschillende niveaus van sturing inzichtelijk maken. Het eerste overzicht bevat voorbeelden van ‘sturing’ van gemeenten gericht op het aanbod en de instroom van jeugdigen. Het tweede overzicht bevat voorbeelden van sturing van gemeenten gericht op door- en uitstroom (inclusief afschaling). Per overzicht maken we onderscheid tussen verschillende actoren.

4.6.1 *Overzicht voorbeelden van sturing door gemeenten gericht op het aanbod van jeugdhulp en op de instroom*

In onderstaand overzicht (tabel 4) staan voorbeelden van hoe gemeenten aangeven te sturen op (specialistisch) jeugdhulpgebruik, waarbij de focus ligt op de instroom en het zorgaanbod. Daarbij wordt duidelijk op welke actoren deze vormen van sturing (primair) gericht zijn. Tevens wordt duidelijk dat

bepaalde actoren nadrukkelijker in beeld zijn bij gemeenten (zoals: huisartsen en aanbieders) dan andere actoren (zoals: medisch specialisten en gecertificeerde instellingen). De vraag is ook of het wenselijk is als gemeente op alle actoren te (proberen te) sturen. Daarnaast valt op, dat gemeenten vooral op tactisch niveau acteren. Met name in de vorm van interventies gericht op betere afstemming en samenwerking tussen de actoren.

Actoren	Sturing door gemeenten		
	Operationeel	Tactisch	Strategisch
Gemeentelijke toegang		<ul style="list-style-type: none"> • Kennismaking tussen wijkteams en specialistische bovenregionale jeugdhulp organiseren: versterken vertrouwensband; • Een aantal keer per jaar presenteert de gemeente overzichten met resultaten. Ook gericht op kostenbewustzijn in besef van schaarste van middelen; • Verstrekken van productcatalogussen; 	<ul style="list-style-type: none"> • Consultatie- en adviesteam voor verwijzers;
Huisarts		<ul style="list-style-type: none"> • Verbindingsofficier: investering in de relatie tussen gemeente en huisartsen; • Intentieverklaring huisartsen en gemeente: elkaar 	<ul style="list-style-type: none"> • POH-Jeugd bij huisartsen, gefinancierd door gemeente en/of andere financiers (provincie): deze voert enkelvoudige ambulante GGZ-zorg uit en verwijst door

		<p>meer opzoeken;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Een spiegelgroep van huisartsen denkt namens de huisartsen mee met de gemeente over het lokale stelsel; • Jeugdprofessionals van de gemeente met een opdracht om actief huisartsen te benaderen voor samenwerking en daarin de meerwaarde hiervan aan te stippen; 	naar aanbieders indien nodig;
Gecertificeerde instelling		<ul style="list-style-type: none"> • Werkgroep gericht op gecertificeerde instellingen voor betere afstemming met gemeenten; 	<ul style="list-style-type: none"> • Drangtrajecten: van specialistisch casemanagement tot ondersteuning/advisering van lokale teams;
Medisch specialist			
Zorgaanbieder	<ul style="list-style-type: none"> • Een aanbieder moet na verwijzing naar hen een zorgarrangement indienen bij de toegang van de gemeente: de gemeente heeft nog invloed op de inschaling van een bepaald profiel; 	<ul style="list-style-type: none"> • Consultatie en advies onderdeel van inkoopcontracten; • De regio maakt met een grote specialistische GGZ-aanbieder afspraken over het maximaal aantal kinderen dat deze aanbieder maandelijks op mag nemen. Deze aanbieder kijkt hierdoor kritisch naar welke kinderen zij opnemen of bij andere aanbieders terecht kunnen; 	<ul style="list-style-type: none"> • Geen onderscheid tussen GGZ, LVB en J&O qua inkoopmethodiek; • Overlegtafels met aanbieders en gemeente over de inrichting van het zorglandschap en de te maken keuzes; • Aanbieders moeten zich op kwaliteit bewijzen. Dat komt tot uiting in bekostigingssystematiek (prestatiebekostiging), garantieregeling en cliëntevaluaties op de site van de

			gemeente;
Ouders	<ul style="list-style-type: none"> • Inzichtelijk maken aan ouders van door de gemeente gemaakte kosten voor het gezin middels brief; 	<ul style="list-style-type: none"> • Cliëntenevaluaties op de website van de gemeente in de toekomst; 	
Overig		<ul style="list-style-type: none"> • Monitoring van zorggebruik om excessen op te sporen en om daarover in gesprek te gaan; • Tweemaandelijks bekijkt de regio de productie per gemeente. Daarin zijn verwijspatronen per gemeente inzichtelijk. Op basis hiervan voert de regio gesprek om inzicht te krijgen in mechanismen om op te sturen; • Een regionaal toetsingsteam licht op bepaalde momenten in het jaar dossiers door bij gemeenten de manier van afwegingen maken te inventariseren. 	

Tabel 4. Overzicht voorbeelden van sturing door gemeenten gericht op aanbod en instroom

4.6.2 Overzicht voorbeelden van sturing door gemeenten gericht op door- en uitstroom

69 In onderstaand overzicht (tabel 5) staan voorbeelden van de wijze waarop gemeenten aangeven te sturen op (specialistisch) jeugdhulpgebruik, waarbij de focus ligt op de door- en uitstroom van cliënten. Met dit overzicht

maken we duidelijk op welke actoren deze vormen van sturing (primair) gericht zijn. Daarbij is te zien dat bepaalde actoren nadrukkelijker in beeld zijn bij gemeenten (met name de aanbieders) dan andere actoren (zoals: medisch specialisten en gecertificeerde instellingen). Opvallend is dat gemeenten relatief veel verwachten van de prikkels die uitgaan van de gekozen bekostigingsmethodiek. Met name van prikkels die aanbieders

aanzetten tot (waar mogelijk) zo snel mogelijk afschalen van relatief zware specialistische jeugdhulp naar lichtere vormen. Zoals eerder in dit hoofdstuk besproken, ervaren partijen in dit proces nog de nodige knelpunten.

