

Onderzoek en aanbevelingen gemeentelijke toegang en casussen jeugdvoorzieningen

Juni 2021

Boyd Hopman

Inhoudsopgave

1. Inleiding	3
1.1 Aanleiding van het onderzoek	3
1.2 Het onderzoek	3
1.3 Leeswijzer	4
2. Horizontale stapeling	5
2.1 Horizontale stapeling ingezet door de eigen toegang	5
2.2 Horizontale stapeling ingezet door externe verwijzers	5
3. Verticale stapeling	8
3.1 Verticale stapeling door wijze van inkoop	8
4. Alle soorten stapeling	10
4.1 Specifieke groepen met stapeling	10
4.2 Onderscheid zware – lichte vormen van ondersteuning	12
4.3 Toewijzingsbeleid externe verwijzers	122
5. Waarden, afwegingskader en afwegingsproces	144
5.1 Waarden en afwegingskader voor toewijzen zorg	144
5.2 Afwegingsproces	155
Bijlage 1: Voorbeeld ter illustratie van horizontale stapeling en het afwegingsproces mbt zware/kostbare zorg en overgang WLZ	177
Bijlage 2: Voorbeeld ter illustratie van horizontale stapeling bij externe verwijzers en toewijzingsbeleid externe verwijzers	188
Bijlage 3: Voorbeeld ter illustratie van verticale stapeling en inzet van de WLZ	199
Bijlage 4: Voorbeeld ter illustratie van verticale stapeling en autisme	20
Bijlage 5: Voorbeeld ter illustratie van het afwegingskader voor toewijzen zorg	21

1. Inleiding

1.1 Aanleiding van het onderzoek

Gemeenten hebben te maken met stijgende uitgaven die leiden tot tekorten, zo ook de HBL gemeenten. Gemeente Eemnes is voor de uitvoering van de Jeugdwet aangesloten bij gemeente Amersfoort en maakt daarom geen deel uit van dit onderzoek. De afgelopen jaren zien de HBL gemeenten de uitgaven voor jeugdzorg jaarlijks sterk stijgen. In 2016 gaven de HBL gemeenten ruim 7 miljoen uit en in 2019 was dit bijna 14 miljoen. Bijna een verdubbeling van de uitgaven alleen voor jeugdzorg. We zien dat voor steeds meer jongeren steeds langer zwaardere zorg toegekend wordt.

Bij de individuele voorzieningen zien we een aantal ontwikkelingen bij de indicaties, zoals een toename van indicaties, hogere indicaties, langere looptijd van indicaties en een stapeling van zorg. De indicaties worden vanuit de HBL uitvoeringsdienst afgegeven (bij Jeugd zijn er ook andere verwijzers). Reden om de werkwijze van de uitvoeringsdienst te analyseren en zo tot aangrijpingspunten te komen om ontwikkelingen die leiden tot ongewenste toewijzingen en kosten te beteugelen. In dit rapport doen we onderzoek naar de kostenbeheersing binnen de jeugdzorg.

1.2 Het onderzoek

Doel onderzoek

Het doel van dit onderzoek is lagere kosten door het benutten van kansen in de werkwijze van de uitvoeringsdienst die leiden tot:

- Minder snel indiceren;
- Kortere en/of minder omvangrijke indicaties;
- Efficiëntere werkwijze;

Waarbij inwoners nog steeds de ondersteuning krijgen die nodig is.

Opzet onderzoek

De volgende vragen stonden centraal binnen het onderzoek:

1. Welke stapelingen wordt er gezien in de praktijk?
2. Welke inwoners betreft het?
3. Worden voorzieningen doelmatig en doeltreffend ingezet?
4. Wat kunnen we leren van deze stapelingsproblematiek?
5. Wat is er daarvoor nodig?

