

# **VAN DAM & OOSTERBAAN**

## **Beheersmaatregelen Jeugdhulp en WMO**

*Grip op de tekorten binnen het sociaal domein*

Februari 2020

**ADVIES EN ONDERZOEK  
BUSINESS INTELLIGENCE  
ACADEMY**

# Inhoudsopgave

<b>Inleiding</b> .....	<b>5</b>
Leeswijzer .....	5
<b>Deel 1. De 5 pijlers</b> .....	<b>7</b>
1.1 Zorginkoop .....	7
1.2 Bekostigingssystematiek .....	7
1.3 Instroom, doorstroom en uitstroom .....	8
1.4 Preventie.....	8
1.5 Organisatie .....	8
<b>Deel 2. De matrix</b> .....	<b>10</b>
<b>Deel 3. Toelichting beheersmaatregelen</b> .....	<b>15</b>
3.1 Pijler 1 - Zorginkoop .....	15
3.1.1 Constructie zorginkoop .....	15
3.1.2 Individueel of gezamenlijk inkopen .....	16
3.1.3 Budgetplafond .....	17
3.1.4 Tarieven verlagen .....	18
3.1.5 Investeren in contractmanagement .....	20
3.1.6 Niet toepassen indexering op tarieven.....	21
3.1.7 Geen toewijzingen afgeven met terugwerkende kracht .....	22
3.1.8 Garantieregeling recidive.....	23
3.1.9 Inzetten arbiter bij conflict.....	23
3.2 Pijler 2 - Bekostigingssystematiek .....	24
3.2.1 Prestatiebekostiging (P*Q) .....	24
3.2.2 Resultaatbekostiging .....	24
3.2.3 Populatiebekostiging.....	26
3.3 Pijler 3 - Instroom, doorstroom, uitstroom .....	26
3.3.1 Uniforme richtlijnen verlengingen .....	26
3.3.2 Toetsen passendheid zorg.....	27
3.3.3 Duurste/meest complexe cliënten in kaart brengen .....	28
3.3.4 Afwenteling voorkomen.....	29
3.3.5 Zorgstapeling aanpakken.....	31
3.3.6 Ontwikkelen waakvlamfunctie .....	31
3.3.7 POH-GGZ (Jeugd) inzetten/uitbreiden .....	32
3.3.8 Van residentieel naar gezinsvormen/zelfstandig wonen.....	33
3.4 Pijler 4 - Preventie.....	34
3.4.1 Investeren in voorliggend veld.....	34
3.4.2 Kritisch kijken naar subsidiebudget.....	36
3.4.3 Versterken eigen kracht en regie.....	37
3.4.4 Nauwe samenwerking onderwijs .....	40
3.5 Pijler 5 - Organisatie .....	41
3.5.1 Datagedreven werken .....	41
3.5.2 Integraal werken.....	42
3.5.3 Gemeentelijke zorgtaken door een derde partij.....	43
3.5.4 Aanpassen takenpakket sociaal wijkteam.....	44
<b>Eindwoord</b> .....	<b>47</b>
Literatuur.....	47
<b>Over Van Dam &amp; Oosterbaan</b> .....	<b>51</b>

## Inleiding

Sinds de decentralisaties in 2015 zijn gemeenten verantwoordelijk voor de Jeugdwet, de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) en de Participatiewet. Het doel van deze decentralisaties is om zorg dichterbij de burger te brengen, om op deze wijze hulpvragen eerder op te kunnen vangen en kosten te besparen door efficiënter te werken. Nu blijkt echter dat gemeenten grote problemen hebben met het in bedwang houden van zorgkosten.

Dit bestand geeft een overzicht van beheersmaatregelen die gemeenten kunnen inzetten om meer zicht en grip te krijgen op zorguitgaven in de domeinen Jeugd en Wmo. In een andere versie die Van Dam & Oosterbaan aan het ontwikkelen is, kijken we eveneens naar beheersmaatregelen die onder andere betrekking hebben op: samenwerking met ketenpartners zoals welzijnsorganisaties en integrale samenwerking binnen het Sociaal Domein te weten Armoede & Schuldhulpverlening, Onderwijs en Participatie. Omdat binnen de domeinen Jeugd en Wmo nog genoeg winst te behalen is, hebben we voor deze bundel de focus hierop gelegd. De versie van deze bundel is februari 2020. Deze bundel zal continu worden doorontwikkeld met nieuwe inzichten en ervaringen.

### Leeswijzer

Er zijn veel verschillende beheersmaatregelen die gemeenten kunnen inzetten om kosten te besparen. De maatregelen die in dit bestand zijn opgenomen zijn dan ook niet uitputtend en vaststaand. Om tot een overzichtelijke weergave te komen van alle maatregelen is dit bestand opgedeeld in drie delen. Deel 1 bevat een toelichting over de onderverdeling die is gemaakt: vijf leidende pijlers waaronder de verschillende beheersmaatregelen zijn geplaatst. In deel 2 zijn alle maatregelen overzichtelijk weergegeven in een matrix. Tot slot is in deel 3 een uitgebreide omschrijving en toelichting gegeven van de maatregelen uit de matrix. Aan de hand van voor- en nadelen wordt aangegeven waar gemeenten rekening mee dienen te houden wanneer zij een beheersmaatregel willen implementeren. Daarbij wordt regelmatig verwezen naar een voorbeeld uit de praktijk of een best practice.

# Deel 1. De 5 pijlers

De beheersmaatregelen zijn verdeeld over vijf inhoudelijke pijlers. In dit deel zullen alle pijlers van een toelichting worden voorzien. Het betreft de volgende vijf pijlers:

1. Zorginkoop
2. Bekostigingssystematiek
3. Instroom, doorstroom en uitstroom
4. Preventie
5. Organisatie

## 1.1 Zorginkoop

Gemeenten contracteren een of meerdere zorgaanbieders om de zorg voor de populatie van hun gemeenten te leveren. Met deze zorgaanbieder(s) moeten afspraken gemaakt worden met betrekking tot de zorg die zij leveren. Deze pijler bevat beheersmaatregelen aangaande afspraken die gemeenten met zorgaanbieders maken en de wijze waarop gemeenten en zorgaanbieders met elkaar samenwerken. Het gaat bijvoorbeeld om prijsafspraken, budgetafspraken en afspraken die gemaakt worden over hoe er met bepaalde zorgtrajecten omgegaan wordt. Het gaat dan om hoe de zorg wordt ingekocht, hoe dit vervolgens vastgelegd wordt en hoe afspraken worden gecontroleerd. Naast deze afspraken en kaders zijn gemeenten en zorgaanbieders ook steeds meer bezig met het vinden van de juiste manier van samenwerken, door te werken aan vertrouwen, openheid en kennisdeling.

## 1.2 Bekostigingssystematiek

Waar de pijler zorginkoop zich meer focust op de (individuele) afspraken die direct met zorgaanbieders gemaakt worden, behandelt deze pijler de overkoepelende systematiek van bekostiging. Hier vallen de beheersmaatregelen onder die bepalen hoe zorgaanbieders voor hun diensten betaald worden. Er kan daarbij worden gekeken naar een behaald resultaat of juist naar het volume aan zorg dat geleverd wordt. Er zijn verscheidene opties mogelijk met elk hun voor- en nadelen. Deze opties worden onder deze pijler ingedeeld en nader toege-licht.



### 1.3 Instroom, doorstroom en uitstroom

Voor gemeenten is het belangrijk dat mensen niet onnodig in de zorg komen, onnodig lang in de zorg blijven en onnodig zware zorg krijgen. Bij deze pijler staat dan ook de juiste zorg, voor de juiste doelgroep op het juiste moment centraal. Daarom is het belangrijk dat er controle blijft op burgers die zorg ontvangen vanuit de Wmo of Jeugdwet. Wordt de zorg vanuit de juiste wet gefinancierd en zijn er onnodige dubbelingen? Al dit soort vragen kunnen aangepakt worden met beheersmaatregelen van de pijler instroom, uitstroom en doorstroom.

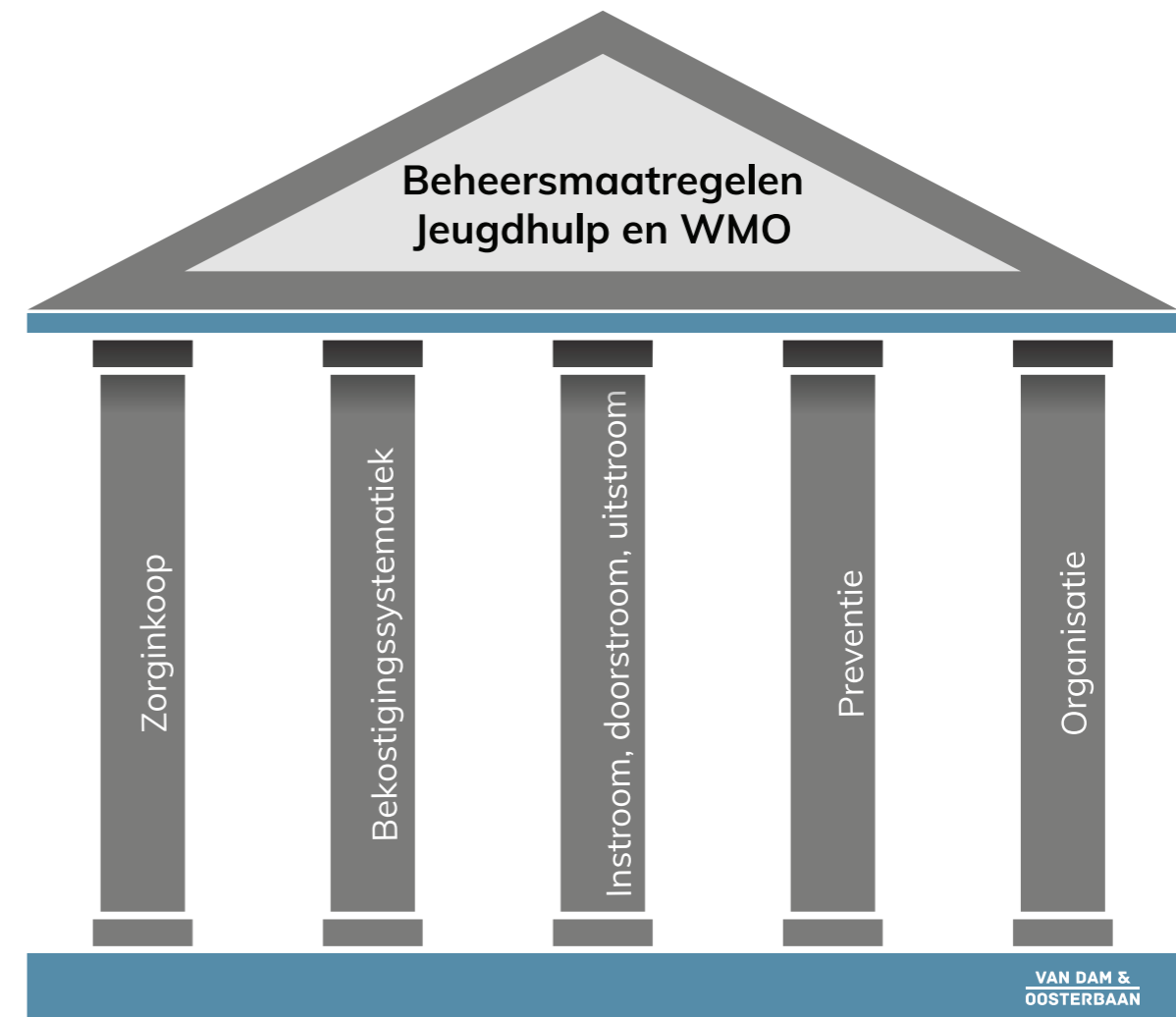
### 1.4 Preventie

Gemeenten kunnen veel kosten besparen door ervoor te zorgen dat mensen helemaal geen zorg nodig hebben vanuit de Wmo of Jeugdwet. De maatregelen die zich focussen op het voorkomen hiervan worden onder de pijler preventie geplaatst. Alle maatregelen onder deze pijler kunnen ingezet worden in het voorliggend veld of vanuit het eigen netwerk om ervoor te zorgen dat problemen zo vroeg mogelijk gesignaleerd en verholpen worden. Dit om te voorkomen dat mensen op den duur (zwaardere) zorg nodig hebben.

### 1.5 Organisatie

Los van alle afspraken die gemeenten maken met zorgaanbieders, derde partijen en burgers, moeten gemeenten intern ook de organisatiestructuur op orde hebben en bepaalde keuzes maken met betrekking tot de manier van werken. Alle beheersmaatregelen die via deze weg trachten de kosten terug te dringen vallen onder de pijler organisatie. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de keuze om datagedreven en integraal te gaan werken.