70 In een rondetafelsessie met de gemeenten die deelnamen aan het onderzoek kwam verder naar voren dat gemeenten in de nabije toekomst onder andere meer willen inzetten op het meer bij elkaar brengen van de specialistische zorg en gemeentelijke jeugdprofessionals, met als inzet dat

zorg van beide kanten beter op elkaar wordt afgestemd. Ook willen gemeenten meer inzetten op het verkrijgen van meer sturingsinformatie in de vorm van cijfers over zorggebruik van aanbieders.

Onderstaande tabel 5 geeft een overzicht van voorbeelden van sturing door gemeenten gericht op door- en uitstroom.

Actoren	Sturing door gemeenten		
	Operationeel	Tactisch	Strategisch
Gemeentelijke toegang		<ul style="list-style-type: none"> Afspraak met de wijkteams om capaciteit te reserveren voor kinderen die vanuit specialistische aanbieders terugkomen; 	
Huisarts		<ul style="list-style-type: none"> Verbinding van (gemeentelijke) gezinscoaches aan een huisartsenpraktijk; 	
Gecertificeerde instelling		<ul style="list-style-type: none"> Werkafspraken tussen Gecertificeerde Instelling en de Jeugd- en gezinscoaches over het moment van afschaling; 	
Medisch specialist			

Zorgaanbieder

- Organisatie kennismaking tussen wijkteams en specialistische bovenregionale jeugdhulp met als doel het versterken van de vertrouwensband;
- Een aanbieder verantwoordelijk maken voor het resultaat in een hulptraject;
- Bij opschaling naar specialistische aanbieders maakt het basisteam afspraken over uitstroom en nazorg door het voorliggend veld.

Keuze bekostigingssystematiek:

- P*Q met omzetplafond per aanbieder (plafonds als prikkel om snel af te schalen);
- Resultaatbekostiging in combinatie met trajectfinanciering (prikkel om snel te stoppen of af te schalen). Op basis van integrale resultaatstarieven en 12 maanden garantieregeling: cliënt kan terug naar aanbieder als doelen niet behaald zijn. 50% van tarief wordt niet betaald als doelen niet zijn behaald;
- Lumpsum financiering met bandbreedtes (tot op zekere hoogte prikkel om binnen de lumpsum te blijven);
- Hanteren van omzetplafonds voor verblijfszorg met daarbij geen beperking op de inzet van ambulante zorg. De regio stuurt hiermee op de afschaling van zorg met verblijf en (dure) specialistische hulp;
- Bestuurlijk aanbesteden met contracten voor onbepaalde tijd. Dit geeft aanbieders prikkels om in overleg te gaan met gemeenten en andere actoren gericht op bijvoorbeeld zorgvernieuwing;
- Relatief hoog tarief voor basis-GGZ, in

			vergelijking tot specialistische GGZ zorgt voor prikkel om waar mogelijk af te schalen naar basis-GGZ.
Ouders	<ul style="list-style-type: none"> Gemeente wijst ouders op 'garantieregeling' (kunnen terug naar aanbieder als de 'klachten of de problemen' binnen 12 maanden terugkeren). 		
Overig			

Tabel 5. Overzicht voorbeelden van sturing door gemeenten gericht op door- en uitstroom

5. Conclusies

71 Dit exploratieve onderzoek heeft als doel inzicht te verkrijgen in verschillen tussen gemeenten in het gebruik van specialistische vormen van jeugdhulp. Deze doelstelling valt uiteen naar de volgende onderdelen, die op verschillende plekken in deze rapportage aan de orde zijn geweest:

- a. Inzicht verkrijgen in verschillen in gebruik van specialistische jeugdhulp tussen gemeenten (hoofdstuk 2);
- b. Leren waar hoger en lager gebruik van specialistische hulp mee samenhangt (voornamelijk hoofdstuk 3);
- c. Inzicht verwerven in de stuurbaarheid van deze specialistische jeugdhulpvraag (voornamelijk hoofdstuk 4).

72 In dit hoofdstuk beschrijven we per onderdeel de belangrijkste conclusies.

5.1 Inzicht in verschillen in gebruik van specialistische jeugdhulp

73 Voor dit onderdeel hebben we gekeken naar verschillen tussen gemeenten en de vergelijking tussen Nederland en andere landen. Uit de deskresearch komt naar voren dat er soms sterke verschillen in jeugdhulpgebruik zijn tussen gemeenten, maar achter de cijfers schuilt soms een genuanceerder beeld of bestaan duidelijke verklaringen (zie ook 5.2 en 5.3). Mogelijke verklaringen voor verschillen zijn:

- a. Het aantal jeugdigen;

- b. de rol van ouders;
- c. Sociaal Economische factoren als aantallen eenoudergezinnen, armoede, psychische gezondheid of uitkeringssituatie;
- d. het historische gebruik;
- e. de aanwezigheid van een locatie van een jeugdhulpaanbieder;
- f. keuzes van gemeenten over de wijze van sturing.

74 Een internationale vergelijking, om het jeugdhulpgebruik in Nederland in een breder perspectief te beschouwen, blijkt lastig. De beschikbare onderzoeken zijn beperkt. Daarnaast zijn de stelsels soms duidelijk verschillend, zijn registraties van zorggebruik verschillend of hanteren landen andere definities. Daarmee is het binnen het kader van dit onderzoek niet mogelijk om een uitspraak te doen over het jeugdhulpgebruik in Nederland in vergelijking met andere landen.