Voor dit onderzoek zijn analyses uitgevoerd op:

- 85 jeugd-dossiers waar stapeling van zorg voorkomt (zowel horizontaal als verticaal)
- waarden en waardenkaders op basis waarvan besluiten worden genomen
- het afwegingsproces
- relevante landelijke ontwikkelingen die de toegang raken

Hierbij is gebruik gemaakt van de uiteenlopende informatiebronnen zoals lokale en regionale informatiesystemen (CivSam en DLP) en landelijke en lokale documenten die relevant zijn voor de (waarden)kaders, beoordelings- en werkprocessen. Aanvullend zijn wij in gesprek gegaan met consultants en beleidsmakers.

Thema stapeling

Binnen het onderzoek maken we onderscheid in twee vormen van stapeling, namelijk horizontale en verticale stapeling.

- Horizontale stapeling houdt in dat er na de afloop van een zorgtraject met een resultaatdoelstelling en na benutting van het bijbehorend zorgbudget er opnieuw een indicatie wordt afgegeven.
- Verticale stapeling wordt bedoeld dat er voor één inwoner meerdere zorgaanbieders- en/of zorgproducten tegelijkertijd zijn ingezet.

Uit de beschikbare data blijkt dat stapelen van jeugdzorgvoorzieningen ook voorkomt in de gemeenten Huizen, Laren en Blaricum. Waarom stapeling van zorgvoorziening zich voordoet is hiermee niet verklaard.

Thema waarden, waardenkader, afwegingsproces

Het afwegingsproces en de besluitvorming of er een jeugdzorgvoorziening wordt toegekend, vindt plaats binnen bepaalde kaders. Deze kaders zijn de wet (zoals het Burgerlijk Wetboek, de Jeugdwet en de Algemene wet bestuursrecht), de Verordening Sociaal domein, werkinstructies, het dienstverleningsmodel, beroepsethiek en beroepsprotocollen en afspraken inkoop.

1.3 Leeswijzer

In hoofdstuk 2, 3 en 4 gaan we in op stapeling. Eerst wordt horizontale stapeling besproken, vervolgens verticale stapeling en als laatste conclusies en aanbevelingen die op beide soorten stapelingen van toepassing zijn. In hoofdstuk 5 gaan we in op het afwegingskader en op het waardenkader. In de vijf bijlagen zijn voorbeeld casussen terug te vinden met betrekking tot stapeling en het afwegingskader.

2. Horizontale stapeling

Horizontale stapeling geeft aan dat dezelfde vorm van jeugdhulp (meerdere keren) verlengd wordt. Om de oorzaak van horizontale stapeling te onderzoeken, zijn in 25 verschillende zaken 33 maatwerkvoorzieningen onderzocht (in sommige zaken deden zich meerdere horizontale stapelingen voor).

2.1 Horizontale stapeling ingezet door de eigen toegang

Horizontale stapeling ontstaat door keuzes in de regievoering en de administratieve verwerking van gegevens. In de regel wordt een maatwerkvoorziening voor een jaar ingezet. Het volgende voorbeeld illustreert dat regievoering van invloed kan zijn of er sprake is van "horizontale stapeling". In twee feitelijk identieke gevallen zet jeugdconsulent a jeugdzorg voor een half jaar in om aan het eind van deze periode met de zorgaanbieder te evalueren of de ingezette zorg voor de jeugdige passend is. Consulent b zet dezelfde jeugdzorg voor een jaar in en plant een heronderzoek halverwege de looptijd van de maatwerkvoorziening. Beide werkwijzen komen voor. In beide gevallen komen de consulenten tot de conclusie dat de ingezette jeugdhulp passend is en voor een jaar ingezet moet worden. Uit de administratieve verwerking van de toegekende jeugdhulp blijkt dan dat er in het eerste geval sprake is van horizontale stapeling (twee keer een half jaar) en in het tweede geval niet. Bijlage 1 schetst een voorbeeld van horizontale stapeling.

