

**Beschikbaarheid
van schaarse
voorzieningen
in de jeugdhulp**



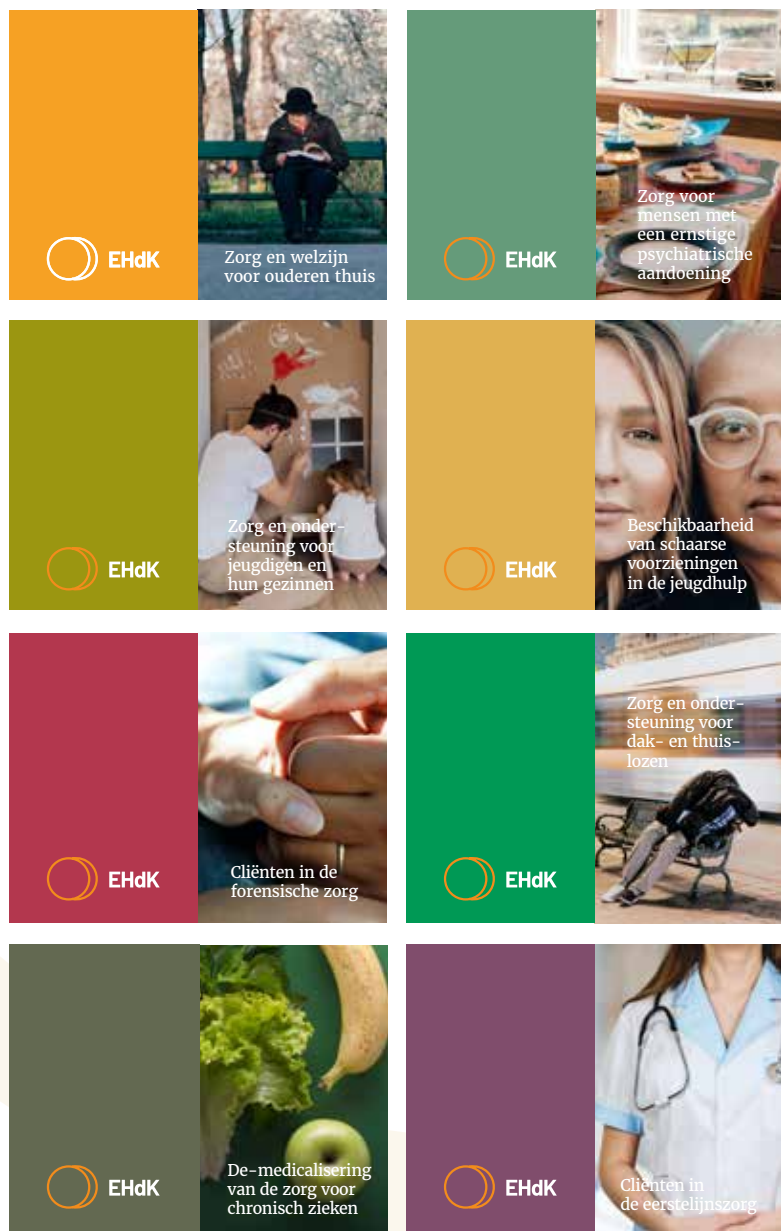
editie nr. 4

4 / 8

Institutionele uitdagingen in de Nederlandse gezondheidszorg

Beschikbaarheid van schaarse voorzieningen in de jeugdhulp

Er zijn acht thema's. Hieronder vindt u het overzicht van alle edities.



Inhoud

Institutionele uitdagingen in de Nederlandse gezondheidszorg	6
1. Voorbeeldcasus	9
2. Inleiding	11
3. Schaarste – een maatschappelijk probleem	17
4. Stelselwijziging als duurzame oplossing	25
5. Aan de slag	31
6. Slotwoord	35
7. Bronnenlijst	36

Institutionele uitdagingen in de Nederlandse gezondheidszorg

Op 13 mei schreef staatssecretaris Maarten van Rooijen in een brief aan de Tweede Kamer dat de marktwerking in de jeugdhulp en de decentralisatie van 2015 schadelijke gevolgen heeft gehad voor kinderen met ernstige problemen. En dat terwijl beschikbaarheid van zorg voor de meest kwetsbare kinderen en gezinnen juist van groot belang is. Hij kondigt daarom verschillende maatregelen aan. Eén hiervan is het centraler organiseren van 'specialistische zorg' - waarmee een deel van de decentralisatie feitelijk wordt teruggedraaid.

Op veel Europese en internationale ranglijsten staat Nederland in de top wanneer het aankomt op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de gezondheidszorg.¹²³⁴ Daar mogen we trots op zijn. De tomeloze inzet van talloze zorgmedewerkers speelt hierin een cruciale rol. Met deze publicatie over de beschikbaarheid van schaarse voorzieningen in

de jeugdzorg willen wij als EHdK bijdragen aan het debat over praktische oplossingen en invulling. Wij komen in ons werk bij EHdK met enige regelmaat 'institutionele uitdagingen' in de gezondheidszorg tegen. Dit zijn uitdagingen waarin het gezondheidszorgsysteem onvoldoende passend is ingericht om goede zorg voor cliënten te kunnen garanderen. Het ontbreekt daarbij niet aan de wil en inzet van professionals, maar aan harmonie tussen verschillende componenten.

Bijvoorbeeld wanneer verwachtingen van cliënten of patiënten niet in lijn zijn met het beleid van de overheid. Of wanneer zorgverzekeraars en gemeenten voor dezelfde doelgroep naadloos langs elkaar heen werken in plaats van samenwerken en zo – onbedoeld – problemen veroorzaken. De afgelopen jaren zijn wij dit fenomeen bij acht thema's in de gezondheidszorg tegengekomen.

Bij elk thema zijn er uitdagingen die betrokken partijen niet kunnen oplossen met beter of meer beleid, meer financiële middelen of nog harder werkende professionals. Er is meer nodig. Samen met tien (voormalige) bestuurders uit de gezondheidszorg hebben wij gezocht naar wat er aan de hand is en wat praktische oplossingen zouden kunnen zijn.

Het gaat om:

- Zorg en welzijn voor ouderen thuis (oktober 2020)
- Zorg voor mensen met een ernstige psychiatrische aandoening (december 2020)
- Zorg en ondersteuning voor jeugdigen en hun gezinnen (juni 2021)
- **Beschikbaarheid van schaarse voorzieningen in de jeugdhulp**
- Cliënten in de forensische zorg
- Zorg en ondersteuning voor dak- en thuislozen
- De-medicalisering van de zorg voor chronisch zieken
- Cliënten in de eerstelijnszorg

Deze publicatie valt nauw samen met de aangedragen oplossing in de brief van de staatssecretaris. Met de betrokken bestuurders zijn wij reeds een inspirerende discussie gestart. Wij zijn hen zeer dankbaar voor hun bijdrage. Wat ons betreft is deze denkrichting een eerste stap. Graag zetten we de discussie met u voort!