5.2 Factoren waar hoger en lager gebruik van specialistische hulp mee samenhangen

75 Voor dit onderdeel hebben we onderzocht welke factoren het gebruik van specialistische hulp beïnvloeden. Jeugdhulpgebruik lijkt, naast het aantal jongeren in een gemeente, ook samen te hangen met sociaal economische factoren (SES-factoren). Dit is eerder geconstateerd tijdens de opzet van het objectief verdeelmodel. Uit de kwalitatieve analyses van dit onderzoek blijkt dat het percentage kinderen in bijstandsgezinnen van alle variabelen die zijn meegenomen in de analyses, het sterkst samenhangen met de verschillende afhankelijke variabelen (zie ook hoofdstuk 3). Gemeenten waar relatief veel

kinderen in gezinnen die in de bijstand leven, hebben over het algemeen te maken met een groter aandeel van de kinderen/jongeren in hun gemeente die jeugdhulp (al dan niet met verblijf) of jeugdbescherming gebruiken. Hieruit leiden we af dat lagere SES-factoren tot een hoger jeugdhulpgebruik leiden. Daarmee is de huidige omvang van jeugdhulpgebruik ook historisch bepaald. Er ligt derhalve een prikkel bij gemeenten om zich meer te richten op bijvoorbeeld armoedebestrijding en arbeidsparticipatie indien gemeenten het gebruik van (specialistische) jeugdhulp wil beperken.

76 Uit onze analyses blijkt ook dat de aanwezigheid van een locatie van een aanbieder van specialistische jeugdhulp samenhangt met de omvang van de jeugdhulp met verblijf of jeugdbescherming. Daar waar een behandel- of verblijfslocatie in een gemeente aanwezig is, zien we een hoger zorggebruik dan in gemeenten waar geen locatie aanwezig is. Mede vanwege de definitie van het woonplaatsbeginsel voor voogdijkinderen die in een instelling verblijven, zien we dat in de gemeenten waar een instelling is gevestigd en waar sprake is van instellingsvoogdij een duidelijk hoger gebruik. De oorzaak lijkt in dat geval niet zozeer de aanwezigheid van de instelling, maar vooral de definitie van het woonplaatsbeginsel. In de casestudies geven enkele gemeenten echter ook andere een verklaring, namelijk dat belangrijke verwijzers zoals huisartsen gewend zijn om naar deze (voor hen lokale, op korte afstand gevestigde en bekende) aanbieders te verwijzen. Gemeenten geven aan dat het vooralsnog lastig is om dergelijke patronen, meestal gebaande paden gebaseerd op de werkwijze in het verleden, te doorbreken.

5.3 Stuurbaarheid specialistische zorg en sturing door gemeenten

77 Voor dit derde onderdeel hebben we onderzocht in hoeverre het gebruik van specialistische jeugdhulp 'stuurbaar' is en hoe gemeenten het begrip sturing operationaliseren.

78 De stuurbaarheid van gespecialiseerde jeugdhulp is in de ogen van de gemeenten beperkt. Zo wijzen gemeenten ook op de samenhang van jeugdhulpgebruik met lage SES-factoren en historisch gebruik. Ook geven aanbieders aan dat, zeker bij specialistische jeugdhulp zoals hulp bij zware verslavingsproblematiek, ook sprake kan zijn van toeval. Vanwege zogenoemde 'haarden' (zware verslavingsproblemen zijn lang niet altijd geïsoleerde gevallen) worden bepaalde gemeenten soms geconfronteerd met onverwacht (tijdelijke) hoge vraag naar deze zorg. Sommige regio's mitigeren dergelijke risico's door onderling financieel solidair te zijn. In andere regio's is dat niet het geval.

79 Hoewel gemeenten aangeven dat de omvang van specialistische jeugdhulp lastig te beïnvloeden valt, blijken gemeenten wel degelijk te proberen het gebruik en de vernieuwing van gespecialiseerde jeugdhulp te beïnvloeden. Hierbij hanteren gemeenten een breed scala aan sturingsarrangementen, waarbij financiële sturingsinstrumenten de overhand hebben en waarbij sturing door overleggen en aanvullende afspraken (*soft controls*) wel steeds belangrijker worden. Gespecialiseerde jeugdhulp neemt

hierbij geen bijzondere positie in, sturing op deze categorie jeugdhulp is gelijk aan de overige jeugdhulp.

80 Gemeenten zetten actief in op huisartsen als belangrijke verwijzer van jeugdhulp. De GI's als belangrijke verwijzer zijn wel in beeld bij gemeenten. Het gesprek met de GI's over de verwijspatronen komt echter beperkt van de grond, zeker in vergelijking met het gesprek met andere verwijzers zoals de huisarts.

81 Gemeenten en aanbieders zien tijdige afschaling als een belangrijke sturingsvariabele. Uit de casestudies blijken er nog diverse knelpunten te liggen. Er liggen voor gemeenten nog volop kansen om op het thema 'tijdige afschaling' verbeteringen te realiseren.

82 Er zijn verschillende voorbeelden waarbij gemeenten regio-overstijgend in gesprek zijn met aanbieders over inhoudelijke vernieuwing van het zorgaanbod. Focus is daarbij niet altijd om het specialistische jeugdhulpgebruik terug te dringen, maar ook om het anders vorm te geven (bijvoorbeeld combinaties van residentiële en ambulante hulpverlening).

83 Het effect van het gemeentelijk handelen op jeugdhulpaanbieders en zorgaanbod is op dit moment nog moeilijk te duiden. De gemeenten hebben de afgelopen 2 jaar prioriteit gelegd bij het organiseren en inregelen van het nieuwe stelsel en zijn minder toegekomen aan vernieuwing van het stelsel. De voorbeelden van vernieuwing die wij in dit rapport noemen, zijn vooral uit 2016 en zullen pas in de komende jaren effect sorteren.

A. Casestudies gemeenten

Het kwalitatieve onderzoek heeft geresulteerd in negen casestudies van gemeenten en/of jeugdzorgregio's. Per gemeente en/of jeugdzorgregio zijn meerdere interviews gehouden met:

- a. Beleidsadviseur jeugd/maatschappij, inkoopmanager, regioprojectleider jeugd, regionaal inkoopadviseur, financieel adviseur regionale inkoop, coördinator CJG (interviews zijn met één of meerdere personen tegelijk gehouden);
- b. Verwijzers:
 - i. Gemeente (wijkteam, CJG, jeugdprofessional, jeugdbeschermer, jeugd- en gezinscoach, jeugdconsulent);
 - ii. Huisarts;
 - iii. Gecertificeerde instelling.
- c. Aanbieders van specialistische jeugdhulp.