Belangrijk is het verschil tussen de pijler instroom, doorstroom en uitstroom en de pijler preventie. Preventie en (het voorkomen van) instroom liggen namelijk qua betekenis erg dicht bij elkaar. In dit bestand wordt het onderscheid als volgt geduid: Instroom houdt zich voornamelijk bezig met de toegang van zorg. Wie heeft er recht op formele, geïndiceerde zorg en waarom? Preventie daarentegen focust zich op acties die ervoor zorgen dat mensen geen formele zorg nodig hebben.



## Deel 2. De matrix

### Pijler 1 - Zorginkoop

Constructie zorginkoop	De constructie die gemeenten gebruiken voor het inkopen van zorg, zoals een Open House constructie of het selectief inkopen van zorg
Individueel of gezamenlijk inkopen	De keuze die gemeenten maken om individueel of gezamenlijk zorg in te kopen
Budgetplafond	Het afspreken van een maximaal budget met zorgaanbieders waarvoor zij producten en diensten leveren
Tarieven verlagen	Het verlagen van de tarieven, waarvoor zorgaanbieders hun diensten en producten moeten aanbieden en mensen met een persoonsgebonden budget (PGB) hun zorg inkopen
Investeren in contractmanagement	Het opstellen van goede contractafspraken met zorgaanbieders en controleren of deze worden nageleefd. Dit kan op basis van strakke sturing of vanuit vertrouwen en partnerschap.
Niet toepassen indexering op tarieven	Bij stijgende inkomsten voor gemeenten dit voordeel niet doorberekenen in de tarieven die zorgaanbieders ontvangen voor hun producten en diensten
Geen toewijzingen afgeven met terugwerkende kracht	Voorkomen dat zorgaanbieders producten en diensten leveren voordat daar een officiële toewijzing voor is afgegeven
Garantieregeling recidive	Wanneer cliënt blijft terugkeren in het systeem, kosten verhalen op de zorgaanbieder
Inzetten arbiter bij conflict	Mogelijkheid tot inzetten arbiter ten tijde van een verschil van inzicht met zorgaanbieder over in te zetten zorg

### Pijler 2 - Bekostigingssystematiek

Prestatiebekostiging (P*Q)	Zorgaanbieders worden betaald voor het aantal uren werk of het aantal producten keer de prijs van deze uren/producten
Resultaatbekostiging	Zorgaanbieders worden betaald voor een bepaald beoogd resultaat, ongeacht hoeveel tijd zij daaraan kwijt zijn
Populatiebekostiging	Zorgaanbieders krijgen een bepaald budget toebedeeld op basis van populatiekenmerken van de doelgroep die zij van zorg moeten voorzien

### Pijler 3 - Instroom, doorstroom, uitstroom

Uniforme richtlijnen verlengingen	Duidelijke richtlijnen opstellen vanuit gemeenten onder welke voorwaarden verlengingen van indicaties wel of niet worden verstrekt
Toetsen passendheid zorg	Op verschillende momenten tijdens het zorgproces vaststellen of zorg daadwerkelijk nodig en passend is
Duurste/meest complexe cliënten in kaart brengen	Het in kaart brengen van de duurste en meest complexe cliënten, om vervolgens te onderzoeken of er besparingen mogelijk zijn
Afwenteling voorkomen	Nagaan of zorg wel vanuit de juiste wet wordt toegekend
Zorgstapeling aanpakken	Het controleren van complexe cases om inefficiënte zorgstapeling (dubbelingen en onlogische combinaties) te verhelpen
Ontwikkelen waakvlamfunctie	Een vinger aan de pols houden bij cliënten die klaar zijn met een zorgtraject, om te voorkomen dat ze later weer opnieuw in het systeem belanden
POH-GGZ (Jeugd) inzetten/uitbreiden	Praktijkondersteuner Huisarts – Geestelijke Gezondheidszorg (POH-GGZ) inzetten om het aantal verwijzingen vanuit huisartsenpraktijken te verminderen
Van residentieel naar gezinsvormen/zelfstandig wonen	Wanneer mogelijk kiezen voor gezinsgerichte woonvormen / zelfstandig wonen i.p.v. residentiële zorg

#### Pijler 4 - Preventie

Investeren in voorliggend veld	Investeren in het voorliggend veld om daarmee het gebruik van dure, specialistische zorg te verminderen.
Kritisch kijken naar subsidiebudget	Aanpassingen doen in het subsidiebudget dat subsidiepartners van gemeenten ontvangen of strengere kwaliteitseisen stellen bij het verstrekken van subsidies
Kritisch kijken naar subsidiebudget	Uitgaan van de eigen kracht en regie van mensen, zodat zelfredzaamheid en zorg vanuit eigen netwerk kan worden gerealiseerd
Nauwe samenwerking onderwijs	Meer samenwerking tussen onderwijs en jeugdhulp om jeugdigen met problemen eerder in beeld te krijgen en hulpvragen eerder te onder- vangen

#### Pijler 5 - Organisatie

Datagedreven werken	Op basis van inzichten uit data en monitoring beslissingen maken en bijsturen
Integraal werken	Binnen gemeenten werken met een samenhangende aanpak vanuit meerdere beleidsterreinen
Gemeentelijke zorgtaken door een derde partij	Een derde partij aanstellen en verantwoordelijk maken voor de gemeentelijke zorgtaken
Aanpassen takenpakket sociaal wijkteam	Het takenpakket van het sociale wijkteam aanpassen, om op die manier een besparing te realiseren

## Deel 3. Toelichting beheersmaatregelen

### 3.1 Pijler 1 - Zorginkoop

#### 3.1.1 Constructie zorginkoop

Gemeenten kunnen verschillende keuzes maken omtrent zorginkoop. Bij hoeveel en welke zorgaanbieders kopen ze zorg in en op welke manier wordt de zorg ingekocht? Hieronder worden de twee meest gebruikelijke opties besproken. Meer informatie hierover is terug te vinden in een onderzoek (Bastiaanssen, Telgen, Uenk, & Wind, 2018) van Public Procurement Research Centre (PPRC) en het Nederlands Jeugdinstituut (Nji).

#### Optie 1: Open House constructie

Deze constructie houdt in dat gemeenten voorwaarden opstellen waaraan zorgaanbieders moeten voldoen. Toetreden tot de markt is onder deze voorwaarden voor elke zorgaanbieder mogelijk.

#### Voor- en nadelen

Bij deze vorm van zorginkoop is er sprake van een concurrentieprikkel voor zorgaanbieders. Zij dingen allemaal naar de gunst van de cliënt (consument). Dat maakt het voor zorgaanbieders van extra belang om kwalitatief hoge zorg te leveren tegen marktconforme prijzen. Daarnaast is er door de vrije toetreding van zorgaanbieders veel keuzevrijheid voor burgers tussen verschillende zorgaanbieders. Daarbij wordt er verondersteld dat de burger in staat is te bepalen welke aanbieder voor hem/haar de beste is. Ook kunnen gemeenten bij deze constructie besparen op het inkoopproces, omdat zij niet zelf een selectie hoeven te maken van de beste zorgaanbieders. Daar staat mogelijk tegenover dat er hogere transactiekosten zijn aan de “achterkant”, aangezien er meer zorgaanbieders gecontracteerd en gemonitord moeten worden. Ten slotte is het niet voor alle zorgvormen verstandig om te kiezen voor een Open House constructie. Zo is er bij specialistische hulp veel kennis vereist en er moeten kapitaalintensieve investeringen worden gedaan (denk bijvoorbeeld aan gebouwen en de inrichting daarvan bij verblijfszorg). Niet elke zorgaanbieder kan dat garanderen. Gemeenten hebben de plicht om de toegang tot benodigde zorg voor burgers te organiseren, door waar nodig te kiezen voor een andere constructie.

#### Optie 2: Selectief inkopen van zorg

Dit houdt in dat gemeenten één (of enkele) zorgaanbieder(s) contracteren en dat alleen deze zorgaanbieder(s) de zorg mogen leveren.



## +/- Voor- en nadelen

Allereerst kan het zorgaanbod met deze constructie beheersbaar gehouden worden. Ook kan de kwaliteit van de zorg die geleverd wordt, makkelijker gecontroleerd worden dan bij een Open House constructie. Dit zorgt aan de “achterkant” voor een mogelijke kostenbesparing. Daarbij komt dat het bij bepaalde vormen van zorg simpelweg niet mogelijk is om meerdere aanbieders te contracteren. Dit geldt bijvoorbeeld voor vormen van zorg waar relatief weinig burgers gebruik van maken. Een nadeel van het selectief inkopen van zorg is dat deze vorm vaak duurder is aan de “voorkant”, omdat er een selectieprocedure moet plaatsvinden. Dit kan zorgen voor hoge transactiekosten bij het inkoopproces.

### 3.1.2 Individueel of gezamenlijk inkopen

Gemeenten kunnen ervoor kiezen om individueel of gezamenlijk met de regio de zorg in te kopen.

#### Optie 1: Individueel als gemeente

##### Voor- en nadelen

Als ervoor gekozen wordt om individueel te werken, behoudt de gemeente de eigen regie over het inkoopproces en kunnen alle beslissingen zelf genomen worden. Hier staat wel tegenover dat alle transactiekosten voor het inkoopproces en alle administratieve taken op de schouders van deze gemeente terechtkomen. Ook is de onderhandelingspositie met zorgaanbieders minder sterk dan wanneer er een samenwerkingsverband wordt aangegaan. De grootte van een gemeente speelt hierbij een belangrijke rol. Voor kleinere gemeenten kan een samenwerkingsverband wellicht de slimme keuze zijn, terwijl dit voor grotere gemeenten niet zo hoeft te zijn.

#### Optie 2: Gezamenlijk als regio (samenwerkingsverband)

##### Voor- en nadelen

Wanneer gemeenten ervoor kiezen om een samenwerkingsverband aan te gaan met andere gemeenten is de verwachting dat dit tot een kostenbesparing zal leiden, aangezien het inkoopproces voor meerdere gemeenten in één keer wordt gedaan en administratieve taken gebundeld kunnen worden in één orgaan. De positie tegenover zorgaanbieders is vanuit een samenwerkingsverband vaak sterker dan die van een enkele gemeente. Gemeenten kunnen kennis

met elkaar delen en daarmee de kwaliteit van hun diensten verbeteren. Een nadeel is dat een gemeente gedeeltelijk de regie verliest over het inkoopproces. Dit kan de autonomie van gemeenten inperken. Ook kan de slagkracht afnemen wanneer visies van gemeenten uiteenlopen. Ten slotte moeten gemeenten ervoor zorgen dat alle systemen en applicaties op elkaar worden afgestemd om de zorgkosten te kunnen monitoren.

### 3.1.3 Budgetplafond

Het instellen van een budgetplafond houdt in dat er een maximaal bedrag wordt afgesproken waarvoor bepaalde zorg geleverd moet worden of waarbinnen betrokken partijen moeten opereren. Het gaat om een maximaal budget waarvoor zorgaanbieders producten en diensten moeten leveren. Wanneer zij dit budget overschrijden, worden de kosten niet meer vergoed door de gemeenten. Er zijn verschillende opties voor het toepassen van een budgetplafond. Deze opties worden hieronder uitgewerkt:

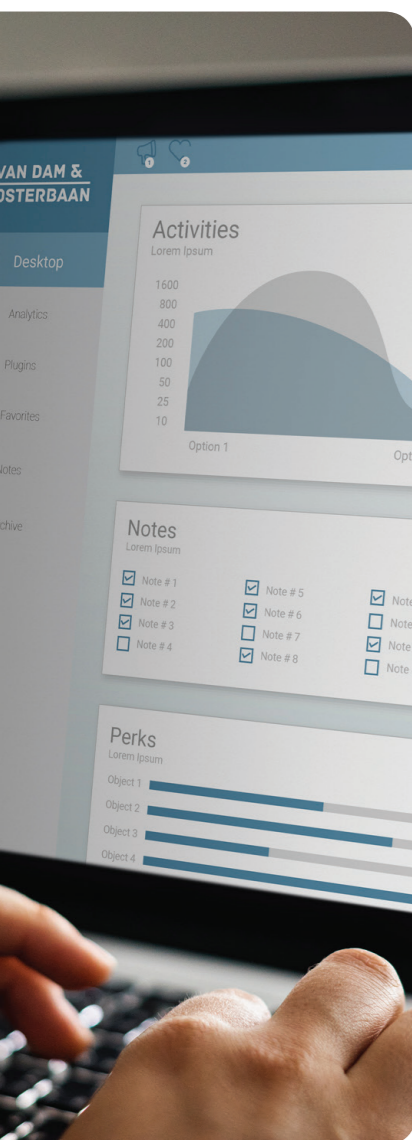
#### Optie 1: Budgetplafond voor alle aanbieders

Naar rato elke aanbieder een budgetplafond opleggen

## +/- Voor- en nadelen

Deze maatregel geeft een duidelijk beeld van de kosten voor de zorg over een bepaald jaar en voorkomt dat deze kosten hoger uitvallen dan verwacht. Een budgetplafond voor alle aanbieders is een “eerlijke” maatregel, aangezien het voor alle zorgaanbieders ingesteld wordt. Zorgaanbieders worden gelijk behandeld.