Hopelijk tot ziens, namens het hele team bij EHdK

<i>Brian Esselaar</i>	<i>Merel Blans</i>
<i>Nadine de Kort</i>	<i>Julie Glazener</i>
<i>Pim Candel</i>	<i>Yara Khalil</i>
<i>Jenneke Aartsen</i>	<i>Teun Soederhuizen</i>
<i>Jos Smeenge</i>	<i>Kim Huijzendveld</i>
<i>Sofia Rapsaniotis</i>	



-1-

Voorbeeldcasus

Sabrina, een meisje van 14 jaar, heeft sinds haar vroege pubertijd problemen met haar gewicht. Over de jaren heen heeft ze een negatief zelfbeeld ontwikkeld.

Dit is nu zo erg dat ze gelooft dat het belangrijk is om steeds minder te eten zodat ze nog meer afvalt. Inmiddels heeft ze een gewicht bereikt dat naar normale maatstaven als medisch onverantwoord zou worden bestempeld. Toch is Sabrina nog niet tevreden.

Ze heeft steeds meer moeite om op gewicht te blijven. Nadat ze voor de tweede keer in één maand is flauwgevallen, trekt haar moeder Agnes bij de huisarts aan de bel. De huisarts stelt vast dat Sabrina een eetstoornis heeft en geeft aan dat het belangrijk is dat zij en haar moeder nu externe hulp krijgen.

Deze hulp komt tot stand en op gang, maar alle inspanning en goede zorgen van de betreffende professionals blijken tevergeefs. Sabrina blijft gevaarlijk mager en

volhardt in haar pogingen om af te vallen. Haar moeder maakt zich nu nog meer zorgen. De zorgaanbieders geven met zoveel woorden aan het ook niet meer te weten. Wat nu?

Met Sabrina gaat het steeds minder goed. Door alle omstandigheden gaat ze ook nog maar twee keer per week naar school. Haar moeder heeft onbetaald verlof genomen omdat ze het niet aandurft om haar dochter lang alleen thuis te laten. Ze wonen in een appartement in Harderwijk waar ze na een echtscheiding drie jaar geleden zijn ingetrokken. Ook geldproblemen beginnen nu mee te spelen.

Vera, een sociaal-maatschappelijk werker bij het wijkteam Harderwijk, is de casemanager van Sabrina. Ze heeft de casus een half jaar geleden van een collega overgenomen die van baan is gewisseld. Zelf is ze zeven maanden zwanger

van haar eerste kind. De casus van Sabrina gaat haar aan het hart, en ze spant zich enorm in om een passende behandeling voor haar te zoeken. Na veel ge-email en gebel vindt ze een kliniek in Utrecht.

Dit lijkt op het eerste gezicht de ideale behandelplek voor Sabrina, maar helaas is er sprake van een wachttijd van zes maanden. Deze kliniek verwijst Vera door naar een instelling in Lelystad waar ze wel gelijk plek voor haar hebben. Hoewel het aanbod van deze aanbieders op de website lijkt op wat er al is geprobeerd, is Sabrina na de intake positief. De gemeente Harderwijk heeft echter geen contract met deze aanbieder in Lelystad; er moet nu een zogenaamd maatwerkcontract worden opgesteld. Door de drukte bij de aanbieder blijft dit contract onbedoeld liggen.

Het beleid bij de aanbieders is – door schade en schande geleerd – dat de behandeling pas kan beginnen als het contract in

orde is. Het is onduidelijk wanneer Sabrina kan starten met de behandeling. Inmiddels is Vera met zwangerschapsverlof. De casus van Sabrina is overgedragen aan wijkteam-collega Hans. Hij komt erachter dat de behandeling nog steeds niet is gestart en onderneemt actie. Uit ervaring weet hij dat er een goede eetstoorniskliniek in Leiden zit, zonder wachtlijst. De moeder van Sabrina maakt zich echter zorgen: het was toch rond met de organisatie in Lelystad? Daarnaast is Leiden een eind reizen voor Sabrina, en weet ze niet hoe ze die reiskosten moet betalen. Hans geeft aan dat dit de opties zijn en dat de moeder van Sabrina een keuze moet maken.

Ten einde raad en op advies van de praktijkondersteuner van de huisarts zoekt Sabrina's moeder verder binnen de gemeente. Uiteindelijk wordt ze doorverwezen naar de zogenaamde programma-manager Transformatie van de regio Flevoland die het Landelijk Expertise Team inschakelt.

-2-

Inleiding

Iedereen voelt aan dat deze gang van zaken – ondanks alle goede bedoelingen van betrokkenen – Sabrina niet gaat helpen. Terwijl iedereen bezig is met doen wat nodig is, wordt de situatie voor Sabrina en haar moeder steeds moeilijker. Het is een voorbeeld uit de praktijk van alledag in de Nederlandse jeugdhulp, vooral als het gaat om de meer bijzondere jeugdhulp⁵.

In Nederland wordt veel gesproken over de kwaliteit en toegankelijkheid van jeugdhulp. De kranten staan er vol van en de politiek loopt er van over. Kwetsbare jongeren en gezinnen hebben te veel en te vaak te maken met wachtlijsten, gemeenten en aanbieders zeggen structureel te weinig geld te hebben voor een gedegen hulpaanbod. Bijna iedereen is het er over eens dat het vooral voor jongeren en gezinnen met complexe problemen allemaal veel te ingewikkeld is geworden.

In aanvulling hierop is er nu ook discussie over “hoe het nu verder moet met de jeugdhulp”. Er is weliswaar extra geld toegezegd, maar ook daarover is discussie en in elk geval komt dit met nieuwe regels en voorwaarden. Het moet anders en vooral beter.

Zonder andere onderdelen van de jeugdhulp tekort te willen doen, zijn het naar ons idee vooral de casussen als die van Sabrina waarvoor oplossingen moeten worden gevonden. Vooral als de gevolgen voor het leven en de gezondheid van betrokkenen in gevaar is, is het nodig om snel actie te ondernemen. Daarbij denken we aan:

- jongeren die een gevaar zijn voor zichzelf of voor anderen;
- situaties waarin kinderen en jongeren in gevaar zijn door anderen, en/of
- situaties waarin (medische) behandeling noodzakelijk of acuut nodig is.

Deze publicatie gaat over de beschikbaarheid van deze bijzondere vormen van jeugdhulp.⁶

Wat bedoelen we met 'bijzondere jeugdhulp'?