Het eerste interview was altijd met de gemeente. Aan de gemeente is gevraagd namen en contactgegevens door te geven van een verwijzer in de regio en van een belangrijke aanbieder van jeugdhulp. De focus in de interviews was gericht op onderwerpen als:

- a. De inrichting van het lokale zorglandschap en de rol van specialistische jeugdhulp daarbinnen:
 - i. Keuzes die gemaakt zijn en de prikkels die ervanuit (dienen te) gaan.
- b. Hoe de toeleiding is georganiseerd;
- c. Samenwerking en transformatie;

- d. Op- en afschalen;
- e. Stuurbaarheid van specialistische jeugdhulp;
- f. Interventies van gemeenten gericht op verwijzers en gebruik van specialistische jeugdhulp;
- g. Belangrijkste knelpunten en focus voor de komende tijd.

De interviews waren semigestructureerd, waardoor het mogelijk was om afhankelijk van de gemeente al dan niet dieper op bepaalde onderwerpen in te gaan. Daardoor zijn niet overal alle onderwerpen even diepgaand gesproken.

Van elk interview is een verslag gemaakt. Per gemeente is een factsheet gemaakt met belangrijke kenmerken van het lokale zorglandschap, hoe is ingekocht en wordt bekostigd, evenals de belangrijkste focus van de gemeente gericht op zorggebruik van specialistische jeugdhulp.

Tenslotte is een rondetafelbijeenkomst gehouden met vertegenwoordigers van de gemeenten en regio's die in dit onderzoek zijn geïnterviewd. De nadruk van deze bijeenkomst lag op het valideren en duiden van de opgehaalde onderzoeksresultaten.

Casus gemeente A



Inrichting & situatie (lokaal) zorglandschap

- Gemeente heeft elf teams, gericht op alle inwoners (van alle leeftijden);
- Taken teams: preventie, signalering, casusregie, zorgtoeleiding, lichte ambulante hulp;
- Medewerkers wijkteams zijn gedetacheerd vanuit aanbieders of instellingen;
- Gemeente is verantwoordelijk voor opleiding en kennisontwikkeling;
- Consultatie en advies is geen apart product. Kan wel worden ingezet, ook vanuit specialistische jeugdhulp. Kan dan op een product worden geboekt;
- Er is een expertpool (apart ingekocht product), maar deze wordt nauwelijks benut. Basisteams zien toegevoegde waarde niet. Gemeenten willen expertpool een belangrijke rol laten spelen in triage;
- Keuze aanbieder ligt bij de ouders. In de praktijk in samenspraak met professionals;
- Gemeente heeft een gecertificeerde instelling.



Inkoop

- Alle jeugdhulp is regionaal ingekocht. Met uitzondering van bovenregionale zorg (samen met twee buurregio's);
- Bovenregionale producten zijn: JeugdzorgPlus en specifiek aanbod. Lijst met producten is door aanbieders bepaald;
- Inkoop: 2016 is Europees aanbesteed op basis van inhoud;
- Voor tarief is een bandbreedte afgesproken;
- Zorgaanbieder bepaalt zelf het tarief, deze is openbaar.



Bekostiging

- P*Q met voor 'bedden' (gedeeltelijk) gegarandeerd budget. Voor ambulante producten niet;
- Trajectfinanciering, inclusief nazorg;
- Gemeenten hebben volledige onderlinge solidariteit afgesproken. Zowel voor ZIN als PGB;
- Verevening aan het eind van een jaar op basis van inleg. In 2015 was budget over. Dit jaar wordt tekort verwacht.



Focus en interventies gericht op zorggebruik

- Gemeente probeert met wijkteams de verwijzingen naar de gemeente te trekken;
- Er is een transformatieplan pleegzorg; er is een visie op de transformatie van de intensieve specialistische zorg; er is een transformatieplan en plan van aanpak dyslexiezorg. Deze plannen zijn door de zorgaanbieders in opdracht van de regiogemeenten opgesteld.
- Transformatieplan voor bovenregionale zorg is in de maak in samenwerking met buurregio's;
- Gemeente doet verwoede pogingen met huisartsen in gesprek te komen. Gemeente zet in op pilots POH-jeugd;
- Pilot met Virtual Reality (VR) om kinderen bij opname toch in eigen omgeving naar school te laten gaan;
- Naar de mening van aanbieder hebben gemeenten geen goed beeld wat ze willen bereiken;
- Regiogemeenten proberen met zorgverzekeraar in gesprek te komen. Gericht op meer integrale vraagstukken zoals 18+ ervaren geen 'open houding';
- Bezig met pilots/projecten over afschaling;
- GI biedt drangtrajecten aan, variërend van specialistische casemanagement tot ondersteuning/advisering van lokale teams.



Casus gemeente B



Inrichting & situatie (lokaal) zorglandschap

- In regio zijn drie uitvoeringsdiensten verdeeld over de gemeenten: er werken jeugdconsulenten met verschillende achtergronden;
- In voorliggend veld zijn diverse instellingen richtend op preventie: onder andere het CJG, samen georganiseerd met de jeugdgezondheidszorg;
- Jeugdconsulenten zijn de poortwachters naar (gedwongen) hulp en geven beschikkingen voor alle vormen van jeugdhulp. Zij leveren geen zorg of begeleiding;
- Jeugdconsulenten voeren regie bij gezinnen die dit nodig hebben. Ze zetten onder andere zorg in en houden toezicht op voortgang van hulp. Deze regierol wordt voornamelijk uitgevoerd bij multiprobleem-gezinnen;
- Er zijn enkele locaties van grote specialistische aanbieders (GGZ, LVB en J&O) in de regio. Zeer specialistische vormen van hulp (JeugdzorgPlus, BOPZ bedden en academische zorg) is niet aanwezig in de regio;
- Gemeente gaat samen met Veilig Thuis de crisisdienst vormgeven.



Inkoop

- Alle jeugdhulp regionaal ingekocht, geen bovenregionale afstemming;
- Inkoop via openbare aanbestedingsprocedure;
- Inkoop op ambulante of residentiële zorg (geen dbc's): geen afspraken over (klinische) capaciteit. Alleen bij JeugdzorgPlus afspraken over beschikbare plaatsen;
- Geen afspraken over aantallen kinderen in voorzieningen. Specialistische zorg wordt ruim ingekocht. Bij vraag naar niet gecontracteerde zorg, wordt eerst bekeken of er een vergelijkbaar aanbod bij een gecontracteerde aanbieder is.