Een nadeel is echter dat wanneer het budget (bijna) bereikt is en er nog wel aanvragen gedaan worden, dit een negatief effect kan hebben op de kwaliteit van de zorg. Mogelijk ontstaan er lange wachtlijsten wanneer de budgets bereikt zijn, waardoor de toegang tot zorg wordt beperkt. Deze wachtlijsten kunnen vaak pas in een volgend jaar opgelost worden, wanneer er weer budget is. Aangezien er in een nieuw jaar ook weer nieuwe cliënten zorg nodig hebben, betekent dit in de praktijk vaak dat het probleem vooruit geschoven wordt. Bovendien moeten er bij acute zorgsituaties uitzonderingen gemaakt kunnen worden. Het uitstellen van zorg is in dat geval onacceptabel. Het is dan ook de vraag of het implementeren van een budgetplafond voor alle typen zorg realistisch is. Soms wordt ervoor gekozen om deze ‘acute’ gevallen te toetsen voor een zogenaamde nee-tenzij regeling (nee, u kunt geen zorg meer ontvangen van deze aanbieder tenzij...). In dat geval moeten er professionals worden aangesteld die deze toetsing kunnen doen. Dat brengt overhead- en administratieve kosten met zich mee. Kosten die ook besteed hadden kunnen worden aan de daadwerkelijke uitvoering van zorg. De vraag is dan ook of de besparing als gevolg van budgetplafonds, opweegt tegen de kosten die het mogelijk met zich meebrengt.



## Optie 2: Budgetplafond voor de grootste stijgers.

Alleen de grootste stijgers een budgetplafond opleggen

### +/- Voor- en nadelen

Wanneer de stijging in kosten tussen zorgaanbieders uiteenlopen kan het verstandig zijn om alleen zorgaanbieders die een grote stijging doormaken een budgetplafond op te leggen. Hierdoor wordt een verdere stijging voorkomen. Er wordt dan echter aangenomen dat andere zorgaanbieders niet te maken krijgen met een kostenstijging. Aangezien cliënten in dat geval worden doorverwezen naar zorgaanbieders zonder budgetplafond zullen de kosten daar juist stijgen. Daarnaast kunnen zorgaanbieders die een budgetplafond krijgen opgelegd dit als oneerlijk ervaren. Dit kan voor weerstand en een verslechterde samenwerking zorgen.

## Optie 3: Budgetplafond voor het collectief

Een budget instellen voor de totale zorg van alle zorgaanbieders samen

### +/- Voor- en nadelen

Deze vorm van een budgetplafond stimuleert zorgaanbieders extra om kwalitatief hoge zorg te leveren, omdat er concurrentie tussen verschillende aanbieders bestaat. Er is een maximaal budget voor de zorg, maar de verdeling daarvan over de zorgaanbieders ligt nog niet vast. Echter, nadelig is dat deze maatregel zorgaanbieders ook kan stimuleren om cliënten langer vast te houden. Ten slotte geldt ook hier dat er wachtlijsten kunnen ontstaan wanneer het budget is bereikt en zorg nog wel nodig is (zie voor- en nadelen optie 1).

### 3.1.4 Tarieven verlagen

Het verlagen van de tarieven die gemeenten hanteren voor Zorg in Natura (ZIN) en het Persoonsgebonden budget (PGB). Deze twee opties worden hieronder beschreven:

## Optie 1: Tarieven ZIN

De zorgaanbieders zullen gecontracteerd worden tegen een lager tarief dan voorheen. Voor dit bedrag moeten zij dezelfde producten en diensten leveren. Wanneer de tarieven van zorgaanbieders worden verlaagd, heeft dit automatisch een kostenbesparend effect voor de afnemer. De afnemer is in dit geval de gemeente en afhankelijk van hoe groot de verlaging van de tarieven is, zal dit direct voor een kostenbesparing zorgen.

### +/- Voor- en nadelen

Er is sprake van een directe kostenbesparing voor een minimale inspanning. Aangezien tarieven altijd gepubliceerd moeten worden, zal dit namelijk geen extra werk vragen. Echter, er ontstaat mogelijk wel een probleem voor de inkoop van de zorg. Het kan namelijk zijn dat zorgaanbieders niet gecontracteerd kunnen worden door gemeenten, omdat de zorgaanbieders niet dezelfde diensten en producten kunnen of willen leveren voor het verlaagde tarief. Dit resulteert mogelijk in weerstand van zorgaanbieders, wanneer tarieven niet of nauwelijks kostendekkend zijn. Daarbij kan de maatregel effect hebben op de financiële gezondheid van zorgaanbieders. Een neveneffect daarvan kan zijn dat aanbieders duurdere zorg aanvragen om zo hun eigen financiële situatie toch rond te krijgen. Een ander nadeel is dat deze maatregel effect kan hebben op de kwaliteit van de zorg, aangezien zorgaanbieders voor lagere tarieven dezelfde zorg moeten leveren.

## Optie 2: Tarieven PGB

Mensen die een PGB ontvangen, kopen hiermee hun zorg zelf in. Deze maatregel houdt in dat zij een lager PGB ontvangen.

### +/- Voor- en nadelen

Met een PGB kunnen mensen zelf hun zorg inkopen. Dit bedrag verlagen zal dus direct effect hebben op de kosten van gemeenten. Echter, er wordt van deze mensen verwacht dat zij voor minder geld evenveel zorg in kunnen kopen. Dit lukt niet altijd en kan ervoor zorgen dat mensen niet de zorg ontvangen die ze nodig hebben.

### Food for thought

Dat het contracteren van zorgaanbieders voor een lager tarief zorgaanbieders in financiële problemen kan brengen, blijkt uit een rechtszaak die aanbieders van jeugdhulp in de regio Haaglanden hebben aangespannen (De Rechtspraak, 2019). De rechter oordeelde dat gemeenten opnieuw naar de tarieven voor de inkoop van jeugdhulp moeten kijken en dat deze tarieven in overeenstemming moeten worden gebracht met de Jeugdwet, zodat deze alsnog kostendekkend en reëel worden. Daaruit blijkt dat er grenzen zijn voor gemeenten bij het verlagen van tarieven. Zij moeten oppassen dat ze vanuit het oog van kostenbesparing niet te ver doorslaan. Dat is nadelig voor de kwaliteit van zorg en de gerechtelijke procedures brengen kosten mee voor gemeenten die voorkomen hadden kunnen worden.

Ook het verlagen van het PGB kan problemen geven, zo blijkt bijvoorbeeld uit een artikel over de verlaagde PGB budgetten in de gemeente Eindhoven (Van der Kooi, 2019). Daarin wordt beschreven dat het door de verlaging van het budget voor veel mensen niet meer mogelijk is om voor dat budget gekwalificeerde mensen te vinden die de zorg kunnen leveren die ze nodig hebben.



#### 3.1.5 Investeren in contractmanagement

Deze maatregel focust zich op contractmanagement. Daarbij gaat het om het toezicht vanuit gemeenten op contractafspraken met zorgaanbieders en de controle of deze ook daadwerkelijk worden nageleefd. Dit kan op basis van strakke sturing of vanuit vertrouwen en partnerschap.

##### Optie 1: Strakke sturing

Hierbij is het van belang dat er een werkproces wordt ingericht, waarbij het monitoren en controleren van zorgaanbieders centraal staat. Daarbij kan worden gekeken of de geleverde zorg overeenkomt met wat er is afgesproken en waarvoor zorgaanbieders betaald krijgen. Concreet kunnen uitnuttingspercentages of winstmarges van zorgaanbieders (die dezelfde zorg leveren) worden vergeleken om aan de hand daarvan het gesprek aan te gaan.

##### +/- Voor- en nadelen

De verwachting is dat misstanden door deze controle snel aan het licht komen en opgelost kunnen worden. Daarnaast kan het controleren van zorgaanbieders mogelijk een positief effect hebben op de kwaliteit van zorg, omdat wordt toegezien op de diensten en producten die zij leveren. Er moet echter geld en tijd worden geïnvesteerd om deze maatregel succesvol te laten zijn. Ook kan deze strengere controle zorgen voor scheve gezichten bij zorgaanbieders omdat het vertrouwen in twijfel wordt getrokken.

##### Optie 2: Vertrouwen en partnerschap met aanbieders

'Horizontaal toezicht' is een andere manier van verantwoordelijk tussen gemeenten en zorgaanbieders. In plaats van de keuze om als overheid bovenop processen te zitten en alles te controleren, werken gemeenten en ketenpartners bij horizontaal toezicht meer als gelijken. Samen richten zij een proces in waarbij het gesprek wordt gevoerd over hoe beide partijen vinden dat het gaat. Op verschillende momenten in het jaar wordt zo informatie ingewonnen. Daarbij gaat het niet alleen om een gesprek over de cijfers, maar ook over de inhoud en kwaliteit van de zorg. Zo is er ruimte om innovaties te bespreken die zowel een vooruitgang kunnen zijn voor de kwaliteit van zorg als kostenbesparend kunnen zijn.

##### +/- Voor- en nadelen

Het voordeel van horizontaal toezicht is dat er een gezamenlijke verantwoordelijkheid wordt gecreëerd. Vanuit die positie is er meer ruimte om echt het gesprek met elkaar aan te gaan en elkaar te bevragen, in plaats van lijstjes af te werken vanuit het oogpunt van controle. Een ander voordeel is dat controle niet meer alleen achteraf plaatsvindt. Er wordt door het jaar heen continu gemonitord hoe het gaat. Dat geeft de mogelijkheid om al eerder bij te sturen. Ten slotte zorgt horizontaal toezicht ervoor dat zorgaanbieders eigen fouten inzichtelijk moeten maken en de consequenties daarvan moeten dragen. Dat is een terugkerend proces. Partijen die zo'n constructie niet zien zitten, zullen al op voorhand besluiten die relatie niet aan te gaan. Daarmee wordt het risico van samenwerken op basis van vertrouwen ingeperkt.

#### 3.1.6 Niet toepassen indexering op tarieven

Gemeenten ontvangen geld van het Rijk om hun kosten te dekken. Zij kunnen ervoor kiezen om extra inkomsten vanuit het Rijk niet door te berekenen in de tarieven waarvoor zorgaanbieders hun zorg moeten leveren (tarieven verhogen). Door deze indexering op tarieven niet toe te passen, ontstaat een verschil tussen wat gemeenten zorgaanbieders moeten betalen voor geleverde zorg en het geld dat zij daarvoor ontvangen van het Rijk.



### +/- Voor- en nadelen

Deze maatregel kost relatief weinig moeite en heeft een hoge opbrengst. Echter, dit vereist wel een sterke houding tijdens tariefonderhandelingen, aangezien zorgaanbieders zelf ook te maken hebben met prijsstijgingen en dit verschil niet altijd kunnen opvangen. Zo stellen zorginstellingen dat ze de laatste jaren steeds meer externe inhuur nodig hebben door de krapte op de arbeidsmarkt. Dit zorgt voor grote kostenstijgingen bij zorginstellingen. Ook andere factoren, zoals cao wijzigingen gedurende de looptijd van het contract, kunnen de kosten voor zorgaanbieders doen stijgen. Dit kan betekenen dat de tarieven voor zorgaanbieders (bijna) niet meer kostendekkend zijn. Deze maatregel kan daarom een risico vormen voor de financiële gezondheid van de aanbieders en daardoor voor gemeenten.

#### 3.1.7 Geen toewijzingen afgeven met terugwerkende kracht

Het komt nog regelmatig voor dat zorgaanbieders producten en diensten leveren voordat hier een officiële toewijzing voor is afgegeven. Gemeenten kunnen kiezen om zorgaanbieders niet het geld te vergoeden voor de geleverde producten en diensten in de periode voordat een officiële toewijzing is afgegeven. Om het probleem al eerder te ondervangen kunnen gemeenten stoppen met het geven van toewijzingen met terugwerkende kracht.