Zo'n vijf procent van alle kinderen die jeugdhulp ontvangen kan worden geschaard onder de noemer 'bijzondere jeugdhulp'. Enerzijds betreft dit kinderen, jongeren en gezinnen met problemen op meerdere 'levensdomeinen'. In veel gevallen spelen de problemen zich hierbij niet alleen af bij het kind, maar in het hele gezin.

Meestal is er sprake van armoede, schulden, huiselijk geweld/ relationeel geweld, verwaarlozing, mishandeling en/of verslavingsproblematiek. Vaak in combinatie met ernstige gedragsproblemen, mentale en/of somatische problematiek, soms in combinatie met een licht verstandelijke beperking. Anderzijds betreft het kinderen en jongeren waarbij vooral minder alledaagse problemen spelen. Denk aan jongeren of kinderen met een geestelijke stoornis of met aangeboren problematiek, of aan zaken die (zeer) gespecialiseerde hulp behoeven.

Bijzondere jeugdhulp in de praktijk

Onder bijzondere jeugdhulpvormen valt een palet aan behandelingen. Sommigen hiervan vinden plaats in een behandelsetting bij een aanbieder. Denk hierbij aan een verblijf waarbij het verblijf, de scholing en de behandeling zijn gecombineerd, aan een behandelcentrum voor een specifieke doelgroep of aan een jeugd-

ggz-kliniek. Andere behandelvormen vinden ambulante – niet plaatsgebonden – plaats. Denk hierbij aan intensieve behandelingen thuis, zoals ter voorkoming of verkorting van een uithuisplaatsing. Voorbeelden hiervan zijn Multisysteemtherapie (MST), Intensive Home Treatment (IHT) en Jeugd FACT.

Als het gaat om jeugdhulp in het algemeen is iedereen het erover eens dat een zogenaamd 'dekkend zorglandschap' belangrijk is. Met dit beleidsmatige begrip wordt bedoeld dat er voor iedere zorgvraag van een kind, jongere of gezin snel passende hulp beschikbaar is. Als het gaat om de meer eenvoudige zorgvragen is dit best goed geregeld. In de meeste gemeenten is inmiddels een overaanbod van zaken als huiswerkbegeleiding, dagbesteding, naschoolse dagopvang, keukentafelgesprekken, gezinscoaching, allerlei directe hulpvormen vanuit wijkteams en enkelvoudige psychologische en psychosociale hulp. Natuurlijk spelen ook daar problemen, maar in het algemeen zijn gemeenten goed in staat hiervoor het hulpaanbod vorm te geven⁷.

Voor de meer bijzondere zorg is deze situatie anders. Daar is de juiste hulp lang niet altijd op het juiste moment beschikbaar, ondanks alle pogingen van professionals, aanbieders en gemeenten om dit voor elkaar te krijgen.

We zien onder meer dat aanbieders van gespecialiseerde jeugdhulp worstelen met het vinden en behouden van personeel. Daarnaast hebben ze vaak hoge administratieve lasten, en voeren ze soms eindeloze discussies met gemeenten en verwijzers over welke behandeling goed is voor de jongeren en wat dit mag kosten. Ook gemeenten worstelen hiermee. De hulpvraag betreft een kleine doelgroep waar weinig tot geen beleid voor is. De behandelingen zijn meestal erg kostbaar. En gemeenten kunnen met zoveel opties soms ook niet goed beoordelen welk aanbod nu echt nuttig en nodig is. Tot slot verlopen de gesprekken tussen gemeenten en aanbieders vaak stroef. Dit alles maakt dat er steeds meer (en langere) wachtlijsten ontstaan. Met als gevolg dat de problemen voor kinderen, jongeren en gezinnen niet worden opgelost – en dat er steeds meer problemen bij komen. Dit moet worden doorbroken.

Van uitdagingen naar duurzame verbetering

In 2020 maakte in Nederland 429.000 jongeren onder de 23 gebruik van jeugdhulp. Dit zijn één op de tien jongeren. Voor ongeveer vijf procent⁸ is deze bijzondere, weinig voorkomende jeugdhulp nodig. In totaal zijn dat 20.000 jongeren. Opvallend is dat het hier

gaat om ongeveer vijftwintig procent van de geïndiceerde kosten voor de jeugdhulp.

En als we alle andere kosten erbij optellen, dan gaat het zelfs om dertig tot veertig procent van de kosten van de jeugdhulp.

Hoewel het dus weinig voorkomt, gaat het wel over heel veel geld.

Dat het stelsel hier niet goed werkt?

Dat is achteraf gezien eigenlijk geen verrassing. Het zijn voor de meeste gemeenten (gelukkig) slechts enkele gevallen per jaar, als het er niet minder zijn. Deze gevallen

komen zo weinig voor dat de gemiddelde gemeente er niet of nauwelijks mee in aanraking komt. Het (logische) gevolg is dat er meestal geen kennis over is, dat er geen beleid voor is gemaakt en dat deze zorgvormen niet expliciet worden meegenomen in de inkoop.

Het zijn tegelijkertijd wel dure zorgvormen. Dus áls er een gezin, kind of jongere is die deze hulp nodig heeft, dan is er aandacht voor. Maar vaak wel met ongewenste uitkomsten.

We hebben hier dus te maken met een kleine groep kwetsbare kinderen, jongeren en gezinnen, met hoge maatschappelijke kosten, waarbij het om allerlei redenen ingewikkeld is om de benodigde zorg te organiseren. We zijn het er allemaal over eens dat kwetsbare

jongeren de hulp verdienen die ze nodig hebben. Niemand ontkent dat hier iets aan gedaan moet worden. De vraag is alleen: wat moet er nu precies gebeuren – en hoe?

Over dit onderwerp is door commissies van wijzen, werkgroepen en denktanks al veel nagedacht. Er zijn al veel ideeën en suggesties voor wat er moet gebeuren, en ook in het regeerakkoord is hier inmiddels een denklijn over aangegeven. De nu opgenomen tekst in het regeerakkoord is dat deze vormen van jeugdhulp ‘centraler’ moeten worden ingekocht. Wat dit precies inhoudt is echter niet duidelijk.

Wij denken dat de oplossing voor het beter beschikbaar maken en houden van deze bijzondere zorgvormen mogelijk is binnen het huidige stelsel.

Met een aantal aanpassingen komen we al een heel eind. Daar gaan we in deze publicatie op in. Tegelijkertijd realiseren we ons dat verandering in het stelsel, ondanks dat het bescheiden is, toch nog even zal duren. Jongeren zoals Sabrina kunnen hier niet op wachten. Daarom stellen we daarnaast een aantal pragmatische zaken voor waar elke gemeente, regio of aanbieder snel mee aan de slag kan gaan.

Uiteindelijk gaat het erom dat er voor jongeren zoals Sabrina snel een verschil kan worden gemaakt. Voordat we ingaan op onze voorstellen, belichten we eerst nog de onderliggende redenen van waarom deze bijzondere jeugdhulpvormen zo onder druk staan.