Bekostiging

- P*Q met richtinggevend budget per zorgvorm;
- Geen trajecten, maar op basis van inspanning (geleverde zorg);
- Met aanbieders voor J&O waren er subsidieafspraken maar dat is per 2017 inkoop (P*Q) vanuit de regionale inkoop en contractbeheer organisatie;
- Er is toezicht op uitnutting budget per aanbieder.



Focus en interventies gericht op zorggebruik

- Er is een consultatie en adviesteam GGZ met lokaal bekende personen. Wordt veel gebruikt door huisartsen en jeugdconsulenten;
- Afspraken gemaakt met huisartsen (ongeveer 60 in betreffende gemeente en 150 in de regio) via huisartsgroepen en jeugdartsen;
- Huisartsen sturen cliënten door naar de uitvoeringsdienst als het een probleem op meerdere domeinen betreft;
- Verbindingsofficier is bij nagenoeg alle huisartsen op bezoek geweest als investering in de relatie tussen gemeente en huisartsen;
- Er is een intentieverklaring getekend door huisartsen en gemeente om elkaar meer op te zoeken en meer informatie te delen;
- Er staat beschreven bij welke zorgaanbieders de gemeente heeft ingekocht en waar de huisartsen en andere verwijzers naartoe kunnen verwijzen;
- Zetten met aanbieders in op zorg leveren op één locatie. Geen onderscheid tussen GGZ, LVB en J&O bij inkoop;
- Gemeente zet in op monitoring van zorggebruik om excessen op te sporen;
- Dominante GGZ-aanbieder zet in op intensive hometreatment, op eigen initiatief ontwikkeld;
- Er zijn overlegtafels met aanbieders van specialistische jeugdhulp over de inrichting van het zorglandschap;
- De kosten die door de gemeente betaald worden voor het gezin worden inzichtelijk gemaakt voor ouders via de beschikking.



Casus gemeente C



Inrichting & situatie (lokaal) zorglandschap

- Gemeente heeft vier wijkteams: twee netwerkteams, twee teams van Buurtzorg Jong;
- Wijkteams doen ook begeleiding en ambulante hulpverlening;
- Bij netwerkteams zijn de medewerkers gedetacheerd vanuit aanbieders;
- Er is een backoffice die beschikkingen en administratie afhandelt. Controleert ook behandelplannen en geeft op aanvraag consultatie en advies;
- Ouders hebben keuzevrijheid;
- Gemeente heeft veel geïnvesteerd in relatie met huisartsen. Er zijn afspraken over doorverwijzing: enkelvoudige problematiek verwijzen huisartsen door, bij meervoudige problematiek via de wijkteams;
- Gemeente heeft zoekmachine ontwikkeld om de juiste aanbieder te vinden.



Inkoop

- Bovenregionale gespecialiseerde jeugdhulp regionaal ingekocht;
- Totaal voor jeugdhulp circa 180 aanbieders gecontracteerd;
- Consultatie en advies is onderdeel van inkoopcontracten. Aanbieders moeten eerste 30 minuten zonder factuur aanbieden;
- Bij inkoop zijn er vier kavels gehanteerd, onder andere J-GGZ en residentieel.



Bekostiging

- P*Q waarbij budgetplafonds per kavel.



Focus en interventies gericht op zorggebruik

- Gemeente heeft beeld dat de meeste instroom voor bovenregionale jeugdhulp van de GI komt;
- In de praktijk wordt weinig gebruikgemaakt van consultatie en advies;
- Communicatie en vloeiende overgang 18- en 18+ is minimaal;
- Afschaling vanuit specialistische zorg naar wijkteams is minimaal;
- De volgende vormen van jeugdhulp worden komende periode nader bekeken: ernstige enkelvoudige dyslexie, PGB's en zorgboerderijen;
- Wijkteams willen meer inzicht in wat specialistische bovenregionale jeugdhulp doet en organiseren daartoe uitwisseling;
- Regionaal en lokaal is contractmanagement ingericht om sturing op aanbieders te versterken.



Casus gemeente D



Inrichting & situatie (lokaal) zorglandschap

- Gemeente heeft Jeugd en gezinscoaches (JGC). Zij hebben vier taken: regievoering, coaching, voorveldcoaching, doorverwijzing;
- Inzet 'drang' is verschillend. Varieert tussen JGC's en gemeenten;
- Verantwoordelijkheid voor generalistische scholing ligt bij de gemeenten, voor 'diepteschooling' bij de aanbieders;
- Inzet specialistische hulp gaat met name via huisarts en via doorverwijzing vanuit een andere aanbieder (ook vanuit de Gecertificeerde Instelling);
- Bij afschaling van cliënten gaat het 'gewoon' terug naar de jeugd en gezinscoaches.



Inkoop

- JGC's zijn als product door de regio ingekocht;
- Alle hulp wordt regionaal ingekocht;
- Maken nu stap naar inkoop van trajecten: enkelvoudig, meervoudig en meervoudig complex.



Bekostiging

- Bekostiging vindt plaats op basis van de oude modellen, P*Q;
- Budgetplafonds waren ingesteld en zijn inmiddels enigszins losgelaten;
- Maken stap naar werken met prognoses.



Focus en interventies gericht op zorggebruik

- Sinds begin 2016 zijn gesprekken over transformatie op gang gekomen;
- Gemeente werkt aan transformatieagenda gespecialiseerde hulp samen met drie regio's in de omgeving. Thema's zijn onder andere crisis, 'gat' tussen zwaarste ambulante traject- en residentiële opvang, pleegzorg, gezinshuizen en uitstroom;
- Idee is te werken met consultatie en adviesteams om eerdere triage mogelijk te maken;
- Zijn bezig te bepalen wat de minimale capaciteit moet zijn;
- Samen met aanbieders wordt gewerkt aan nieuwe bekostigingsmodellen;
- Aansluiting met onderwijs wordt door aanbieder als dilemma ervaren;
- Er zijn afspraken over 17+ plan;
- Organiseren 'ontmoeting tussen specialistische aanbieders en JGC's om vertrouwen te creëren en daardoor snellere afschaling te bereiken;
- Aanbieder probeert steeds flexibeler te kunnen op- en afschalen;
- Familienetwerkberaad vindt in de praktijk nauwelijks plaats.