### +/- Voor- en nadelen

Deze maatregel zorgt direct voor een kostenbesparing. Een nadeel van deze maatregel is dat er gevallen zullen zijn waarbij acute zorg nodig is. Aanbieders verplicht stellen om in die gevallen te wachten op een toewijzing is onwenselijk. Zorg moet in acute gevallen direct beschikbaar zijn. Wanneer in deze gevallen geen toewijzing wordt afgegeven met terugwerkende kracht, kan het zijn dat zorgaanbieders bepaalde cliënten niet (op tijd) van zorg kunnen voorzien. Dit heeft een negatief effect op de kwaliteit van de zorg. Er zullen dan ook altijd uitzonderingen gemaakt moeten worden. Het accepteren van deze acute zorggevallen kan in dat geval effect hebben op de financiële gezondheid van zorginstellingen (zie voorbeeld).

### 👁 Voorbeeld

De zorginstelling Pluryn is in 2018 in financiële problemen gekomen en heeft hierdoor besloten om geen zorg meer te verlenen wanneer hier nog geen indicatie voor is afgegeven. In een artikel van de Stentor (2019) staat beschreven dat Pluryn te vaak acute gevallen van zorg heeft geaccepteerd, terwijl later bleek dat de financiering hiervoor nog niet rond was. Om dat financiële risico te vermijden sluit de zorginstelling nu de deuren voor acute gevallen wanneer de financiering hiervoor nog niet rond is. Dit voorbeeld betreft de situatie in 2018 en geeft geen inzicht in de huidige financiële situatie van Pluryn.

#### 3.1.8 Garantieregeling recidive

Het komt vaak voor dat cliënten die uitgestroomd zijn na een behandeling weer opnieuw terugkomen in het systeem. Gemeenten kunnen er voor kiezen om een garantieregeling te treffen met zorgaanbieders. In dat geval kunnen, zodra sprake is van recidive, kosten hiervan verhaald worden op de zorgaanbieders. Hiermee worden zorgaanbieders verantwoordelijk gesteld voor het leveren van zorg met een duurzaam resultaat.

### +/- Voor- en nadelen

Deze regeling zorgt ervoor dat zorgaanbieders gestimuleerd worden kwalitatief hoogwaardige zorg te bieden, aangezien zij willen voorkomen dat cliënten terugkomen in het systeem. Daarbij zullen kosten voor recidive in eerste instantie verhaald worden op de zorgaanbieders. Dat levert een directe kostenbesparing op. Een nadeel van deze maatregel is dat er gevallen zijn waarbij het lastig is te controleren of het terugkeren van een cliënt daadwerkelijk het gevolg is van nalatigheid of van de kwaliteit van zorg door de zorgaanbieder. Er zijn vaak ook andere factoren van invloed op het terugkeren van cliënten in de zorg. Dit kan ervoor zorgen dat zorgaanbieders worden benadeeld, waardoor ze op voorhand mogelijk niet akkoord gaan met deze regeling. Voor gemeenten is het daarnaast moeilijk om goed te kunnen controleren op deze regeling. Ten slotte is deze maatregel in veel gevallen niet direct toe te passen, omdat veel gemeenten al voor langere tijd afspraken met zorgaanbieders hebben vastgelegd. In dat geval kan het wijzigen van afspraken pas bij een nieuwe aanbesteding worden overwogen.

#### 3.1.9 Inzetten arbiter bij conflict

Bij het bepalen van de intensiteit van de zorg, verlengen van de zorg en terugkeren van cliënten in het systeem komt het soms voor dat gemeenten het niet eens zijn met de beslissingen van zorgaanbieders of dat gemeenten en zorgaanbieders het onderling niet eens zijn met elkaar. In die situaties kan er een arbiter worden ingeschakeld. Een arbiter is een deskundige die als doel heeft geschillen op te lossen. Een arbiter kan als bemiddelaar worden aangesteld en aangeven of bepaalde zorg noodzakelijk is. Wanneer nodig kan een arbiter ook aangeven dat de zorg verkeerd is toegekend. Het is de bedoeling dat de arbiter helpt conflicten op te lossen op een wijze die voor alle betrokken partijen wenselijk is. De arbiter geeft gemeenten de kans om op te schalen wanneer zij er zelf in een onderhandeling met de zorgaanbieder niet uitkomen.

### +/- Voor- en nadelen

Een arbiter kan duidelijkheid bieden wanneer er conflicten ontstaan. Problemen kunnen zo verholpen worden zonder dat deze geschillen voor een rechter uitgevochten hoeven te wor-

den. Daarbij voelen medewerkers van gemeenten zich vaak gesterkt door de arbiter, omdat hij/zij ondersteuning geeft bij de gesprekken die zij met aanbieders voeren.

## 3.2 Pijler 2 - Bekostigingssystematiek

### 3.2.1 Prestatiebekostiging (P\*Q)

Bij deze vorm van bekostiging worden aanbieders betaald via een gecontracteerd tarief per uur/dag aan geleverde inspanning of per geleverd zorgproduct; ook wel P\*Q (prijs x aantal) genoemd. Hierbij is het gebruikelijk dat er bij een nieuw traject aan de voorkant wordt afgesproken hoeveel uur hulp en/of wat voor product iemand nodig heeft.

#### Voor- en nadelen

Deze maatregel is erg duidelijk en daardoor makkelijk uitvoerbaar. Het is duidelijk welke zorg of welk zorgproduct er geleverd wordt en hoe de prijs hiervoor tot stand komt. Echter, voor een zorgaanbieder zijn er weinig mogelijkheden om af te wijken van het programma. De kosten staan daardoor redelijk vast. Daarbij stimuleert deze bekostigingsmethode zorgaanbieders niet om efficiënter met de tijd om te gaan, aangezien ze voor een vast aantal uren worden betaald ("uurtje factuurtje"). Dit kan zowel kostenbesparingen als innovatie tegenhouden. Zorgaanbieders moeten geprikkeld worden om met nieuwe, innovatieve manieren van het leveren van zorg te komen. Daartoe worden ze in de P\*Q niet gestimuleerd.

### 3.2.2 Resultaatbekostiging

Bij deze vorm van bekostiging worden aanbieders betaald voor een bepaald resultaat ongeacht hoeveel tijd zij daaraan kwijt zijn. Voor de start van een traject wordt er bepaald wat het beoogde resultaat is en welk budget hiervoor beschikbaar wordt gesteld. Wanneer het resultaat vervolgens behaald is (bijvoorbeeld een schoon huis), krijgt de zorgaanbieder het vooraf bepaalde tarief.

#### Voor- en nadelen

Deze maatregel stimuleert (in tegenstelling tot prestatiebekostiging) wel dat zorgaanbieders zo efficiënt mogelijk te werk gaan, aangezien ze niet per uur worden betaald. Wanneer het beoogde resultaat eerder wordt behaald dan verwacht of met minder middelen dan verwacht, krijgen zij alsnog hetzelfde tarief voor hun bewezen diensten. Hier is veel winst te behalen voor zorgaanbieders. Zwaardere zorgtrajecten zijn echter hierdoor minder aantrekkelijk voor zorgaanbieders, aangezien er een groter risico heerst dat het beoogde resultaat daarbij niet wordt behaald. Daarnaast is het niet altijd even duidelijk wanneer

een bepaald resultaat is behaald, waardoor de uitvoerbaarheid in twijfel getrokken kan worden. Ook kan een zorgaanbieder onterecht worden benadeeld, omdat het te behalen resultaat vaak afhangt van meerdere factoren. Factoren die soms niet te beïnvloeden zijn door zorgaanbieders. Zij kunnen in dat geval niet volledig verantwoordelijk worden gehouden voor het resultaat. Denk bijvoorbeeld aan complexe zorggevallen, waarbij een bepaalde behandeling niet aanslaat of problematiek die onverwacht verergert of complexer blijkt te zijn dan voorzien.

#### **Prestatiebekostiging vs. Resultaatbekostiging**

Prestatiebekostiging was lange tijd de meest gebruikelijke methode. Inmiddels kiezen gemeenten steeds vaker voor resultaatbekostiging. Met resultaatbekostiging wordt er minder gedacht vanuit bestaande zorgproducten of uren en meer vanuit de gewenste resultaten voor de cliënt. Er is meer ruimte voor zorg op maat en het loont voor aanbieders om slim te werken, waardoor er een prikkel is om te innoveren en samen te werken met andere zorgaanbieders. Het geeft zorgaanbieders ook de vrijheid om zelf, in overleg met de client, de keuze te maken welke producten/diensten ze inzetten om het resultaat te behalen. Dat alles zou de zorg efficiënter en daarmee goedkoper kunnen maken.

Of de zorg door resultaatbekostiging echt efficiënter en goedkoper wordt, is niet zomaar te concluderen. Daarvoor is gedegen onderzoek nodig, zoals ook benoemd in een artikel van de Volkskrant (2018). In een recent onderzoek voor de regio Hart van Brabant hebben we de volgende vragen beantwoord:

- In hoeverre worden jeugdhulpcliënten binnen het resultaatgerichte werken lager, hetzelfde of hoger ingeschaald dan volgens de oude P\*Q-systematiek?
- Zijn er verschillen in inschaling tussen toegangsmedewerkers bij de gemeenten van de regio Hart van Brabant, de intakeprofessionals bij aanbieders en de medewerkers van het schakelteam?
- Wat zijn de financiële gevolgen van het inschalen in de resultaatgerichte inkoop van jeugdhulp versus de oude systematiek?
- Is het mogelijk om op basis van (de scores op) relevante factoren te voorspellen in welke intensiteit een cliënt wordt ingeschaald?

### 3.2.3 Populatiebekostiging

Bij deze vorm van bekostiging krijgen aanbieders een bepaald budget toebedeeld op basis van populatiekenmerken van de doelgroep die zij van zorg moeten voorzien. Hierbij worden zorgaanbieders dus verantwoordelijk gesteld voor één bepaalde taak of één bepaalde groep. Voorwaarde is dus wel dat de zorg door één zorgaanbieder of door één samenwerkingsverband wordt verzorgd. De zorgaanbieders verschaffen vervolgens zelf de toegang, wat betekent dat deze verantwoordelijkheid van de gemeente verplaatst wordt naar de zorgaanbieders.

#### Voor- en nadelen

Deze vorm van bekostiging legt de verantwoordelijkheid bij de zorgaanbieders, wat de zorgaanbieders de ruimte geeft om zelf te bepalen wat een cliënt nodig heeft. Hierdoor wordt dus de meest passende zorg geboden. Gemeenten lopen hierdoor echter het risico dat zorgaanbieders niet efficiënt met de tijd om gaan, aangezien het budget al vaststaat. Ook is het voor gemeenten moeilijk om de zorg op kwaliteit te controleren.

## 3.3 Pijler 3 - Instroom, doorstroom, uitstroom

### 3.3.1 Uniforme richtlijnen verlengingen

Gemeenten moeten duidelijke richtlijnen opstellen onder welke voorwaarden verlengingen van indicaties wel of niet worden verstrekt. Op deze manier kunnen trajecten/indicaties op basis van dezelfde criteria worden getoetst en kan verwarring of onnodige verlenging worden voorkomen.

#### Voor- en nadelen

Het opstellen van kaders kan processen versnellen en daarbij zorgen voor een uniforme behandeling van trajecten. Daarbij kunnen deze richtlijnen onnodige verlengingen voorkomen. Dat levert direct een besparing op. Een nadeel van deze maatregel is echter dat sommige situaties om maatwerk vragen. Daar is bij deze maatregel minder ruimte voor. Elk traject is net weer anders en behoeft daarom de mogelijkheid om buiten de lijntjes te kleuren. Ondanks dat er duidelijke richtlijnen zijn, hoeft dat dus niet altijd voor meer duidelijkheid te zorgen. Daarbij kan het niet geven van een verlenging er ook toe leiden dat de zorgproblematiek van een cliënt escaleert, waardoor iemand later met verergerde of multiproblematiek terugkomt.



#### Food for thought

Afhankelijk van de gekozen bekostigingssystematiek dient er anders met verlengingen om te worden gegaan. Zo is er een duidelijk verschil tussen de verlengingen bij prestatiebekostiging en resultaatbekostiging. Wanneer gemeenten kiezen voor die laatste manier van bekostiging, zou het in theorie niet mogelijk moeten zijn dat verlengingen worden afgegeven. Dit zou alleen mogelijk moeten zijn wanneer er sprake is van een nieuwe indicatie met een duidelijk nieuw te behalen resultaat. Zorginstellingen zijn namelijk verantwoordelijk voor het te behalen resultaat en wanneer dit niet gehaald kan worden voor de afgesproken prijs is het aan de zorgaanbieders om dit op te lossen. In de praktijk blijkt vaak dat gemeenten hier niet streng op zijn.