“Er is nooit sprake van één oorzaak of één oplossing”

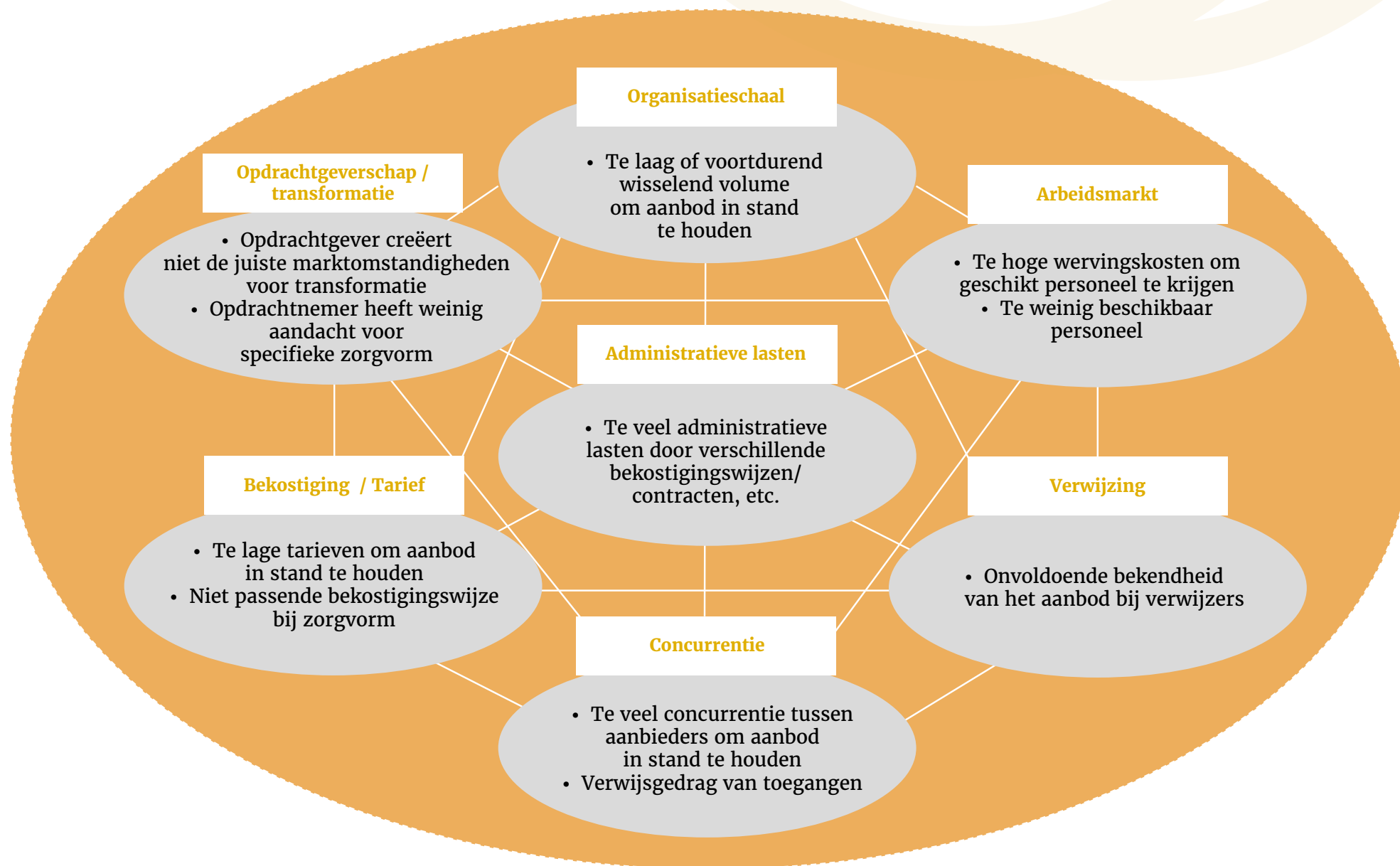
-3-

Schaarste - een maatschappelijk probleem

De onderliggende oorzaken van het tekort aan deze vormen van jeugdhulp zijn erg verschillend. Een casus zoals die van Sabrina geeft inzicht in wat de problemen kunnen zijn. In deze casus lijken veel verschillende factoren een rol te spelen. Behalve een wachtlijst spelen zaken als reistijd, spreiding van het aanbod en te weinig transparantie over het aanbod een rol. Maar ook onvoldoende ketensamenwerking tussen eerste-, tweede- en derdelijnszorg, ingewikkeldheden in de relatie met gemeenten, en de relatie tussen zorg en het sociaal domein. Er is nooit sprake van één oorzaak of één oplossing, zoals in opinie-artikelen en soms ook door beleidsmakers wordt gesuggered. Zo wordt soms gesteld dat de jeugd-ggz ‘terug moet’ naar de Zorgverzekeringswet. Of dit gaat werken is natuurlijk niet te voorspellen, maar in elk geval zijn bestaande problemen

met een dergelijke overgang niet meteen opgelost. Denk aan een personeelstekort, ondoorzichtigheid van het aanbod, niet functionerende ketensamenwerking of een slecht functionerende samenwerking met andere vormen van jeugdhulp en/of met andere onderdelen van het sociaal domein. Ook plannetjes en oplossingen, zoals die in de afgelopen jaren met enige regelmaat worden gepresenteerd, gaan niet werken. We hebben hier te maken met een institutionele uitdaging. Voordat we nadenken over oplossingen, denken wij dat het belangrijk is om eerst goed te begrijpen wat er gaande is.

Samen met een brede groep aanbieders en gemeenten hebben wij geïnventariseerd welke factoren een goed georganiseerde jeugdhulp in de weg staan. De insteek voor deze gesprekken was de vraag aan gemeenten en aanbieders bij welke zorgvormen



de continuïteit onder druk staat en/of welke zorgvormen in de afgelopen jaren – om wat voor redenen dan ook – zijn gestaakt. Samen hebben we een lange lijst van zorgvormen en de daarbij voorkomende problemen doorgenomen. En per zorgvorm hebben we besproken wat daarvan de oorzaken waren.

Er is te zeggen dat er zeven factoren van invloed zijn.

Een belangrijke constatering was dat het in nagenoeg alle gevallen om een combinatie van factoren ging. We nemen deze factoren één voor één door.

De factor **organisatieschaal** gaat over het aantal cliënten dat nodig is om een bepaalde zorgvorm te kunnen aanbieden. Dit geldt zowel voor de inhoud – het ontwikkelen en onderhouden van kennis en expertise – als voor de bedrijfs-economische kant: zijn de tarieven afdoende en worden vaste kosten voldoende gedekt?