Casus gemeente E



Inrichting & situatie (lokaal) zorglandschap

- Gemeente heeft twaalf sociale wijkteams bestaand uit een kernteam voor indicatiestelling en beschikkingen en een uitvoeringsteam;
- Wijkteams (circa acht professionals/team) bedienen alle inwoners van 0-100 jaar;
- Er zijn vier uitvoeringsteams, die in meerdere sociale teams actief zijn. Zij geven ondersteuning en begeleiding, geen behandeling en therapie. Gedragswetenschapper is onderdeel van het uitvoeringsteam, evenals gezinscoaches die indien nodig regie kunnen voeren;
- Professionals in wijkteam zijn gedetacheerd vanuit instellingen en aanbieders;
- Wijkteams kunnen gebruikmaken van een adviseringsteam;
- In inkoopcontracten is mogelijkheid van 'consultatie en advies' vanuit de specialistische hulp opgenomen. Wordt weinig gebruik van gemaakt;
- Gezinscoaches doen ook 'drangtrajecten' (met coaching vanuit de GI). Daardoor liggen er veel zware casussen bij het wijkteam;
- Ouders hebben keuzevrijheid in welke hulp wordt ingezet.



Inkoop

- 'Maatwerkdiensten' (specialistische jeugdhulp) worden regionaal ingekocht;
- Consultatie en advies is als product ingekocht bij aanbieders.



Bekostiging

- Aanbieders worden P*Q bekostigd;
- Gemeente hanteert (nog) geen budgetplafonds;
- Gemeenten heeft een overschrijding van 40% ten opzichte van uitkering uit gemeentefonds over de gehele breedte van de jeugdhulp;
- Budgetten zijn op wijkniveau verdeeld (op basis van kenmerken van de wijk);
- Er is inzichtelijk welke hulp wordt ingezet en wat de uitputting is.



Focus en interventies gericht op zorggebruik

- 20% van de jeugdhulpverwijzingen komt van de kinderartsen;
- Er wordt overwogen of er in plaats van generalisten ook specialisten worden ingezet in de wijkteams;
- Groot verloop onder wijkteamprofessionals doordat er steeds voor een jaar wordt ingekocht. Nu wordt geprobeerd voor langere periode contracten af te sluiten;
- Aan de grote huisartsenpraktijken zijn gezinscoaches verbonden. In het verleden was BJJ al 'aangesloten' op de huisartsenpraktijken;
- Wijkteams maken weinig gebruik van de mogelijkheid tot consultatie en advies.



Casus gemeente F



Inrichting & situatie (lokaal) zorglandschap

- Toegang binnen gemeente verloopt via jeugdprofessionals (23 fte) bij CJG;
- Jeugdprofessionals (hbo+) hebben diverse achtergronden, veelal voordien bij aanbieders werkzaam geweest;
- Jeugdprofessionals zijn gedetacheerd vanuit een regionale organisatie;
- Jeugdprofessional inventariseert hulpvraag, en zoekt passende zorg of hulp. Bepaalt samen met gezin de maatschappelijke doelen;
- Jeugdprofessionals verlenen zelf intensieve dagbesteding, lichte GGZ-ondersteuning en ambulante zorg. Geen behandeling. Overige zaken voor aanbieders;
- Eén aanbieder verantwoordelijk voor resultaat (te behalen doelen). Geen objectief toetsingskader voor vaststellen hiervan. Ligt bij de jeugdprofessional (subjectief oordeel);
- Indien nodig haalt aanbieder andere expertise erbij (onderaannemerschap);
- Indien zwaardere zorg nodig blijkt, moet aanbieder eerst naar gemeente;
- Aanbieders vinden het lastig doelen te bepalen en te meten en zien problemen met de privacy (in relatie tot vaststellen doelen);
- Geen afstemming met buurregio's over specialistische jeugdhulp;
- Verantwoordelijkheid beschikbaarheid wordt bij aanbieders gelegd;
- Gemeenten in regio werken met onderlinge solidariteit om uitschieters op te vangen;
- Regionale samenwerking via een zorginformatie- en inloopteam;
- Regionale website met info over kwaliteit zorgaanbieders (keuze informatie).



Inkoop

- Regionale inkoop. Met ongeveer 200 aanbieders in de regio is een contract afgesloten;
- Jeugdprofessionals zijn regionaal via één contract ingekocht voor alle gemeenten;
- JeugdzorgPlus wordt bovenregionaal ingekocht.



Bekostiging

- Resultaatbekostiging, op basis van integrale resultaatstarieven;
- Arrangementen inclusief doelen worden per cliënt vastgesteld aan de hand van negen cliëntprofielen en vier zorgzwaartes (in totaal 36 trajecten);
- Aanbieders niet gelukkig met snelle overgang naar arrangementen. Overzien financiële risico's onvoldoende;
- 12 maanden garantieregeling: cliënt terug naar aanbieder indien doelen niet zijn behaald;
- 50% van tarief wordt niet betaald als doelen niet zijn behaald;
- Lumpsum financiering en dbc's zijn afgeschaft;
- Voor hoog complexe zorg die boven het budget gaat, zijn aparte tariefafspraken gemaakt (bijvoorbeeld OBC en klinische GGZ).