### 3.3.2 Toetsen passendheid zorg

Deze maatregel houdt in dat er op verschillende momenten tijdens het zorgproces vastgesteld wordt of zorg daadwerkelijk nodig en nog passend is. Op die manier kan worden voorkomen dat (te zware) indicaties voor zorg en de verlenging daarvan onnodig worden afgegeven. De maatregel kan worden belegd bij een kwaliteitsmedewerker, een medewerker van de toegang, de huisarts (vanuit het medisch domein) of er kan een speciaal schakelteam voor worden opgericht. Er zijn verschillende varianten mogelijk die hieronder besproken zullen worden:

#### Optie 1: Inhoudelijke beoordeling verzoek om toewijzing (VOT)

Bij elke aanvraag of middels steekproef nagaan of aangevraagde zorg daadwerkelijk nodig is. Door de uitkomsten van deze controle actief te delen met consultants leren zij om niet onnodig zorg toe te wijzen.

#### Optie 2: Toetsen trajecten of producten met opvallendheden

Er kan ook worden gekozen om alleen de toewijzing van bepaalde trajecten of productcategorieën te beoordelen, bijvoorbeeld van producten waar veel gebruik van wordt gemaakt of waarvan de kosten hoog uitvallen.

#### Optie 3: Toetsing verlengingen

Verlengingen niet automatisch goedkeuren, maar altijd nagaan of de zorg nog passend is bij de situatie.

#### Optie 4: Halfjaar check

Elk halfjaar vaststellen per cliënt of zorg nog passend is bij de situatie. Daarvoor wordt contact opgenomen met de aanbieder en de cliënt.

#### Voor- en nadelen

Een voordeel van deze maatregel is dat gedurende het zorgtraject beter wordt vastgesteld of bepaalde kosten noodzakelijkerwijs wel gemaakt hoeven te worden. Door kritischer te zijn bij het toewijzen en verlengen van zorg kunnen kosten worden bespaard en door tijdens het zorgtraject ook te controleren of zorg nog steeds nodig en passend is, kan zorg eerder worden afgeschaald. Een nadeel is dat deze maatregel voor meer toetsende en administratieve werkzaamheden zorgt; dit brengt ook kosten met zich mee. Daarnaast bestaat het risico dat men te kritisch wordt bij het toewijzen en verlengen van zorg om kosten te besparen, waardoor de kwaliteit van zorg in gevaar komt. Ten slotte komt het ook voor dat medewerkers zich niet gewaardeerd voelen, omdat zij het gevoel hebben dat hun werk gecontroleerd wordt. Om al aan de voorkant te voorkomen dat er bij het toewijzen van zorg inschattingfouten worden gemaakt, is scholing van medewerkers belangrijk.

#### Voorbeeld

In de regio Hart van Brabant wordt via de inzet van het zogeheten schakelteam continu getoetst of de geïndiceerde zorg en/of ondersteuning passend is bij de hulpvraag en of het juiste daarbij horende arrangement (hoogte van het budget) of product wordt afgegeven (Regio Hart van Brabant, 2018). In dat schakelteam zitten ervaren toegangsmedewerkers met expertise op de verschillende zorgdomeinen. Het team kijkt kritisch mee of bepaalde zorg zo effectief/efficiënt mogelijk wordt ingezet én of de hoogte van de financiering (arrangement of productcode) passend is bij de zorg die wordt voorgesteld. Het team beoordeelt de zorgtrajecten, die vanwege hun omvang opvallen of als ze boven een bepaalde norm uitkomen.

#### 3.3.3 Duurste/meest complexe cliënten in kaart brengen

Deze maatregel houdt in dat de duurste en meest complexe cliënten in kaart gebracht worden om vervolgens te onderzoeken waarom zij zo duur zijn. Wanneer inzichtelijk is wie deze cliënten zijn en welke zorg zij nodig hebben, kan er gekeken worden of daarbij besparingen mogelijk zijn. Bijvoorbeeld doordat blijkt dat doorstroom naar lichtere zorg mogelijk is, of dat er sprake is van onnodige zorgstapeling.

#### Voor- en nadelen

Een voordeel van deze maatregel is dat er op een snelle manier kan worden gekeken naar de passendheid van zorg. Door niet alle (nieuwe) cliënten te toetsen, maar alleen bij de complexe en duurste cliënten na te gaan of zorg passend is, kan met een kleine tijdsinvestering mogelijkveel kosten worden bespaard. Een nadeel van deze maatregel is dat er te veel focus kan komen te liggen bij cliënten met dure of complexe zorgvragen. Door alleen over deze groep inzicht te genereren kan een vorm van negatieve discriminatie ontstaan, omdat puur bij deze groep wordt ingezet op kostenbesparing.

#### 3.3.4 Afwenteling voorkomen

Bij deze maatregel wordt nagegaan of zorg wel vanuit de juiste wet wordt toegekend. Daarmee wordt voorkomen dat bepaalde zorg wordt afgeschoven op domeinen waar de zorg eigenlijk niet thuishoort of wordt toegekend terwijl daar eigenlijk in zijn geheel geen wettelijke grondslag voor is. Dit vraagstuk speelt onder andere bij de volgende thema's:

#### Jeugdwet vs. Wet langdurige zorg (Wlz), Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) & Zorgverzekeringswet (Zvw)

meerdere gemeenten lopen ertegenaan dat cliënten vanaf 18 jaar vanuit de verlengde jeugdhulp worden bekostigd terwijl financiering vanuit de Wlz, Wmo of Zvw logischer zou zijn. Het is belangrijk dat gemeenten voldoende kennis hebben van de wettelijke regels rondom verlengde jeugdhulp, zodat ze deze niet verkeerd toewijzen. Lastig blijft dat er altijd twijfelgevallen bestaan. Belangrijk is om voor die twijfelgevallen vast te stellen in welke gevallen een gemeente verlengde jeugdzorg wil toekennen, zodat 18+ cliënten niet te lang in jeugdhulp blijven hangen. Om de overgang vanuit de Jeugdwet te bevorderen zijn er ook zorgaanbieders die zowel zorg vanuit de Jeugdwet als Wmo bieden. Op die manier kan worden voorkomen dat er op 18 jarige leeftijd een 'harde knip' ontstaat. Anderzijds is het ook mogelijk om zelfs al voor jeugdigen onder de 18 jaar te bekijken of meer zorg vanuit de Wlz kan worden bekostigd. Het gaat dan bijvoorbeeld om kinderen die vanwege een ernstige geestelijke of lichamelijke beperking voortdurend zorg nodig zullen blijven hebben, vanwege de beperkte ontwikkelingsmogelijkheden van deze kinderen.



## Food for thought

Vanaf 2021 krijgen mensen die hun leven lang intensieve geestelijke gezondheidszorg (GGZ) nodig hebben, toegang tot de Wlz, zodat zij de zekerheid hebben dat samenhangende zorg voor de lange termijn is geregeld. Voor jeugdigen onder de 18 jaar zou dan bekeken kunnen worden of geestelijke problematiek mogelijk langdurig is, om in dat geval gelijk zorg vanuit de Wlz toe te kunnen kennen.



## Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) vs. Wet langdurige zorg (Wlz)

Wanneer iemand een Wlz-indicatie heeft, betekent dit dat diegene niet in aanmerking komt voor Wmo dienstverlening. Om te voorkomen dat in zo'n geval toch een indicatie voor Wmo dienstverlening wordt afgegeven, kunnen gemeenten met behulp van een Wlz-Registertoets controleren of burgers al een indicatie Wlz hebben. Via het digitale register van het Gemeentelijke GegevensKnooppunt (GGK) kan bij twijfel, aan de hand van het Burgerservicenummer van een inwoner, worden gecontroleerd of er al een Wlz-indicatie is afgegeven.

## Jeugdwet vs. Wet Passend Onderwijs

Oor de toenemende samenwerking op het gebied van jeugdhulp en onderwijs, kan er verwarring ontstaan vanuit welke wet zorg moet worden toegekend. Grofweg kan het volgende onderscheid worden gemaakt: extra ondersteuning puur gericht op verbetering van het leerproces valt onder de verantwoordelijkheid van het onderwijs vanuit de Wet Passend Onderwijs. Wanneer ondersteuning vanuit school ook op andere gebieden nodig is, dan is de gemeente vanuit de Jeugdwet verantwoordelijk.

### +/- Voor- en nadelen

Door te controleren of zorg wel vanuit de juiste wet wordt toegekend, kan beter in beeld worden gebracht of kosten die vanuit gemeenten worden gemaakt realistisch en terecht zijn. Zo kan worden vastgesteld of kosten toebehoren aan andere partijen, zoals de zorgverzekeraar (Zvw), bekostigd moeten worden vanuit de volksverzekering (Wlz) of vanuit scholen (Wet Passend Onderwijs). Een nadeel is dat door de focus te leggen op zorg vanuit de juiste wetgeving er minder oog is voor maatwerk. Er zijn situaties denkbaar waarbij het belangrijk is om meer vanuit iemands persoonlijke situatie te beoordelen welke zorg passend is, los van wet- en regelgeving. Daarnaast is er soms onduidelijkheid of een verschil van mening tussen betrokken partijen over de vraag onder welke wet bepaalde cliënten

vallen, wat het toepassen van deze maatregel bemoeilijkt. Tot slot brengt de maatregel administratief meer werk met zich mee.

### 3.3.5 Zorgstapeling aanpakken

Complexe casussen worden gecontroleerd om inefficiënte zorgstapeling (dubbelingen en onlogische combinaties) te verhelpen. Wanneer inefficiënte zorgstapeling wordt geconstateerd kan er contact worden gezocht met zorgaanbieders. Bij het ontbreken van een logische verklaring kan de zorgaanbieder worden aangespoord om de zorg beter op elkaar af te stemmen of bepaalde onderdelen van de zorg te beëindigen.

### +/- Voor- en nadelen

Een voordeel van deze maatregel is dat er geen onnodige kosten worden gemaakt, doordat er overlap bestaat tussen zorg(producten) die een cliënt ontvangt of door combinaties van zorg die elkaar tegenwerken. Een nadeel van deze maatregel is dat het administratief gezien meer werk met zich meebrengt.

### 👁 Voorbeeld

In een aantal gemeenten werkt men met een procesregisseur. Samen met alle betrokkenen zet een procesregisseur op een rij welke hulp een cliënt al heeft gehad. Daarbij wordt niet alleen de situatie van de cliënt meegenomen, maar wordt ook gekeken naar de zorg die er totaal binnen een gezin is verstrekt. Door inzichtelijk te maken van welke zorg één gezin allemaal gebruik maakt, kunnen dubbelingen of onlogische combinaties worden opgespoord. Vervolgens kan in samenspraak met het gezin en zorgaanbieders een duidelijk plan van aanpak voor de toekomst worden opgesteld.

### 3.3.6 Ontwikkelen waakvlamfunctie

Wanneer een waakvlamfunctie wordt geïmplementeerd houdt dat in dat er een vinger aan de pols wordt gehouden bij cliënten die klaar zijn met hun behandeling vanuit specialistische zorg, om te voorkomen dat ze na enige tijd weer opnieuw in het systeem belanden. Het gaat om een lichte vorm van begeleiding – iemand die structureel contact houdt met de cliënt - om zo op lange termijn te voorkomen dat cliënten terugvallen in zwaardere en daarmee duurdere zorg. Mensen hebben door deze maatregel iemand om op terug te vallen wanneer het even iets minder gaat.



## Voor- en nadelen

Een voordeel van deze maatregel is dat op lange termijn kan worden voorkomen dat cliënten terugvallen in zware, complexe en daarmee dure zorg. Een nadeel is echter dat op korte termijn de kosten juist kunnen toenemen, omdat meer mensen een vorm van lichte zorg zullen ontvangen. Daarnaast brengt de maatregel ook een financieel risico met zich mee, omdat er structureel capaciteit moet worden gecreëerd. Wanneer de waakvlamfunctie bijvoorbeeld bij het sociale wijkteam wordt belegd, zal de agenda van de medewerkers snel vollopen met afspraken rondom de waakvlamfunctie. Wanneer daarvoor niet structureel de capaciteit wordt uitgebreid, bestaat er het risico van oplopende wachttijden bij de intake van nieuwe cliënten. Het mogelijke gevolg daarvan is dat de problematiek van aanstaande cliënten in de tussentijd verergert, waardoor zij uiteindelijk zwaardere zorg nodig hebben.