Conclusie

Horizontale stapeling blijkt voornamelijk uit onze administratieve processen en is een gevolg van regievoering en de administratieve verwerking van het inzetten van jeugdhulp. Horizontale stapeling als gevolg van procesregie en de wijze van administratie leidt niet per se tot hogere uitgaven. Soms is nog niet direct duidelijk welke ondersteuning passend is, korte indicaties zijn dan gewenst om tijdig te evalueren of de ondersteuning doelmatig en doeltreffend is. Omgekeerd is soms duidelijk dat een jeugdige langere tijd bepaalde ondersteuning nodig heeft en dan is het passend om langere indicaties af te geven.

De werkwijze kan leiden tot hoge werkdruk bij de consulenten, wanneer korte indicaties worden afgegeven. Wanneer de consulent ervoor kiest om lang lopende indicaties af te geven moet er tussentijds, bijvoorbeeld om het halfjaar, worden geëvalueerd met de aanbieder en de inwoner.

Aanbeveling

Op dit moment wordt de hierboven beschreven werkwijze grotendeels gevolgd door consulenten, maar is deze werkwijze niet geborgd in bijvoorbeeld een werkinstructie. Dit kan leiden tot verschillende werkwijzen onder de consulenten, zeker wanneer er nieuwe consulenten instromen. Wij gaan deze werkwijze borgen in een werkinstructie en periodiek toetsen.

2.2 Horizontale stapeling ingezet door externe verwijzers

De Jeugdwet kent verschillend wettelijke verwijzers, namelijk de gemeente, de huisarts, de medisch specialist en de Gecertificeerde Instellingen (GI's). Huisartsen, medische specialisten en de Gecertificeerde Instellingen (GI) kunnen verwijzen naar jeugdzorg, zonder tussenkomst van de gemeente.

Uit het onderzoek blijkt dat huisartsen, medisch specialisten en GI's met name jeugdzorg inzetten met betrekking tot geestelijke gezondheidszorg voor jongeren, jeugdreclassering en ondertoezichtstelling. Het zou kunnen dat de duurste voorzieningen die door de huisartsen, medisch specialisten en GI's worden ingezet (en meerdere malen worden verlengd), betrekking hebben op complexe, en dus dure zorg. Het zou bijvoorbeeld kunnen gaan om behandeling/begeleiding met verblijf die ingezet kan worden door GI's of medische specialisten, over strafmaatregelen die over meerdere jaren lopen (GI's) of vrijheidsbenemende maatregelen ter bescherming van de jongere of de maatschappij, zoals JeugdhulpPlus (huisarts, medische specialist). Om vast te stellen of het beeld zou veranderen als ook naar de minder dure voorzieningen zou worden gekeken, is het onderzoek uitgebreid naar 60 maatwerkvoorzieningen, waar zich horizontale stapeling voordeed. Uit het onderzoek van 60 maatwerkvoorzieningen is geen ander beeld ontstaan dan het onderzoek naar de eerste 33 maatwerkvoorzieningen. Ongeveer 50% van de horizontale gestapelde voorzieningen worden ingezet door andere verwijzers dan de gemeenten. Ook de relatief minder dure voorzieningen van de duurste voorzieningen, waar sprake is van horizontale stapeling, betreffen vormen van complexe zorg.

De gemeenten moeten verwijzingen van de huisarts en de medische specialist en de bepalingen van de GI's respecteren, zonder dat zij de dossiers van deze instanties mogen inzien of controleren. De gemeente beschikt daarom niet (of bij hoge uitzondering als teruggeschaald is naar de gemeente) over stukken waaruit blijkt hoe huisartsen, medisch specialisten en GI's tot hun afwegingen zijn gekomen. De gemeenten zijn echter wel verplicht alle kosten van de van ingezette hulp (dus ook van de andere wettelijke verwijzers) te betalen. De huisarts, medische specialisten en GI's beslissen, naast de gemeenten, over de toegang tot de Jeugdwet. En daarmee zijn zij ook indirect verantwoordelijk voor de kosten voor jeugdhulp. Nadat de jeugdige en zijn ouders toegang hebben gekregen tot de Jeugdwet bepaalt de zorgaanbieder het behandelingsplan. Via de inkoop worden er voorwaarden gesteld aan de zorgaanbieders. Als de gemeenten meer inzicht zouden kunnen krijgen in de overwegingen van de andere wettelijke verwijzers, dan zou dat de gemeenten mogelijk kunnen helpen om een betere prognoses te maken van de kosten van jeugdhulp voor het lopende jaar.