Deze factor gaat onder meer over de investeringen in voorzieningen

en gebouwen die nodig zijn en de energie en tijd die er in innovatie, wetenschap en vernieuwing moet worden gestoken om het aanbod in stand te houden. Voor veel bijzondere zorgvormen lijkt er een relatie te zijn tussen het beschikbare tarief dat gemeenten bieden en de bedrijfseconomisch bezien daarbij behorende schaal. Te weinig (slecht betaalde) vraag betekent dat de zorgvorm onder druk komt te staan.

Onder **arbeidsmarkt** valt de mate waarin een organisatie kan beschikken over voldoende personeel met een bepaalde kennis en expertise om in het bijzondere aanbod te kunnen voorzien.

Hoewel dit in de gehele jeugdhulp speelt, gaat het hier doorgaans om meer bijzondere en schaarse expertise en kennis. Ook de mate waarin een organisatie in staat is dit personeel te werven en aan zich te binden, speelt hierbij een rol. Iedereen begrijpt dat het moeilijk wordt om de zorg te leveren als er onvoldoende personeel beschikbaar is.

Maar het perspectief dat een organisatie het al schaarse personeel kan bieden is hierbij van nog groter belang: onzekerheid over het voortbestaan van het aanbod, stoot goede professionals af. Bij de keuze voor een nieuwe werkgever wil een professional kunnen rekenen op ontwikkeling en groei in een vakgebied. Geen perspectief voor een zorgvorm, betekent een neerwaartse spiraal als het gaat om aantrekken en binden van het juiste personeel.

Onder de factor **verwijzing** wordt verstaan: de omstandigheid dat niet alle verwijzers, waaronder huisartsen maar ook de wijk- of gebiedsteams van de gemeenten (toegang), onderkennen dat een bijzondere vorm van jeugdhulp in een bepaald geval nodig is. In veel gevallen zijn er wachttijden en vertraging omdat verwijzers soms niet goed inzien wat nodig is, verkeerd doorverwijzen of – vanuit beleidsmatige optiek – eerst lichtere zorgvormen willen uitproberen. Dit laatste leidt er te vaak toe dat cliënten in een later stadium toch weer bij de zwaardere hulpvorm terechtkomen, en tegen die tijd nóg meer hulp

nodig hebben en de effecten van de hulp minder zijn. Onduidelijkheid bij verwijzers over wanneer bijzondere hulp kan worden ingezet leidt bijna altijd tot vertragingen en frustraties. Onder **concurrentie** wordt verstaan dat er in een bepaald aanbod te veel partijen zijn die zich profileren. Soms is het zo dat er te veel aanbieders zijn die onderling concurreren. Maar ook komt het voor dat aanbieders aangeven hetzelfde te kunnen doen als aanbieders die meer gespecialiseerd lijken. Tegelijkertijd kan het zo zijn dat er voor iedereen onvoldoende cliënten zijn. Door concurrentie en profilering wordt soms te onduidelijk waar cliënten het beste terecht kunnen. Ook samenwerking komt daardoor minder goed tot stand. Vanuit maatschappelijk oogpunt (keuzevrijheid) wordt het aanbod dan toch in stand gehouden, met risico's op de continuïteit van het gehele aanbod als gevolg. Hoewel dit contra-intuïtief is, geldt hierbij dat hoe meer partijen een zorgvorm mogen aanbieden, hoe ondoorzichtiger het aanbod wordt voor cliënten en verwijzers.

De factor **bekostiging en tarief** gaat over de wijze van bekostigen of over de tarieven van het aanbod. De kostprijs voor de bijzondere vormen van jeugdhulp liggen doorgaans hoger dan bij andere hulpvormen. Soms omdat tarieven gewoonweg tekortschieten, omdat er bijvoorbeeld beleidsmatig is bepaald dat deze zorgvormen moeten worden afgebouwd en dat dit een manier is om aanbieders te ontmoedigen. Sommige gemeenten bieden bijvoorbeeld één generiek tarief voor een bepaalde groep zorgvormen. Daarbij is de verwachting dat dit uitmiddelt bij de aanbieders. Als er zich dan nieuwe aanbieders melden die de meer eenvoudige zorgvormen leveren, komen er tekorten bij andere aanbieders terecht. In veel gevallen zijn de aantallen cliënten echter zo klein dat er in het geheel niet is nagedacht over de passendheid van de tariefstructuur. Niet passende tarieven voor deze bijzondere zorgvormen leiden altijd tot problemen – en maken de toegang tot hulp onnodig ingewikkeld.

Administratieve lastendruk draagt bij aan schaarste doordat het voor aanbieders vaak veel tijd kost om deze zorgvormen te kunnen leveren. Veel van deze aanbieders hebben contracten met verschillende gemeenten en regio's, die allemaal andere eisen stellen met betrekking tot de start, de verantwoording en de afrekening van behandelingen. Dit leidt tot zeer complexe bedrijfsvoering bij deze aanbieders. Veel van de behandelingen die maar op enkele plekken in Nederland worden geboden, zijn niet standaard door iedere gemeente gecontracteerd. In die gevallen moet er voor iedere cliënt een apart 'maatwerkcontract' worden afgesloten. Dit is voor alle partijen een tijdrovend proces dat soms zo ingewikkeld is, dat de hulp uiteindelijk niet tot stand komt. Gebrek aan uniformering tussen gemeenten leidt bij deze kleine groep aanbieders tot veel kosten, gedoe en vertragingen.

De factor **opdrachtgeverschap/transformatie** verwijst naar de rol die gemeenten zich in dit geheel aanmeten. Hieronder valt bijvoorbeeld de vraag of zij onderling samenwerken en afstemmen. Maar ook in welke mate zij concurrentie toestaan, hoe zij samenwerking stimuleren, of er aandacht is voor bepaalde zorgvormen, en alle aspecten die met de transformatie te maken hebben (denk bijvoorbeeld aan de overgang van de jeugdwet naar de Wmo (18-/18+) en de samenwerking tussen jeugdhulp en onderwijs). Het gaat hier om het geheel en de wijze van sturen. Zoals eerder genoemd heeft de gemiddelde gemeente onvoldoende kennis en capaciteit om de grote diversiteit van deze hulpvragen en het daarbij behorende aanbod te overzien. Wordt dit type jeugdhulp aan de markt overgelaten en stemmen gemeenten niet met elkaar af? Ofwel: is er gebrek aan opdrachtgeverschap? Dan leidt dat vrijwel altijd tot problemen.