Focus en interventies gericht op zorggebruik

- Gemeente werkt met resultaatbekostigingssysteem voor jeugdhulp. Dit prikkelt aanbieders tijdig te stoppen met behandelen;
- Na verwijzing moet aanbieder een zorgarrangement indienen bij de toegang van gemeente. Jeugdprofessional heeft daarbij de mogelijkheid alsnog in een lager profiel in te schalen;
- Er is een expertteam met specialisten uit de niet vrij toegankelijke zorg, dat door doorverwijzers geconsulteerd kan worden;
- Jeugdprofessionals zijn nog zoekende naar wat ze zelf kunnen oppakken en wanneer opschaling naar aanbieders nodig is. Tijdsdruk speelt ook mee;
- Gemeente zet sterk in op het meekrijgen van de huisarts in het zorglandschap;
- Gemeente monitort het zorggebruik (aantallen en kwaliteit) en gebruikt informatie van GGD-onderzoek en CBS-productiecijfers;
- Gemeente wijst ouders op garantieregeling.



Casus regio/gemeente G



Inrichting & situatie (lokaal) zorglandschap

- Toegang via wijkteams (soms specialist of POH onderdeel van team);
- Sommige gemeenten financieren POH-jeugd medewerkers die bij huisartsen zitten. Deze voert enkelvoudige ambulante GGZ uit en verwijst door naar aanbieders indien nodig. Is intermediair tussen huisarts en wijkteam;
- Er is een werkgroep gericht op de gecertificeerde instellingen;
- De ervaringen met aanbieders worden (nog) niet bijgehouden;
- Gemeenten binnen regio verevenen overschrijdingen van de budgetten niet met elkaar. Geen solidariteit. Er is wel een gezamenlijk macrobudgetplafond en een budgetplafond per zorgaanbieder.
- Specialistische aanbieders werken op verschillende manieren met elkaar samen (onder andere in teams gericht op integrale zorg tot 23 jaar, met name multi-problematiek, dicht op cliënten). Ook is er binnen de crisishulp een samenwerking tussen vier aanbieders met een gezamenlijke voordeur;
- Lokale populatieverschillen zorgden voor enorme uitschieters bij enkele gemeenten.



Inkoop

- Lokaal worden preventieve taken ingekocht;
- Specialistische jeugdhulp wordt regionaal ingekocht;
- Bepaalde vormen specialistische jeugdhulp (klinische GGZ, waaronder verslavingszorg, LVG-4 en -5 en eetstoornissen) en JeugdzorgPlus wordt bovenregionaal (met 2 regio's) ingekocht;
- Regionale inkoop via Zeeuws model: aanbieders die aan de eisen voldoen krijgen contract.



Bekostiging

- P*Q met budgetplafonds;
- Voor bovenregionale deel willen regio's lumpsumfinanciering (komt onvoldoende van grond);
- Aanbieder mag binnen bandbreedte prijzen bepalen. Verwijzers inzicht in prijzen aanbieders;
- Regio zet voor 2018 in op arrangementsfinanciering. Bij dit traject worden aanbieders betrokken via informatiebijeentkomsten en marktconsultaties;
- Ook bestaat de ambitie om generalistische zorg te financieren op basis van populatiebekostiging en specialistische zorg op casusniveau.



Focus en interventies gericht op zorggebruik

- De budgetplafonds waren bedoeld om te sturen. Ze veroorzaken volgens de gemeente echter alleen maar verschuivingen en wachtlijsten;
- Regionaal zorgen budgetplafonds wel voor een prikkel bij zorgaanbieders om tijdig af te schalen;
- Momenteel worden de intramurale voorzieningen in regio's in kaart gebracht en wordt gekeken naar de huisvestingskosten;
- Nieuw product voor kortdurende ondersteuning beschikbaar: advies bij een aanbieder of zorgaanbieder zet aantal korte sessies in (wordt nauwelijks gebruikt);
- Aanbieders van 'crisisbedden' krijgen alleen financiering voor een 'bezet bed'. Daardoor prikkel bij deze aanbieder om bedden bezet te houden;
- Gemeente en regio zetten in op arrangementsfinanciering. Aanbieders betrokken via informatiebijeentkomsten en marktconsultaties;
- Specialistische aanbieders ervaren spagaat tussen samenwerken en het eigen belang van de organisatie;
- Gemeenten vragen specialistische aanbieders om namen van kinderen, maar worstelen met de privacy;
- Aanbieders met budgetoverschrijding moeten zich bij gemeente verantwoorden. Maar over- of onderscheiding van budget voor dure specialistische verslavingszorg is volgens aanbieder 'puur toeval' en hangt samen met aanwezigheid van zogenaamde haarden;
- Ervaringen met POH Jeugd bij huisarts zijn positief. Eerste resultaten laten een daling zien van verwijzingen naar de tweede lijn met zo'n 30%.



Casus regio H



Inrichting & situatie (lokaal) zorglandschap

- Gemeenten binnen regio richten zelf de toegang in. Gebeurt op verschillende manieren: van het hebben van gespreksvoerders voor het afgeven van beschikkingen tot grote wijkteams die zelf jeugdhulp leveren;
- Aantal grote specialistische zorgaanbieders aanwezig in de regio, inclusief een aantal die landelijk actief zijn;
- Regiobureau fungeert als betaalrelatie met aanbieders namens alle gemeenten. Samenwerking gemeenten in regiobureau zorgt voor snelle kennisdeling;
- Specialistische aanbieders in de regio hebben naast deze specialistische voorzieningen ook een voorliggende (ambulante) voorziening in de regio;
- Gemeenten verevenen onderling, regio's niet;
- Alle gemeenten spannen zich in om goede contacten met huisartsen tot stand te brengen, maar samenwerking vergt nog veel inzet.



Inkoop

- Deel specialistische jeugdhulp wordt regionaal ingekocht;
- Met andere regio's worden bepaalde vormen van specialistische jeugdhulp bovenregionaal ingekocht (JeugdzorgPlus, vormen van J&O, OBC's en crisisopvang). Afweging op basis van beschikbaarheidsfunctie en risico's;
- Bestuurlijk aanbesteden met contracten voor onbepaalde tijd;
- Inhoudelijke werkgroepen met aanbieders om op basis van transformatiedoelstellingen contractvoorstellen voor te bereiden;
- Contractrelatie loopt via één gemeente (namens andere gemeenten). Betaalrelatie via regio.



Bekostiging

- P*Q met budgetplafonds (verblijf); P*Q ambulante.