Ondanks dat we geen inzicht hebben in de dossier, kunnen we de verlengingen van externe verwijzers gedeeltelijk verklaren. GI's voeren regie in complexe jeugdzaken. Dergelijke jeugdzorg kan meerdere jaren in beslag nemen. Maatwerkvoorzieningen worden vaak voor de duur van een jaar afgegeven en worden daarom verlengd. Voor jongeren met een ongeneeslijke geestesziekte is ook aannemelijk dat de behandeling, en mogelijk de opname van deze doelgroep, blijvende kosten met zich meebrengen.

In de regio Gooi- en Vechtstreek is er een Consultatie & adviesteam (C&Ateam) die de verlengingen beoordeelt die in eerste instantie door een huisarts zijn ingezet. Vòòr het aflopen van een verwijzing door de huisarts, kan de zorgaanbieder verlenging van de jeugdzorg aanvragen bij het C&Ateam. Het C&Ateam beoordeelt de aanvraag en geeft een advies. Uit het onderzoek blijkt, dat de meeste hulp, die de huisarts inzet, door het C&Ateam wordt verlengd. Omdat het C&Ateam geen wettelijke verwijzer is, vallen de verlengingen onder verwijzingen van de huisarts en heeft de gemeente geen inzage in de redenen van verlenging.

Dit jaar wordt er regionaal een pilot gestart hoe om te gaan met verlengingen van jeugdzorg die in eerste instantie verwezen zijn door huisartsen en verlengd zijn door het C&Ateam. Verwacht wordt dat de nieuwe inkoopafspraken leiden tot relatief minder verlengingen jeugd-GGZ. Alleen in uitzonderlijke gevallen zouden zorgaanbieders een verlenging jeugd-GGZ kunnen aanvragen. Evaluatie van deze maatregelen te zijner tijd zal moeten uitwijzen of dit resultaat ook wordt bereikt.

Bijlage 2 schetst een casus waarbij externe verwijzers een rol spelen.

Conclusie

Bij de ongeveer de helft van de onderzochte dossiers waar sprake is van horizontale stapeling, heeft geen inhoudelijke beoordeling plaats kunnen vinden. Het betreft andere wettelijke verwijzers dan de gemeenten, waardoor de gemeenten alleen beschikken over informatie met betrekking tot de soort ingezette hulp, het tijdstip, de duur en de kosten. De gemeente betaalt de kosten van ingezette hulp van alle verwijzers.

Aanbeveling

We willen ervoor zorgen dat er één lijn is voor het verwijzen van jeugdigen voor zowel de consultants als externe verwijzers. Via diverse projecten willen wij dit voor elkaar krijgen:

- Eén maatregel die wordt voorgesteld in de regionale verkenningen, geeft invulling aan deze aanbeveling, te weten maatregel 2, "in dialoog verwijzen naar effectieve jeugdhulp". Hierbij is de ambitie om met alle verwijzers te komen tot afspraken over een verwijsnetwerk en verwijsrichtlijnen.
- We gaan regionaal inzetten op het versterken van de verbinding met de GI's en jeugdartsen, door middel van gezamenlijk casuïstiekoverleg. We zetten in op partnerschap, waarbij mensen vanuit de uitvoering om tafel zitten. Hier kan informatie-uitwisseling op casusniveau plaatsvinden, zoals over op- of afschalen van hulp. Daarnaast kan algemene informatie gedeeld worden over de sociale kaart: de relevante mogelijkheden van andere (lokale) ondersteuning.
- Wij gaan onderzoeken of een grotere rol van de gemeenten wenselijk is binnen het traject van herindicaties om eventueel de kennis van afschalingsmogelijkheden en het voorveld te benutten.