Tragisch genoeg zijn er hulpvormen waarbij alle bovenstaande aspecten een rol spelen. De hulp voor eetstoornissen en de hulp voor slachtoffers van geweld in afhankelijkheidsrelaties zijn daarvoorbeelden van, maar helaas zien we het ook bij andere hulpvormen. Zoals gezegd gaat het in bijna alle gevallen om combinaties van factoren. Met deze constatering komen we bij de belangrijkste vraag: hoe lossen we dit op? Hiervoor zien we twee routes voor ons. Eén voor de middellange termijn in de vorm van een bescheiden aanpassing van inkoopwijze van deze zorgvormen – dit lichten we toe in hoofdstuk 4. De andere route gaat in op hoe je als jeugdhulpregio de komende tijd kan bijdragen aan het oplossen van dit probleem – hier gaan we in hoofdstuk 5 op in.



-4-

Stelselwijziging als duurzame oplossing

De beste oplossing voor dit vraagstuk is bescheiden aanpassing van de wijze van inkoop van deze zorgvormen. Bestuurlijk en politiek gezien is dit niet de snelste en meest eenvoudige oplossing. Wel is dit in onze ogen de meest effectieve oplossing waarmee de schaarste van de bijzondere jeugdhulpvormen structureel kan worden opgelost. We denken hierbij aan een landelijke contractering voor deze bijzondere jeugdhulp, waarbij:

- wordt vastgelegd wat deze vormen van bijzondere jeugdhulp zijn;
- welke aanbieders dit kunnen en mogen leveren, en
- de kwaliteit landelijk gemonitord en geborgd wordt.

Leg landelijk vast wat deze bijzondere jeugdhulp inhoudt

De eerste bouwsteen van deze oplossing is het creëren van duidelijkheid over welke

jeugdhulpvormen precies worden bedoeld en wat deze inhouden. We stellen voor dat dit landelijk wordt vastgelegd.

Hierbij kan goed worden aangesloten bij de nu al lopende processen, aangezien sommige beroepsbeoefenaren en brancheorganisaties al bezig zijn om vast te leggen wat er wordt verstaan onder bepaalde begrippen.

Wat in elk geval moet worden opgenomen is een duidelijke omschrijving van het aanbod, wat er allemaal wel of niet is inbegrepen, welke voorwaarden er worden gesteld en – zo mogelijk – wat het beoogde resultaat van de inzet van de zorg is. Daarmee wordt niet alleen het begrip 'bijzondere jeugdhulp' uitgelegd, maar wordt ook voor cliënten duidelijk waar zij recht op hebben.

Een aantal van de vormen van jeugdhulp waar nu nog vraag naar is, passen mogelijk niet meer bij de zorgvragen van morgen. Denk bijvoorbeeld aan de Jeugdzorg^{plus}, waar nu veel discussie over is en waar door professionals in het veld hard gewerkt wordt om alternatieven te ontwikkelen. Tegelijk is het niet mogelijk om alle voorzieningen voor Jeugdzorg^{plus} van de één op de andere dag te sluiten. Dit soort ontwikkelingen hebben tijd nodig, waarbij ruimte moet zijn om stapsgewijs alternatieven in te gaan zetten en een zorgvorm af te bouwen. Bij het vastleggen van wat deze zorgvormen inhouden, moet rekening worden gehouden met deze realiteit. Vooral om ervoor te zorgen dat het actuele aanbod blijft aansluiten bij de vraag. Tegelijkertijd moet het ook niet zo zijn dat een bepaalde zorgvorm door opname in de landelijke lijst voor altijd kan blijven bestaan. Hier moet dus een voorzichtige balans worden opgemaakt.

Contracteer deze zorgvormen landelijk

De tweede bouwsteen is de landelijke contractering van deze vormen van jeugdhulp. Het gaat er dan vooral om dat op landelijk niveau wordt bepaald wat precies de vraag en wat het aanbod is. Aan de hand daarvan en aan de hand van de gestelde eisen kan vervolgens worden bepaald wat een goede spreiding van het aanbod is over alle regio's. Voor deze bijzondere vormen van jeugdhulp moet worden vastgelegd welke aanbieders dat kunnen en mogen aanbieden. Daarmee ontstaat helderheid en wordt tevens voorkomen dat er te veel partijen zijn, met allerlei ongewenste uitkomsten. Wel moet ervoor worden gezorgd dat de spreiding over de regio's op orde is, bijvoorbeeld ook in relatie tot reistijden voor de cliënten. Daarnaast is het belangrijk dat de aanbieders die een contract verwerven een meerjarig perspectief hebben, iets dat ook passend is bij deze hulpvormen. Wij stellen ons hierbij voor dat door deze meer overkoepelende optiek kan worden

geborgd dat voor alle bijzondere vormen van jeugdhulp in alle regio's voldoende aanbod is. Door hier verstandig mee om te gaan kan er ook voor worden gezorgd dat er voor cliënten en gemeenten tegelijkertijd nog steeds iets te kiezen is, indien dat wenselijk is. De contractering is dus veel meer dan het doen van een aanbesteding alleen. Wij voorzien hier een intelligente en dynamische vorm van inkopen, waarbij de steeds veranderende vraag en de effecten van transformatie worden meegenomen. In het landelijk contracteren moet ook ruimte zijn om bij te sturen in de contracten, als cliënten, aanbieders en gemeenten aangeven dat daar aanleiding toe is.

Standaardiseer de verantwoording

Een derde bouwsteen is de standaardisatie van de verantwoording. We stellen voor om het administratie protocol, de verantwoordingseisen en het tarief voor deze hulpvormen te standaardiseren. Het is belangrijk dat de partijen

die landelijk gecontracteerde hulp aanbieden zich ook daarover verantwoordelijk maken. En dat het toezicht daarop gegarandeerd is. Alleen daarmee ontstaat bij alle partijen vertrouwen dat een dergelijke oplossing gaat werken. Dit gaat niet alleen over kwaliteit, maar ook over de manier waarop wordt verantwoord aan gemeenten en verwijzers, inclusief eisen over hoe naar verwijzers wordt teruggekoppeld over cliënten. Wij kunnen ons voorstellen dat het toezicht hierop ook door de landelijke inkopende organisatie wordt gedaan – de informatie uit het toezicht is dan ook weer bruikbaar voor de contractering.

De voordelen van een dergelijke aanpak in termen van administratieve lastendruk zijn naar ons oordeel erg groot. Vooral de meer gespecialiseerde aanbieders die aanbod hebben voor meerdere gemeenten en regio's hebben te maken met een extreme wirwar van regels en voorwaarden. Het standaardiseren van de eisen en

administratieve zaken voor deze (beperkte) lijst van hulpvormen is in onze ogen wenselijk, haalbaar en tegelijk een goede stap voorwaarts.