Focus en interventies gericht op zorggebruik

- Regiobureau monitort zorgvraag (regionaal en bovenregionaal ingekocht). Ontwikkelpunt: ook activiteiten van lokale teams monitoren als onderdeel van de keten;
- Afgelopen jaar goede ervaringen met een werkgroep met GGZ-aanbieders en huisarts ten aanzien van screening aan de voorkant. Doel is passende behandeling en daling kosten GGZ door gericht onderscheid maken tussen instellingen die zwaardere behandelingen doen en naar verhouding 'lichtere' zorgvragen doorverwijzen naar andere aanbieders;
- Een werkgroep met EED-aanbieders en onderwijs heeft aanpak vermindering zorgvolume en samenwerking onderwijs voorbereid door afspraken over screening door lokale teams. Ook zijn daar afspraken gemaakt voor vervanging dbc's door uurtarief per 1 januari 2017;
- Inzet SOH-er (spreekuur ondersteuner huisarts) bij huisarts: medewerker van specialistische GGZ-aanbieder die zich hiervoor hebben aangemeld om gericht door te verwijzen dan wel lichtere zorgvragen op te vangen. Gefinancierd met budget provincie voor transformatie. Aanneمة van regio is dat SOH-er zorgt voor juiste GGZ-zorg voor jeugdige waardoor kosten GGZ afnemen. Daarnaast stimuleert SOH-er de verbinding tussen huisartsen en wijkteams;
- Regio hanteert omzetplafonds voor verblijfszorg. Aanbieders hebben daarnaast geen beperking om ambulante zorg in te zetten. Dit zorgt voor een prikkel bij aanbieders en daarmee stuurt de regio op tijdige afschaling van zorg met verblijf en dure specialistische hulp die in grote GGZ-instellingen wordt geleverd.
- Na onderzoek eenvormige tarieven voor ambulante J&O en LVB, onderzoek naar opbouw kosten om tot integrale tarieven verblijf J&O en LVB te komen;
- Regio monitort zorgstapeling van verschillende trajecten tegelijkertijd;
- Regio wordt geconfronteerd met relatief veel instellingsvoogdij-kinderen van buiten regio. Voert op landelijk niveau discussie hierover. Geeft aan dat het feit dat kosten van jeugdigen met instellingsvoogdij niet bij zending gemeente liggen een drempel kan zijn voor transformatie en jeugdhulp dicht bij huis.



Casus gemeente I



Inrichting & situatie (lokaal) zorglandschap

- Gemeente werkt met twee basisteams (jeugd- en gezinsteams) die zijn ondergebracht bij de bredere welzijnsorganisatie;
- Medewerkers van deze teams zijn aanwezig op de 'vindplaatsen', zoals: scholen, peuterspeelzalen en bij de politie;
- CJG is het fysiek inlooppunt en de toegang voor de basisteams;
- Mensen bij basisteams zijn voormalig medewerkers van aanbieders en BJZ (grotendeels hbo+);
- Basisteams doen lichte hulp- en zorgverlening zelf. Maakt afweging om zelf op te pakken, door aanbieder of in combinatie;
- Huisartsen sturen steeds meer door naar de basisteams;
- Er zijn regionale zorgbemiddelaars die overzicht houden op het aanbod en op waar plek is. Bij ¼ van de vragen wordt deze ingeroepen door verwijzers;
- Regionale aanbieder ziet weinig eenduidigheid in regionaal beleid. Gemeente vraagt om transformatieplannen, maar aanbieder kan deze niet aan een eenduidige visie ophangen;
- Doorstroom of afbouw lukt nu niet altijd omdat voorzieningen of de basisteams vol zitten.



Inkoop

- Inkoop via bestuurlijk aanbesteden: iedereen die aan eisen voldoet kan een contract krijgen, maar er moet wel vraag zijn;
- Regionaal 120-130 aanbieders gecontracteerd;
- JeugdzorgPlus wordt bovenregionaal ingekocht;
- Welzijnsorganisatie die basisteam jeugd en gezin organiseert krijgen een subsidie toegekend, ook voor preventiebeleid.



Bekostiging

- Lumpsum financiering voor grote aanbieder: aanbieders krijgen een vast bedrag op basis van historisch gebruik (voor 2016 op basis van gebruik 2014);
- Er bestaat een bandbreedte van 80-120% van de historische aantallen: daarbinnen is het risico of voordeel voor de aanbieder. Onder 80% moet aanbieder terugbetalen en boven 120% moet aanbieder in gesprek met gemeente of mogen ze doorverwezen kinderen weigeren;
- Kleine aanbieders (tot twee ton) op basis van P*Q.



Focus en interventies gericht op zorggebruik

- Door lumpsum financiering ligt de verdeling tussen grote aanbieders grotendeels vast, maar die is niet optimaal. Gemeente onderhandelt nu met aanbieders om het aandeel tussen aanbieders te herverdelen. Dat is een lastig traject vanwege de belangen van de aanbieders;
- Lumpsum financiering geeft prikkels om tijdig af te schalen. Maar ook om zwaardere zorg af te stoten. Zo wilden aanbieders bepaalde afdelingen sluiten, zonder gemeente hierover in te lichten. Gemeente is nu hierover met aanbieders in gesprek;
- Er zijn gesprekken van gemeente met aanbieders over wachttijden en wachtlijsten. Aanbieders zijn gewend om met wachtlijsten te werken en komen moeizaam tot een verbeterplan;
- Gemeenten leveren verwijzers (basisteammedewerkers, huisartsen en GI's) lijsten met het aanbod van aanbieders, inclusief de wachtlijsten. Het basisteam geeft aan dit overzicht niet te hebben en te moeten rondbellen als een kind geplaatst moet worden;
- Gemeente heeft voor de transitie een convenant met huisartsen gesloten. Er is een spiegelgroep van huisartsen die namens hen meedenkt met gemeente over het lokale stelsel;
- Lumpsum financiering geeft prikkels om tijdig af te schalen;
- Bij opschaling naar specialistische aanbieders maakt het basisteam afspraken over uitstroom en nazorg door het voorliggend veld.