Lokaal zetten we in Huizen een poh-er in bij de groepspraktijken. Eén van de taken van deze persoon is om de kennis bij de groepspraktijken up to date te houden wat betreft de relevante mogelijkheden van inzet van ondersteuning en de lokale sociale kaart. Een andere taak van deze poh-er is deelname

aan/organiseren van casuïstiekbesprekingen en andere overleggen met gemeentelijke consultants en/of gemeentelijke begeleiders. Zij pakken bovendien zelf lichte problematiek op waardoor een jeugdige niet naar een aanbieder hoeft te worden verwezen.

3. Verticale stapeling

3.1 Verticale stapeling door wijze van inkoop

Analyse van het systeem van regionale inkoop laat zien dat een vorm van verticale stapeling van voorzieningen zich voor doet door de systematiek van inkoop van jeugdvoorzieningen, zoals het geval is bij pleegzorg en behandelingsgerichte dagbesteding. Deze vormen van zorg zijn modulair (in percelen) opgebouwd. Zo kunnen de kosten van het verblijf (de stenen), het toezicht op de jeugdige en de begeleiding/behandeling onderscheiden worden. Dit leidt tot horizontale stapeling van maatwerkvoorzieningen.

Als voorbeeld pleegzorg: Pleegzorg is het verblijf van een jeugdige in een pleeggezin, inclusief het werven, screenen, selecteren, trainen en matchen van pleegouders. De voorziening 'pleegzorg' omvat niet de begeleiding van en eventuele hulp aan de jeugdige, de ouders en de pleegouders. Deze vallen onder ambulante jeugdhulp en dienen bij een toewijzing voor pleegzorg apart te worden toegekend. Daarnaast kan er nog sprake zijn van bijzondere pleegzorgkosten die voor vergoeding in aanmerking komen. Kortom wanneer er pleegzorg wordt ingezet is er altijd sprake van verticale stapeling, omdat de onderdelen apart worden ingekocht.

De behandelingsgerichte dagbesteding en de behandeling zijn in de bekostiging en de tariefstelling van elkaar gescheiden. Behandeling omvat uitsluitend het verblijf ('stoeltje') met ingeroosterde groepsleiding / VOV-staf ('pedagogisch klimaat') en omvat nooit ambulante jeugdhulp zelf. Alle activiteiten die gedurende de behandelingsgerichte dagbesteding worden uitgevoerd door de VOV-staf vallen – in het kader van de bekostiging van behandelingsgerichte dagbesteding – per definitie onder behandelingsgerichte dagbesteding en zijn geen ambulante jeugdhulp.

Een jeugdige met 24-uurs verblijf ontvangt vanuit de verblijfsfunctie afstemming en ondersteuning op alle leefsfere, te weten het wonen, school en/of dagbesteding.

Voor de bekostiging zijn verblijf en ambulante jeugdhulp van elkaar gescheiden. Het verblijf omvat de fysieke omgeving ('kamer en bed') en de ingeroosterde groepsleiding / VOV-staf ('pedagogisch klimaat'). Alle activiteiten die worden uitgevoerd door de ingeroosterde VOV-staf behoren – voor wat betreft de bekostiging – per definitie tot het verblijf en zijn geen ambulante jeugdhulp.

Ambulante jeugdhulp die gedurende het verblijf wordt geboden, zoals behandeling, begeleiding of training, wordt afzonderlijk van het verblijf bekostigd als ambulante jeugdhulp.

Deze vorm van stapeling wordt niet als "problematisch" aangemerkt. Het werken met percelen maakt de verschillende kostenposten transparant. Het leidt echter wel tot meer administratieve lasten. In bijlagen 3 en 4 zijn voorbeelden van casussen met verticale stapeling terug te vinden.