Conclusie

Bovenstaande route gaat uit van een (bescheiden) aanpassing in de huidige werkwijze. Het belangrijkste doel hiervan is om voor deze bijzondere vormen van jeugdhulp een dekkend zorglandschap te creëren. Wij denken dat het hiervoor essentieel is:

- dat duidelijk wordt wat er onder de bijzondere vormen van jeugdhulp wordt verstaan;
- dat duidelijk wordt welke aanbieders dit kunnen bieden;
- dat het toezicht landelijk wordt geregeld, en
- dat er voor deze hulpvormen standaardisatie van administratieve processen ontstaat.

De beweging naar deze meer landelijke vorm van contractering zal niettemin vragen oproepen. Gemeenten zullen van mening zijn dat een deel van de jeugdhulp er nu 'uitgelicht wordt'. Mogelijk zien ze daarbij risico's voor de aansluiting van deze zorgvormen op lokale ketens. En zitten ze ermee dat deze zorg zich dan verder onttrekt aan het zicht van de gemeenten. Hoewel hiervan enige sprake zou kunnen zijn, is de realiteit nu helaas nog somberder. Deze vormen van jeugdhulp hebben nu te weinig aandacht van de gemiddelde gemeente en jeugdhulpregio, worden gebrekkig gecontracteerd en het toezicht erop is nagenoeg ontbrekend. Het voortbestaan van deze vormen van jeugdhulp is nu echt in het geding. Er wordt te weinig in geïnvesteerd, ook omdat het perspectief onzeker is. Maar vooral in het belang van de

cliënten lijkt het verstandig om deze aanpassing nu door te voeren.

En wat had een dergelijke stelselwijziging voor Sabrina betekend, als daar vijf jaar geleden toe was besloten? Waarschijnlijk was het voor de verwijzers die haar in eerste instantie hielpen meteen duidelijk welke partijen waren aangewezen voor deze hulp. Het was dan ook mogelijk om haar direct naar de juiste behandelaar door te sturen, die zich had kunnen vastleggen op maximale wachttijden. Zowel Sabrina en haar moeder als de verwijzers hadden meer vertrouwen gehad in deze aanbieder, mede omdat ze wisten dat er landelijk streng werd toegezien op de kwaliteit en de gemaakte afspraken. En omdat de aanbieder er ook aan werd gehouden terug te koppelen aan het wijkteam, kon de aandacht van het wijkteam gericht zijn op

de bredere context en het inzetten van hulp rondom het gezin. Allemaal stappen voorwaarts.

De verwachting is echter dat deze aanpassing niet binnen enkele maanden is gerealiseerd. Om te voorkomen dat we hierop gaan wachten, bieden we in het volgende hoofdstuk oplossingen voor regio's zelf. Hiermee kunnen ze meteen aan de slag met het verbeteren van een dekkend zorglandschap.



-5-

Aan de slag

Binnen de kaders van het bestaande stelsel zijn er voor gemeenten en regio's ook goede mogelijkheden om een bijdrage te leveren aan een betere beschikbaarheid van bijzondere jeugdhulpvormen. In dit laatste hoofdstuk is een stappenplan op hoofdlijnen opgenomen om zelf, samen met de aanbieders, tot verbeteringen

te komen. Hieronder is een vijftal veelvoorkomende problemen genoemd rondom de beschikbaarheid van bijzondere jeugdhulpvormen. In de meeste regio's in het land zijn deze problemen aan de orde van de dag. Het oplossen hiervan vraagt om een gestructureerde aanpak.

Veelvoorkomende problemen

Vijf veelvoorkomende problemen bij bijzondere jeugdhulpvormen

- **Te weinig aanbod**

Er ontstaan wachtlijsten, waardoor jongeren niet tijdig de hulp krijgen die ze nodig hebben.

- **Te veel aanbieders**

Te veel aanbieders bieden in dezelfde regio's vergelijkbare zorgvormen aan, waardoor uiteindelijk geen enkele aanbieder voldoende expertise opbouwt of investeert in kwaliteit, beschikbaarheid en/of innovatie.

- **Contractproblemen**

Het contract, de bekostiging en/of het budget sluit niet aan bij de realiteit van bijzondere vormen van jeugdhulp. Bijvoorbeeld omdat de tariefopbouw niet klopt, omdat het tarief te

laag is doordat het aanbod vermengd is met een ander type aanbod, of omdat een of meerdere contractvoorwaarden niet passend zijn (te kort contract, complexe voorwaarden, etc.).

- **Verwijzingsproblematiek**

Verwijzers zijn vooral gewend lichtere zorg in te zetten. Met als gevolg dat zij onvoldoende bekend zijn met het aanbod, te vaak te lichte zorg inzetten, of te laat de juiste zorg inzetten.

- **Personeelstekort**

Er is onvoldoende beschikbaarheid van het juiste gekwalificeerde personeel in de regio voor het leveren van bijzondere jeugdhulpvormen.

Stappenplan

In vier praktische stappen naar een gedegen aanbod van bijzondere jeugdhulp

Stap 1 – Breng het in kaart

We stellen voor om te starten met het in kaart brengen van het probleem. Bijvoorbeeld middels een gespreksronde in de regio met aanbieders van bijzondere jeugdhulpvormen. Het doel is om kwalitatief en kwantitatief te duiden waar de problemen zitten, en wat daarvoor mogelijke oplossingen zijn. Het is daarbij belangrijk om dit specifiek en concreet te duiden. Waar voor de ene vorm van jeugdhulp sprake is van het ene probleem, kan dat voor andere vormen weer anders zijn.

Stap 2 – Maak een lijst met zorgvormen die worden bedreigd, met de feiten en cijfers erbij

Op basis van de gesprekken kan samen met de aanbieders een lijst van bijzondere jeugdhulpvormen worden opgesteld waarbij op dat moment problemen spelen. Benoem hierbij specifiek over welke vormen het gaat, wat de problemen precies zijn en hoe deze kunnen worden opgelost. Zo ontstaat een helder en gezamenlijk beeld over wat er te doen staat.

Stap 3 – Stel prioriteiten vast

Niet alle problemen hebben dezelfde prioriteit of haalbaarheid. Daarom is het zaak om te prioriteren. Bijvoorbeeld op basis van omvang van het probleem, impact voor de cliënt, haalbaarheid van eventuele oplossingen, financiën, en de termijn die nodig is om tot oplossingen te komen. Hierbij is het verstandig om samen een goede mix te kiezen van laaghangend fruit en structurele oplossingen. Het gezamenlijk maken van keuzes is van belang om echt uit de startblokken te komen.

Stap 4 – Los het op

Wij denken dat de sleutel van het oplossen van alle veelvoorkomende problemen zit in de samenwerking tussen regio's en aanbieders en in de focus op doen. De afgelopen jaren hebben aangetoond dat de markt in de meeste gevallen niet in staat is om deze problemen op te lossen. Structurele samenwerking tussen gemeenten en aanbieders is cruciaal. Vanuit de opdrachtgeversrol van de gemeenten en regio's is het nodig om de juiste randvoorwaarden te creëren waardoor deze bijzondere jeugdhulpvormen beschikbaar kunnen blijven. Van de aanbieders mag worden verwacht dat zij zich als partner opstellen en met de gemeenten samenwerken om het probleem op te lossen.