### 3.3.7 POH-GGZ (Jeugd) inzetten/uitbreiden

Een praktijkondersteuner huisartsen voor geestelijke gezondheidszorg (POH-GGZ) is een deskundige binnen de huisartsenpraktijk, met kennis van en ervaring in de geestelijke gezondheidszorg. Door aanwezigheid van een POH-GGZ kunnen mensen (of specifiek jeugdigen) met psychische vragen eerst op een laagdrempelige manier worden geholpen binnen de huisartsenpraktijk, waardoor verwijzing naar een psycholoog of de GGZ niet (direct) nodig is. De functie POH-GGZ kan worden ingevuld door een medewerker van de huisartsenpraktijk, er kan een nieuwe vacature voor worden uitgeschreven of er kan iemand vanuit het sociaal wijkteam aanwezig zijn in de huisartsenpraktijk. Een voordeel van die laatste optie is dat er daardoor een betere samenwerking tussen huisartsen en het wijkteam tot stand kan worden gebracht. Mogelijk leidt dat tot adequatere doorverwijzing door huisartsen.

## Voor- en nadelen

Een voordeel van een POH-GGZ is dat psychische vragen eerst kunnen worden opgevangen binnen de huisartsenpraktijk. Daarmee kan het aantal verwijzingen vanuit huisartsenpraktijken teruggedrongen worden. Een nadeel is dat de vrije keuze van zorg wordt ingeperkt, de rollen en taken van huisartsenzorg en de GGZ in elkaar over gaan lopen en er is een risico dat een POH-GGZ te aanzuigend werkt, omdat cliënten snel door zullen hebben dat er bij de huisarts 'gratis' psychologische hulp te krijgen is.

## Voorbeeld

De verwachte resultaten van een POH-GGZ zijn de volgende:

- Laagdrempelige zorg dicht bij huis;
- Brede (integrale) aanpak van Jeugdzorg problematiek in de gezinnen en/of huishoudens;
- Versteving van de signaleringsfunctie door uitwisseling van kennis en ervaring;
- De samenwerking tussen huisartsen en toegangsteams en het onderwijs wordt versterkt;
- Kostenbesparing door een verschuiving van de specialistische Jeugdzorg naar zorg geleverd door de POH-er

Wanneer de POH-GGZ ingezet gaat worden, is het belangrijk om te onderzoeken wat de daadwerkelijke opbrengsten hiervan zijn. Benieuwd wat wij hierin voor u kunnen betekenen? Zie onze whitepaper over de POH-GGZ, ook te vinden op [www.vandamoosterbaan.nl/projecten](http://www.vandamoosterbaan.nl/projecten).

### 3.3.8 Van residentieel naar gezinsvormen/zelfstandig wonen

Deze maatregel focust zich op het verminderen van het aantal mensen dat residentiële zorg krijgt en deze onder te brengen in andere goedkopere vormen van zorg, zoals gezinsvormen of zelfstandig wonen. Er zijn verschillende opties om deze verschuiving mogelijk te maken:

#### **Optie 1: Creëren van meer woningen, om zelfstandig of begeleid te wonen**

#### **Optie 2: Wanneer de keuze bestaat tussen residentiële en ambulante zorg, zo vaak mogelijk verwijzen naar ambulante zorg als dat passend is voor de cliënt**

#### **Optie 3: Meer gezinshuizen en pleeggezinnen werven.**

## Voor- en nadelen

Allereerst levert deze maatregel een behoorlijke kostenbesparing op wanneer de hoeveelheid mensen die residentiële zorg krijgt, wordt teruggebracht. Ook verhoogt deze maatregel de kwaliteit van leven door mensen (meer) zelfstandigheid te bieden en kinderen vanuit de Jeugdwet zoveel mogelijk in een gezinssituatie te laten opgroeien. Er zitten echter ook nadelen aan. Zo is een risico van deze maatregel dat mensen die residentiële zorg wel echt nodig hebben, dit niet krijgen. Hierdoor kan de problematiek van hen mogelijk verslechteren, waardoor later nog zwaardere zorg nodig is. Daarbij is er op dit moment weinig woningaanbod, wat de uitvoerbaarheid bemoeilijkt. Het niet kunnen vinden van een ka-

mer, woning of alternatieve woonvorm is een belangrijke reden waardoor jongeren langer in jeugdzorg met verblijf zitten dan nodig.

### Food for thought

Uitstroom uit verblijf is door het woningtekort op dit moment moeilijk te realiseren. Gemeenten zijn wel bezig met creatieve oplossingen om toch aan woningen te komen. Zo beoogt de gemeente Utrecht de doorstroming op de woningmarkt weer op gang te krijgen door woningzoekenden 75% van hun inschrijftijd te laten behouden bij het accepteren van een sociale huurwoning (Algemeen Dagblad, 2019). Daardoor zijn inwoners minder bang om een sociale huurwoning te accepteren en komt er meer beweging in de woningmarkt.

Een creatieve manier om woningen te realiseren voor jeugdzorgjongeren is bijvoorbeeld het initiatief Kamers met Aandacht (2020). Jongeren wonen zelfstandig, met steun van hun omgeving en vertrouwde begeleider. Zowel bedrijven als particuliere verhuurders kunnen een kamer of woonruimte aanbieden. Daarin zijn verschillende vormen mogelijk. Denk aan jeugdzorgjongeren die samenwonen met elkaar, met studenten of ouderen. Of aan een woon-unit bij het bedrijf waar ze werken met steun vanuit de omgeving.



## 3.4 Pijler 4 - Preventie

### 3.4.1 Investeren in voorliggend veld

Het voorliggend veld of voorliggende voorzieningen betreft voorzieningen waar mensen gebruik van kunnen maken zonder indicatie vanuit de gemeente; het zijn voorzieningen die voor iedereen toegankelijk zijn. Daarbij kan het gaan om vrijwilligersinitiatieven of gefinancierde voorzieningen vanuit de gemeente, zoals welzijnsorganisaties en burgerinitiatieven. Niet iedereen kan zijn of haar hulpvragen oplossen binnen het eigen netwerk. Het is daarom belangrijk dat het voorliggend veld zo is georganiseerd dat inwoners daar laagdrempelige ondersteuning kunnen vragen. Investeren in het voorliggend veld kan bijvoorbeeld door vanuit de gemeente inspanning te leveren om vrijwilligers te werven. Meer algemeen kunnen gemeenten het preventiebudget vergroten om vrijwillige (burger)initiatieven mo-

gelijk te maken. Door meer zorg vanuit het voorliggend veld te geven, neemt het gebruik van dure specialistische zorg mogelijk af.

Er zijn verschillende mogelijkheden om te investeren in het voorliggend veld. In dit rapport delen we een aantal opties die gemeenten hebben:

#### Optie 1: Het preventiebudget vergroten

Vanuit de gemeente meer geld beschikbaar stellen (door middel van subsidies) om hulpvragen op een laagdrempelige manier te kunnen ondervangen. Gemeenten vinden het belangrijk dat er verbondenheid is tussen gemeente en maatschappij. Voor deze verbondenheid is het belangrijk dat burgers iets bij kunnen dragen aan het welzijn van inwoners. Hiervoor verstrekken de meeste gemeenten subsidies aan partijen die op hun manier willen bijdragen. Subsidies worden bijvoorbeeld verstrekt aan sociale (wijk)teams, hulpverlenende instanties (zoals de GGD en de voedselbank), burgers die mantelzorg verlenen, of andere burgerinitiatieven die bijdragen aan de zorg en ondersteuning van medeburgers.

#### Optie 2: Meer bekendheid genereren over voorliggende initiatieven die er in gemeente zijn

Zo kan er bijvoorbeeld een hulpwijzer worden gemaakt, om er zo op aan te sturen dat professionals als huisartsen en consulenten mensen eerst verwijzen naar hulp uit het voorliggend veld. Ook de communicatie van dit soort voorliggende initiatieven richting cliënten zelf is een aandachtspunt. Dit kan onder meer door voorliggende initiatieven op te nemen in de sociale kaart.

#### Optie 3: Vrijwilligers werven

Zorgen dat meer mensen een actieve bijdrage leveren aan de samenleving, zodat meer ondersteuning kan worden geboden vanuit het preventieve veld. Belangrijk hierbij is dat er ook aandacht is voor voldoende training van vrijwilligers.

#### Optie 4: Het samenbrengen van kwetsbare doelgroepen

Het organiseren van bijeenkomsten en het mogelijk maken van lotgenotencontact voor kwetsbare doelgroepen en hun omgeving. Het gaat daarbij om kleinschalige en laagdrempelige projecten om kwetsbare doelgroepen een steuntje in de rug te geven en voor onderlinge ondersteuning.

### Optie 5: Campagnes en voorlichting aan kwetsbare doelgroepen

Door middel van campagnes en voorlichtingen kwetsbare doelgroepen meer bewustmaken van eigen (keuze)gedrag aangaande hun psychisch- en fysiek welbevinden, met als doel dat deze groep minder snel in de problemen komt.

#### Voor- en nadelen

Een voordeel van meer investeren in het voorliggend veld is dat mogelijk kan worden voorkomen dat mensen op termijn zwaardere hulp nodig hebben. Een nadeel is dat het moeilijk vast te stellen is hoe effectief bepaalde voorliggende initiatieven zijn, waardoor het de vraag is of die extra investering vanuit gemeenten uiteindelijk zijn vruchten afwerpt. Daarnaast kunnen vrijwilligers of professionals vanuit het voorliggend veld overbelast raken wanneer er teveel hulpvragen bij hen worden neergelegd.

#### Food for thought

Het vaststellen van de effectiviteit van initiatieven in het voorliggend veld is complex. Er zijn daarom ook gemeenten die ervoor kiezen het subsidiebudget dat wordt verstrekt aan maatschappelijke partijen te verlagen. Het verlagen van het subsidiebudget is een makkelijke manier om snel een kostenbesparing te bewerkstelligen. Echter, wanneer er gekort wordt op deze subsidies komt de verbondenheid tussen gemeente en samenleving mogelijk in het geding. Daarnaast zorgt het er ook voor dat er minder hulpvragen in het preventieve veld kunnen worden opgevangen.



#### 3.4.2 Kritisch kijken naar subsidiebudget

Aanpassingen doen in het subsidiebudget dat subsidiepartners van gemeenten ontvangen of strengere kwaliteitseisen stellen bij het verstrekken van subsidies.

### Optie 1: Het totale budget herverdelen

Gemeenten kunnen ervoor kiezen om het beschikbare subsidiebudget te herverdelen. Door bijvoorbeeld extra subsidie te geven aan initiatieven die een duidelijke bijdrage leveren aan preventie.

### Optie 2: Strengere kwaliteitseisen

Het opstellen van duidelijke en strengere kwaliteitseisen voor het verkrijgen van subsidies om op deze manier de subsidiekosten te kunnen verlagen en de effectiviteit van maatschappelijke initiatieven beter te kunnen waarborgen. Binnen de kwaliteitseisen kan aansluiting worden gezocht met gemeentelijk beleid. Deze strengere kwaliteitseisen moeten vervolgens ook worden gehandhaafd.

#### Voor- en nadelen

Het doel van het herverdelen van subsidies of het stellen van strengere kwaliteitseisen is om alleen subsidies te verstrekken aan partijen die daadwerkelijk bijdragen aan het versterken van het voorliggend veld, waardoor de druk op formele zorg afneemt. Door kritischer te kijken naar subsidies die worden verstrekt en aan wie, kunnen subsidie uitgaven efficiënter worden besteed. Een nadeel van deze maatregel is echter dat het moeilijk is om de kwaliteit vast te stellen van zorg die met behulp van subsidies is verstrekt. Daarbij vraagt het een interne investering om kwaliteitseisen op te stellen en ervoor te zorgen dat deze worden nageleefd.



#### Food for thought

Het vaststellen van de effectiviteit van initiatieven uit het voorliggend veld is complex. En mooi voorbeeld hoe in de praktijk toch een manier wordt gevonden om de preventieve waarde van een maatregel vast te stellen, blijkt uit een onderzoek van MEE (2017). In dit onderzoek is gekeken wat cliëntenondersteuning vanuit de maatschappelijke organisatie MEE heeft opgeleverd en hoeveel maatwerkvoorzieningen er binnen de Wmo en Jeugdwet zijn voorkomen, verkleind of uitgesteld. Ook is in beeld gebracht welke besparing in euro's dit oplevert.

#### 3.4.3 Versterken eigen kracht en regie

Bij deze maatregel wordt meer uitgegaan van de eigen kracht en regie van mensen. Daarvoor zijn twee opties:

### Optie 1: Versterken zelfredzaamheid

Consulenten vanuit gemeenten kunnen cliënten stimuleren meer zelfredzaam te zijn. Daarbij is het belangrijk om eerst in kaart te brengen hoe zelfredzaam iemand (nog) is om vervolgens initiatieven op te zetten die de zelfredzaamheid van mensen kunnen vergroten.

#### Voorbeeld

Een manier om de zelfredzaamheid van mensen in kaart te brengen is de Zelfredzaamheid-Matrix (ZRM). Het is een instrument dat kan worden gebruikt bij de intake, voortgang en afsluiting van zorgtrajecten (Movisie, 2018). Door meerdere keren tijdens een zorgtraject te toetsen hoe het is gesteld met de zelfredzaamheid van mensen, is het mogelijk om inzicht te krijgen of er gaandeweg vooruitgang is geboekt.

Vanuit diverse gemeenten zijn uiteenlopende projecten opgezet om mensen meer zelfredzaam te maken, zoals:

- Een training om de zelfredzaamheid van kwetsbare leerlingen te vergroten, zodat ze uiteindelijk in staat zijn om zelf naar school te gaan
- Een training voor het vergroten van psychologische flexibiliteit van jeugdigen, om weerbaarder te worden en normale opgroeiproblemen te normaliseren
- Een training om de financiële zelfstandigheid van kwetsbare doelgroepen te vergroten
- Bijeenkomsten om de zelfredzaamheid van kwetsbare zwangere vrouwen te vergroten

### Optie 2: Zorg uit eigen netwerk cliënt

Consulenten vanuit gemeenten en professionals werkzaam bij zorginstellingen kunnen cliënten stimuleren (meer) gebruik te maken van zorg uit hun eigen netwerk (WMO) en ouders stimuleren meer zorg voor hun eigen kind op zich te nemen (Jeugd).

#### Voorbeeld

Kennisinstituut Movisie (Kruijswijk, et al., 2014) geeft 44 methoden om het eigen netwerk van mensen te versterken. De methoden zijn verdeeld over zeven actuele thema's:

1. Netwerk in kaart brengen
2. Mantelzorg: betrekken en ondersteunen van mantelzorgers
3. Eenzaamheid: het netwerk versterken en uitbreiden, met speciale aandacht voor ouderen
4. Wijkgericht: stimuleren van sociale netwerken in wijk, buurt of straat
5. Eigen kracht: wat mensen zelf kunnen doen om hun netwerk te versterken
6. Samenredzaamheid: wat mensen samen met hun netwerk kunnen doen
7. Sociale media en websites: online activiteiten om aan het netwerk te werken

Een andere manier om het eigen netwerk te versterken is de Eigen-Kracht-conferentie (EK-c), waarmee het mogelijk is voor een cliënt om, samen met een professional (de EK-coördinator), zijn of haar netwerk bijeen te brengen om in samenspraak met hen een plan op te stellen om zo gezamenlijk een probleem op te lossen (Lieshout & Goorhuis, 2012).

#### Voor- en nadelen

Een voordeel dat mensen worden gestimuleerd om meer zelfredzaam te zijn en meer gebruik te maken van het eigen netwerk is dat er direct kostenbesparingen kunnen worden gerealiseerd. Een nadeel van zorg uit het eigen netwerk is dat er weinig zicht is op de kwaliteit van deze zorg. Wanneer problemen daardoor verergeren, is er later wellicht juist zwaardere zorg nodig dan wanneer er eerder professionele hulp was geboden. Daarnaast bestaat het risico dat teveel verantwoordelijkheid bij het eigen netwerk leggen ervoor zorgt dat mantelzorgers overbelast raken.



#### Best Practice

Een concreet initiatief binnen de Jeugdzorg om meer ondersteuning te bieden vanuit het eigen netwerk is het werken met 'Jouw Ingebrachte Mentor' (JIM). Jongeren kiezen zelf een mentor die ze al kennen en vertrouwen: een familielid, vriend of andere bekende. Een JIM fungeert als vertrouwenspersoon voor een jongere en als vertegenwoordiger richting ouder(s) en professionals. In een onderzoek door de Universiteit van Amsterdam is vastgesteld dat JIM's niet alleen op korte termijn, maar ook op lange termijn effectief blijken (ZonMw, 2019).

### 3.4.4 Nauwe samenwerking onderwijs

Door samenwerking tussen onderwijs en jeugdhulp krijgen gemeenten jeugdigen met problemen eerder in beeld te krijgen en hulpvragen eerder te ondervangen. Er kan daarbij enerzijds worden ingezet op het beleidsmatig versterken van het snijvlak tussen jeugdhulp en onderwijs. Daarnaast kan ook worden ingezet op meer begeleiding op scholen voor (extra) hulpverlening aan leerlingen, de zogenoemde onderwijs-zorgarrangementen. Deze arrangementen zijn er in vele soorten en maten, maar het gaat altijd om vergaande afspraken tussen onderwijs en jeugdhulp over de inzet van expertise en personeel voor jeugdigen.

#### Voor- en nadelen

Een voordeel van jeugdhulp op het grensvlak onderwijs, is dat problemen van kinderen en jongeren eerder kunnen worden opgemerkt, zodat (zwaardere) jeugdhulp in de toekomst niet nodig is. Een nadeel is echter dat extra begeleiding vanuit scholen of ambtenaren die zich met dit snijvlak bezighouden ook betekent dat er op dat gebied meer kosten worden gemaakt. Aangezien niet alle zware zorg op termijn voorkomen kan worden, is het lastig inschatten hoeveel die extra investering in het onderwijs uiteindelijk zal opleveren.

#### Voorbeeld

Voorbeelden van onderwijs-zorg arrangementen zijn:

- Arrangementen gericht op de herintegratie van jeugdigen na een opname of behandeling
- Arrangementen voor jongeren die uit detentie komen
- Arrangementen voor de herintegratie van thuiszitters
- Arrangementen die jongeren begeleiden naar werk, met inzet van jeugdhulp (wanneer terugleiden naar onderwijs geen optie meer is)



#### Food for thought

Minister Slob (Minister voor Basis- en Voortgezet Onderwijs) en minister De Jonge (Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport) schreven in een kamerbrief in november 2018 dat de samenwerking tussen jeugdhulp en onderwijs verbeterd moet worden, om op deze manier kinderen van de beste zorg te kunnen voorzien (Rijksoverheid, 2018). De gedachte hierachter is dat deze samenwerking zwaardere zorgvormen voor hulpbehoevende kinderen zal voorkomen, door vroegtijdig problematiek te signaleren en te verhelpen.

Benieuwd hoe wij vanuit Van Dam & Oosterbaan bijdragen aan het versterken van de samenwerking tussen jeugdhulp en onderwijs? Bekijk deze blog op onze website voor meer informatie. Daarin beschrijven we hoe data-analyse een rol kan spelen bij het verkrijgen van inzicht over de inzet van ondersteuning op scholen. Zo is het bijvoorbeeld belangrijk om te weten hoeveel jeugdhulpcliënten er per school zijn en welke jeugdhulp er per school wordt ingezet.

## 3.5 Pijler 5 - Organisatie

### 3.5.1 Datagedreven werken

Wanneer gemeenten datagedreven willen gaan werken, kiezen zij ervoor om met behulp van data tot beter onderbouwde beleidskeuzes en besluitvorming te komen. Daarvoor moet monitoring uitgebreid worden. Door frequenter gebruik te maken van rapportages kan het verloop van operationele werkzaamheden worden gevolgd en verbeterd. Er zijn twee opties om meer datagedreven te werken:

#### Optie 1: Dashboards en (kwartaal)rapportages ontwikkelen

Door middel van het ontwikkelen van dashboards en (kwartaal)rapportages meer inzicht genereren in de prestaties van gemeenten om besluitvorming te optimaliseren.

#### Optie 2: Bij elke pilot een businesscase opstellen, om de effectiviteit ervan te meten

Wanneer er wordt geëxperimenteerd met een nieuwe beleidsmaatregel in een pilot-gebied, daarbij met behulp van data inzicht genereren in de kosten- en baten om te bepalen of het nieuwe beleid effectief is.



## +/- Voor- en nadelen

Door deze manier van werken aan te nemen kunnen er beslissingen genomen worden op basis van onderbouwde argumenten en niet alleen op basis van een onderbuikgevoel. Hierdoor kunnen gemeenten gericht aan oplossingen werken en dus ook efficiënter te werk gaan. Daarnaast wordt het voor alle medewerkers van de gemeenten inzichtelijk en duidelijk waar problemen liggen en hoe zij daarmee aan de slag kunnen. Nu blijkt alleen nog vaak dat gemeenten hun data niet (voldoende) op orde hebben, waardoor het tijd kost voordat deze manier van werken daadwerkelijk effect heeft. Op de korte termijn kan deze maatregel lastig zijn om goed te bewerkstelligen, maar wanneer er voldoende energie in wordt gestoken, hebben gemeenten hier op de lange termijn baat bij.

## 👁 Voorbeeld

Tips over datagedreven werken? Lees hier onze whitepapers over [datagedreven werken](#) en de [beleidsanalist](#). Ook te vinden via [www.vandamoosterbaan.nl/projecten](http://www.vandamoosterbaan.nl/projecten).

### 3.5.2 Integraal werken

Integraal werken gaat uit van een samenhangende aanpak vanuit meerdere beleidsterreinen. Enerzijds vanuit het perspectief van de cliënt, waarbij één zorgtraject wordt opgesteld vanuit alle relevante leefgebieden. Anderzijds vanuit organisatorisch perspectief, waarbij ambtenaren hun werkwijze en expertise op elkaar afstemmen.

#### Optie 1: Gedeeld paradigma creëren

Een gezamenlijk doel en visie opstellen voor het hele sociale domein, zodat er een gedeelde identiteit ontstaat over beleidsafdelingen heen en de communicatie onderling verbetert.

#### Optie 2: Informatie en kennis delen

Informatie en kennis delen tussen alle betrokken partijen binnen het sociaal domein.

#### Optie 3: Werken vanuit één systeem

Zorgen dat alle medewerkers van gemeenten kunnen werken in hetzelfde systeem, waardoor alle gegevens gebundeld worden en informatie niet verloren gaat of gemist wordt.

#### Optie 4: Eén zorgplan opstellen per cliënt

Zorgen dat er één zorgplan wordt opgesteld over verschillende beleidsterreinen heen.

## +/- Voor- en nadelen

Wanneer deze manier van werken volledig geïmplementeerd is in de organisatie zal dit allereerst onnodige zorgstapeling voorkomen. Doordat er voor een integrale aanpak wordt gekozen, wordt voorkomen dat er voor een cliënt meerdere zorgplannen worden opgesteld. Daarbij zal het de gemeenschapszin bij de medewerkers van de gemeenten ook verhogen. Eenzelfde doel en visie zullen hier sterk aan bijdragen. Dit verhoogt de efficiëntie van de gemeenten en leidt mogelijk tot kostenbesparingen. Hier staat wel tegenover dat het een hele klus kan zijn om van verschillende (zelfsturende) afdelingen een omschakeling te maken naar deze integrale manier van werken. Hier geldt eigenlijk hetzelfde als bij datagedreven werken. Voor de korte termijn zal het een grote (tijds)investering vragen, maar op de lange termijn hebben de gemeenten er veel baat bij.

### 3.5.3 Gemeentelijke zorgtaken door een derde partij

Gemeenten kunnen ervoor kiezen om hun zorgtaken te beleggen bij een derde partij. Gemeenten kunnen deze derde partij volledig verantwoordelijk maken voor het toewijzen en aanbieden van zorg. De wettelijke zorgtaak en daarmee de financiële verantwoordelijkheid ligt nog steeds bij de gemeente.

## +/- Voor- en nadelen

Sinds de decentralisatie van de zorg hebben gemeenten een belangrijke zorgtaak richting burgers. Het organiseren van de juiste structuur en werkprocessen is voor veel gemeenten een lastige opgave. Daarbij komt dat zorg onoverzichtelijk wordt, wanneer teveel partijen betrokken zijn. Door de zorgtaken te beleggen bij een derde partij wordt de volledige zorg en ondersteuning gecentraliseerd op één plek, om zo de lijnen kort te houden en bureaucratie te voorkomen. Zo kan het overzicht worden bewaard. Gemeenten die zelf moeite hebben met het inrichten van de zorgtaak kunnen daarnaast bewust de keuze maken om dit te beleggen bij een derde partij met meer kennis en expertise. In theorie zorgt deze maatregel ervoor dat er voor inwoners één duidelijk aanspreekpunt is wanneer zij zorg nodig hebben en dat er efficiënt kan worden gewerkt. In de praktijk blijken er echter ook haken en ogen te zitten aan het inschakelen van een derde partij. Door de zorgtaak meer op afstand te zetten, hebben gemeenten minder inzicht in wat er gebeurt. Gemeenten verliezen daarmee grip, terwijl zij uiteindelijk wel wettelijk en financieel verantwoordelijk blijven voor de zorg aan hun inwoners. Wanneer derde partijen



uiteindelijk toch niet de juiste kennis en expertise blijken te hebben, is het lastig voor gemeenten om te achterhalen wat er mis gaat. Van te voren lijkt het alsof een vast budget aan een derde partij de risico's afdekt. Dat is echter niet het geval, omdat een derde partij bij problemen uiteindelijk zal aankloppen bij de gemeente voor extra financiële middelen. Aangezien de wettelijke taak bij gemeenten blijft liggen, zullen zij dan vaak alsnog overstag moeten gaan.