Dit vraagt onder meer om het maken van bijzondere samenwerkingsafspraken, een goede verdeling van de markt, het beperken van concurrentie en het stimuleren van innovatie. Op het gebied van financiën is het zaak dat er voor deze zorgvormen een adequaat tarief wordt betaald – hierdoor ontstaat ruimte om te innoveren en om te investeren in kennis en personeel. Daarnaast denken we dat het helpt om op het gebied van verantwoording zo veel mogelijk te standaardiseren. Kijk hierbij naar hoe naburige regio's dit hebben ingericht, en neem dit waar mogelijk over. Al deze afspraken moeten uiteindelijk worden vastgelegd in de wijze van inkoop. Het moge duidelijk zijn dat het vormgeven van deze samenwerking van alle partijen iets extra's vraagt, en dat het niet iets is wat er zomaar 'bij' of 'naast' gedaan kan worden. Om dit hele proces in goede banen te leiden is het wenselijk om iemand

aan te stellen die de taak en rol krijgt om het proces om tot oplossingen te komen te begeleiden

Aandachtspunten en valkuilen

Het doorlopen van een dergelijk stappenplan biedt een gestructureerde aanpak voor het één voor één oplossen van deze veelvoorkomende problemen bij bijzondere jeugdhulpvormen. Het mag duidelijk zijn dat deze aanpak vraagt om maatwerk – het inrichten van de juiste omstandigheden past in de meeste gevallen niet in bestaande inkoopkaders en raamcontracten. Hiervoor zijn uitzonderingen op de regel nodig, waarbij ruimte is om op maat afspraken te maken met aanbieders. En dat vraagt soms ook om meer investeringen in partnerships en bestuurlijke samenwerking dan er nu is. Goede relaties tussen gemeenten en aanbieders is iets wat tijd kost en bovendien om onderhoud vraagt.



“Het creëren van helderheid over de mogelijke vormen van landelijke inkoop ontlast gemeenten, brengt transparantie voor cliënten en verwijzers, en is een stap voorwaarts in de ontwikkeling van het jeugdstelsel”

-6-

Slotwoord

In deze publicatie hebben we beoogd aan te geven dat het oplossen van de problemen rondom bijzondere vormen van jeugdhulp nu om actie vraagt. Onze mening is dat hiervoor een vorm van landelijke inkoop moet worden opgetuigd. Inclusief duidelijkheid over welke zorgvormen dit zijn, welke aanbieders dit mogen leveren, welke werkwijze daarbij wordt aangehouden en wat de kwaliteitseisen en administratieve standaarden zijn. Het creëren van helderheid hierover ontlast gemeenten, brengt transparantie voor cliënten en verwijzers, en is een stap voorwaarts in de ontwikkeling van het jeugdstelsel.

Tot het zover is kunnen gemeenten, regio's en aanbieders samen aan de slag om problemen waar mogelijk nu al op te lossen. Daarbij is een stapsgewijze, praktische en 'gewoon doen' aanpak van groot belang. Een belangrijke randvoorwaarde is dat zowel de gemeenten en regio's als de aanbieders van deze bijzondere vormen van jeugdhulp, elkaar als partners gaan beschouwen. En dat zij actief met elkaar gaan samenwerken om de bestaande problemen op te lossen.

Bronnenlijst

1. Björnberg, A. & A. Yung Phang, Euro Health Consumer Index 2018, Health Consumer Powerhouse: 2019, p. 9.
2. Schneider, EC., D.O. Sarnak, D. Squires, A. Shah & M.M. Doty, Mirror, Mirror 2017: International Comparison Reflects Flaws and Opportunities for Better U.S. Health Care, The Commonwealth Fund 2017, p. 3.
3. GBD 2016 Healthcare Access and Quality Collaborators, Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016, 23 mei 2018, geraadpleegd via: [http:// dx.doi.org/10.1016/ S0140-6736\(18\)30994-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30994-2), p. 2236.
4. OECD, Health at a Glance 2019: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris: 2019, geraadpleegd via: <https://doi.org/10.1787/4d-d50c09-en>.
5. We spreken hier van bijzondere jeugdhulp om aan te geven dat het hier niet gaat om de gehele jeugdhulp. In Nederland circuleren allerlei andere woorden voor deze vormen van jeugdhulp, zoals 'hooggespecialiseerde jeugdhulp' of 'hoogcomplexe jeugdhulp'. Omdat deze begrippen ook weer hun eigen betekenis hebben gekregen, hebben wij in deze publicatie gekozen voor het meer neutrale begrip 'bijzondere jeugdhulp'.
6. Deze publicatie richt zich op de beschikbaarheid van bijzondere jeugdhulpvormen. De invalshoek die hier is gekozen is bestuurskundig – het gaat om het verkennen van mogelijkheden binnen en buiten het huidige stelsel die kunnen bijdragen aan het beschikbaar krijgen en houden van deze bijzondere jeugdhulpvormen. Deze doelgroep is daarnaast gebaat bij het ontvangen van meer integrale, domein overstijgende gezinsgerichte hulp en ondersteuning. Zie hiervoor de eerdere publicatie over gezinshulp (03 – Zorg en ondersteuning voor jeugdigen en hun gezinnen).
7. Bij veel gemeenten speelt wel de vraag of er niet sprake is van een overaanbod en te veel medicalisering, met een negatief effect op de kosten. Voor de meeste jongeren en gezinnen is hierbij echter geen sprake van tekorten, te lange wachtlijsten of gevaarlijke of levensbedreigende situaties.
8. De aantallen betreffen schattingen die gebaseerd zijn op gegevens waarvoor EHdK beschikt in het kader van de ondersteuning bij gemeenten. Er is geen goed onderzoek gedaan naar de feitelijke gegevens, mede omdat veel gemeenten en aanbieders verschillende definities aanhouden.





Adriaan Jansen
Oud-bestuurder GGZ Friesland



Anke van Dijke
Bestuurder Fier



Ingrid Widdershoven
Bestuurder Koraal



Eelco Damen
Oud-bestuurder Cordaan



Han Schellekens
Bestuurder Dagelijks Leven



Jeroen Muller
*Bestuurder Dijklander
Ziekenhuis*



Marianne Verhoef
Bestuurder Levvel



Willem Geerlings
*Gepensioneerd medisch specialist
en ziekenhuisbestuurder*



Wouter Teer
Oud-bestuurder GGZ Friesland



Machiel Polak
*Voorzitter FPC Belgium
Gent en Antwerpen*