#### 3.5.4 Aanpassen takenpakket sociaal wijkteam

Het takenpakket van het sociale wijkteam kan aangepast worden om op die manier een besparing te realiseren. Enerzijds kan dat door de sociale wijkteams meer taken te geven, zodat verwijzing naar zware zorg wellicht minder vaak nodig is. Anderzijds kan het takenpakket van sociale wijkteams ook worden versmald, om vanuit de eigen organisatie direct kosten te besparen.

#### Optie 1: Uitvoering zorg door sociaal wijkteam

Sociaal wijkteam zelf (meer) laagdrempelige zorg laten bieden om doorverwijzingen naar gespecialiseerde zorg te voorkomen.

#### Voor- en nadelen

Naast mogelijke financiële voordelen kan de maatregel ook kwalitatieve voordelen met zich meebrengen, omdat de gemeente meer grip heeft op een sociaal wijkteam dan op een externe organisatie die zorg biedt (tenzij de sociale wijkteams volledig zelfstandig opereren). Door laagdrempelige zorg vanuit de sociale wijkteams kan een hulpvraag daarnaast snel worden opgepakt, zodat problemen wellicht met lichte zorg verholpen kunnen worden en zwaardere zorg uiteindelijk niet nodig is. Al lopen wachttijden bij wijkteams inmiddels vaak op. Een nadeel van uitvoering van zorg door wijkteams is dat zij door deze maatregel meerdere petten op hebben. De rollen van zowel toegangs- als zorgverlener kunnen door elkaar gaan lopen. Een ander risico is dat sociale wijkteams door hun zorgachtergrond inwoners vaker doorverwijzen naar duurdere zorg, omdat zij te weinig kostenbewust zijn (zie ook voor- en nadelen optie 2). Tot slot verhoogt deze maatregel de werkdruk van sociale wijkteams.

#### Optie 2: Sociaal wijkteam alleen complexe multiproblematiek laten oppakken

#### Voor- en nadelen

Vooraf in gemeenten waar wijkteams (deels) bestaan uit zorgprofessionals in dienst van een zorgaanbieder blijkt volgens het CPB dat de doorverwijzing naar professionele zorg toeneemt. Vanuit gemeenten zonder wijkteams wordt zorg vaak toegewezen door

Wmo-consulenten. Zij houden over het algemeen meer rekening met de kosten voor gemeenten dan zorgprofessionals. Door sociale wijkteams alleen de zwaarste (meervoudige) hulpvragen te laten oppakken, kunnen gemeenten voorkomen dat veel mensen worden doorverwezen naar professionele zorg. Een kanttekening is wel dat zorgprofessionals in wijkteams vanuit hun expertise mogelijk beter in staat zijn om verborgen problematiek boven water te krijgen. Het toewijzen van professionele zorg vanuit wijkteams kan vanuit dat oogpunt ook noodzakelijk zijn. In dat geval zou het financiële belang juist minder zwaar moeten wegen.

Lees ook onze [blog](https://vandamoosterbaan.nl/blog/) over sociale wijkteams: kostenpost of wondermiddel? Ook te vinden via <https://vandamoosterbaan.nl/blog/>.

## Eindwoord

Deze bundel geeft een overzicht van beheersmaatregelen en de voor- en nadelen van de maatregelen. De implementatie van beheersmaatregelen vergt echter inzicht over welke beheersmaatregel voor welke situatie het meest geschikt is. Elke gemeente is weer anders met een andere infrastructuur van de Jeugd en WMO en een ander zorglandschap. Om te bepalen welke beheersmaatregelen jouw gemeente het beste gaan helpen, bieden wij van Van Dam & Oosterbaan allerlei diensten aan die helpen deze keuzes te maken. Door gebruik te maken van data in combinatie met beleidsinhoudelijke kennis, maakt Van Dam & Oosterbaan inzichtelijk welke keuzes het meest geschikt zijn.

### Literatuur

Bastiaanssen, I., Telgen, J., Uenk, N. & Wind, M. (2018). Monitor Gemeentelijke zorginkoop 2018. Stand van zaken inkoop diensten in het kader van Wmo 2015 en Jeugdwet. Geraadpleegd via: <https://www.nji.nl/nl/Kennis/Publicaties/Nji-Publicaties/Monitor-Gemeentelijke-zorginkoop-2018>

Huisman, C. (2018, december). Steeds meer gemeenten kopen jeugdzorg in op basis van de te behalen resultaten. De Volkskrant. Geraadpleegd via: <https://www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/steeds-meer-gemeenten-kopen-jeugdzorg-in-op-basis-van-de-te-behalen-resultaten~b4b3c3d2/?referer=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F>

De Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie (ZonMw). (2019, oktober). Natuurlijk mentorschap effectief in jeugdhulp. Geraadpleegd via: [https://www.zonmw.nl/index.php?id=129&tx\\_news\\_pi1%5Bnews\\_preview%5D=4746&tx\\_news\\_pi1%5Bcontroller%5D=News&tx\\_news\\_pi1%5Baction%5D=detail&cHash=800f0cc37b247ae18e6ea2d8e2e8c124](https://www.zonmw.nl/index.php?id=129&tx_news_pi1%5Bnews_preview%5D=4746&tx_news_pi1%5Bcontroller%5D=News&tx_news_pi1%5Baction%5D=detail&cHash=800f0cc37b247ae18e6ea2d8e2e8c124)

De Rechtspraak. (2019, oktober). Aanbieders jeugdhulp in het gelijk gesteld in kort geding tegen 10 gemeenten. Geraadpleegd via: <https://www.rechtspraak.nl/Organisatie-en-contact/Organisatie/Rechtbanken/Rechtbank-Den-Haag/Nieuws/Paginas/Aanbieders-jeugdhulp-in-het-gelijk-gesteld-in-kort-geding-tegen-10-gemeenten.aspx>

De Stentor. (2019, oktober). Pluryn diep in het rood; zorginstelling sluit deuren voor schrijnende, acute gevallen. Geraadpleegd via: <https://www.destentor.nl/apeldoorn/plu->



ryn-diep-in-het-rood-zorginstelling-sluit-deuren-voor-schrijnende-acute-gevallen~a-0ca76f2/?referrer=https://www.google.nl/

Hoekstra, D. (2019, mei). Plan Utrecht: 75 procent van inschrijftijd behouden na accepteren sociale huurwoning. Algemeen Dagblad. Geraadpleegd via: <https://www.ad.nl/utrecht/plan-utrecht-75-procent-van-inschrijftijd-behouden-na-accepteren-sociale-huurwoning~a7d42cd1/>

Kamers met Aandacht. (2020). Werkwijze. Geraadpleegd via: <https://kamersmetaandacht.nl/werkwijze/>

Kruijswijk, W., Veer, van der, M., Brink, C., Calis, W., Maat, van de, J. W., & Redeker, I. (2014). Aan de slag met sociale netwerken. Geraadpleegd via: <https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/publication-attachment/Aan-de-slag-met-sociale-netwerken%20%5BMOV-2237000-1.1%5D.pdf>

Lieshout, H. & Goorhuis, M. (2012). Methodebeschrijving Eigen Krachtconferentie. Stichting Eigen Kracht Centrale. Geraadpleegd via: <https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/2018-03/Methodebeschrijving-eigen-kracht-conferentie.pdf>

MEE. (2017). Preventieve waarde cliëntondersteuning MEE. Geraadpleegd via: <http://meezuidlimburg.nl/wp-content/uploads/2017/09/Integraal-rapport-Preventieve-waarde-MEE-20170320.pdf>

Movisie. (2018, april). De Zelfredzaamheid-Matrix (ZRM). Geraadpleegd via: [https://www.movisie.nl/tool/zelfredzaamheid-matrix-zrm?gclid=EAlaIQobChMlpvXZiu-Z5wl-Vw-R3Ch3ekQxBEAAYASAAEgLYjvD\\_BwE](https://www.movisie.nl/tool/zelfredzaamheid-matrix-zrm?gclid=EAlaIQobChMlpvXZiu-Z5wl-Vw-R3Ch3ekQxBEAAYASAAEgLYjvD_BwE)

Regio Hart van Brabant. (2018). Jeugdhulp 2018. Geraadpleegd via: <https://www.zorgin-regiohartvanbrabant.nl/jeugdhulp-2/jeugdhulp-2018-nieuw/>

Rijksoverheid. (2018). Kamerbrief over onderwijs en zorg. Geraadpleegd via: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2018/11/23/kamerbrief-over-onderwijs-en-zorg>

Schenk, H. (2019, juli). Fors meer aanvragen om gemeentelijke zorg en hulp: 'Als Rijk ons niet compenseert, is actie nodig'. BN DeStem. Geraadpleegd via: <https://www.bndestem.nl/etten-leur/fors-meer-aanvragen-om-gemeentelijke-zorg-en-hulp-als-rijk-ons-niet-compenseert-is-actie-nodig~ad1e15e6/?referrer=https://www.google.com/>

nl/etten-leur/fors-meer-aanvragen-om-gemeentelijke-zorg-en-hulp-als-rijk-ons-niet-compenseert-is-actie-nodig~ad1e15e6/?referrer=https://www.google.com/

Van der Kooi, V. (2019, 31 augustus). Alarm om zorg in Eindhoven: inwoners moeten te lang wachten en gemeente verlaagt budgetten. Eindhovens Dagblad. Geraadpleegd via <https://www.ed.nl/eindhoven/alarm-om-zorg-in-eindhoven-inwoners-moeten-te-lang-wachten-en-gemeente-verlaagt-budgetten~aed6127b/>

## Over Van Dam & Oosterbaan

**VAN DAM &  
OOSTERBAAN**

Wij zijn het adviesbureau met enerzijds inhoudelijke kennis van het sociaal domein en anderzijds IT-expertise, waarbij wij Business-Intelligence oplossingen ontwikkelen, beheren en implementeren. We stellen de eindgebruiker centraal en laten vanuit de inhoud de techniek de faciliterende rol innemen. Op die manier ontwikkelen we informatieproducten zoals bestuursrapportages en managementinformatie-dashboards om te kunnen sturen op onder andere zorgkosten en de effecten van beleid. Dit doen we als sparingpartner tussen Beleid & IT. Wij zijn nuchter, ludiek en verbinden de business met IT. Wij geloven dat organisaties veel meer waarde kunnen halen uit data en ondersteunen hen om meer datagedreven te worden.

Mocht u na het lezen van dit document benieuwd zijn hoe wij de overige beheersmaatregelen hebben uitwerkt, of bent u nieuwsgierig naar wat Van Dam & Oosterbaan voor u kan betekenen, neem dan contact met ons op. Dan komen we langs om de diepte in te gaan met de maatregelen uit deze bundel, nemen we u mee in de overige maatregelen en laten we voorbeelden zien waarmee u daadwerkelijk grip kunt krijgen op de kosten van zorg. Neem contact op met één van onze onderzoekers:



**Jinke Akkerman**

jinke.akkerman@vandamoosterbaan.nl

06- 48 06 48 18



**Peter Frans Oosterbaan**

peter.frans@vandamoosterbaan.nl

06 28 73 53 45

Bekijk ook onze website voor informatie over onze blogs & whitepapers, projecten, adviseurs en dienstverlening [www.vandamoosterbaan.nl](http://www.vandamoosterbaan.nl).

# **VAN DAM & OOSTERBAAN**

[www.vandamoosterbaan.nl](http://www.vandamoosterbaan.nl)

[info@vandamoosterbaan.nl](mailto:info@vandamoosterbaan.nl)

Tel: 085 112 4371

Orteliuslaan 871  
3528 BE Utrecht

Louis Braillelaan 80  
2719 EK Zoetermeer

Maassluisstraat 2  
1062 GD Amsterdam

Noord-Brabantlaan 1A  
5652 LA Eindhoven

Microsoft  
Partner



© 2020, Van Dam & Oosterbaan

Niets van deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar worden gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op enige andere wijze zonder voorafgaande schriftelijke toestemming.