Conclusie

De verticale stapeling van jeugdvoorzieningen, zoals die blijkt uit de gemeentelijke administratie van ingezette zorg en het regionale inkoopstelsel, is mede een gevolg van de wijze waarop de Regio Gooi- en Vechtstreek de jeugdzorg heeft ingekocht. Jeugdhulp, zoals pleegzorg, is modulair opgebouwd, zodat het inzetten van die vorm van zorg, altijd een stapeling van voorzieningen in de administratie laat zien. Administratieve lasten kunnen toenemen door de modulaire opbouw.

Aanbeveling

We streven naar een eenvoudiger productaanbod. Dit zorgt voor minder administratieve lasten, leidt tot meer overzicht, meer beheersbaarheid van de financiën en efficiëntere werkprocessen. Met de voorgestelde regionale besparingsmaatregel 'eenvoudige zorg bij complexe casussen' willen we hiermee een start maken, zo ook met de lokale maatregel van het verkennen van lumpsum financiering bij specialistische begeleiding. Nu zijn eind vorig jaar met de nieuwe inkoop afspraken gemaakt, maar bij succes van de lokale en regionale maatregelen ligt het voor de hand om te kijken naar mogelijkheden om de rest van het zorglandschap overzichtelijker te maken.

De deelnemende gemeenten aan de regio Gooi- en Vechtstreek hebben nu gekozen voor een PxQ systematiek, en deze systematiek is nu leidend in onze inkoopafspraken. De betrokken gemeenten hebben tegelijkertijd met elkaar en met hun partners afgesproken dat het huidige inkoopstelsel kan veranderen. Dit betekent dat de zorg op een andere manier georganiseerd en tegelijkertijd anders

gefinancierd kan gaan worden. Het gaat dan om een combinatie van PxQ, fte bekostiging, infrastructurele bekostiging, lumpsum financieren op onderdelen e.d. Een voorbeeld hiervan is de zorg dicht bij het kind/gezin organiseren, zoals op de scholen en de kinderopvang en het liefst volgens het principe zo snel als het kan, zo licht als het kan, zonder indicatie of administratieve lasten.

4. Alle soorten stapeling

4.1 Specifieke groepen met stapeling

Tijdens het dossieronderzoek viel op dat er bepaalde zorgtypen sterk vertegenwoordigd zijn en vaak stapeling plaatsvindt bij deze zorgtypen. Er is niet specifiek geanalyseerd op veel voorkomende groepen of zorgtypen, maar in dit onderzoek kwamen in ieder geval naar voren: kinderen met een vorm van autisme (soms gecombineerd met hoogbegaafdheid), zwaar gehandicapte kinderen met een grote zorgbehoefte, trauma's (bij ouders en/of kinderen) en gezinnen met een laag inkomen/bijstand. Hieronder lichten we deze zorgtypen toe.

1. Autismen (soms gecombineerd met hoogbegaafdheid)

Van de 25 onderzochte dossiers waren er 5 dossiers waar sprake was van kinderen die hoogbegaafd zijn en hadden 9 jeugdigen een vorm van autisme. Hoogbegaafdheid komt in deze zaken vaak voor met autisme of ADHD. Bij hoogbegaafde mensen met autisme zijn de sociaal emotionele vaardigheden vaak opvallend zwak ten opzichte van de verstandelijke vermogens. Hun intelligentie is vaak disharmonisch: ze zijn bijvoorbeeld verbaal veel sterker zijn dan non-verbaal. Kinderen met zowel autisme als hoogbegaafdheid nemen de wereld anders waar. Deze kinderen hebben soms veel begeleiding nodig om deel te kunnen nemen aan school en het sociale leven. De verdeling wat school zou moeten doen en wat onder de Jeugdwet valt is niet duidelijk. Ook het doel dat bereikt moet worden voor hoogbegaafden met het inzetten van jeugdhulp is niet concreet genoeg. Begeleiding begint vaak als tiener en blijft voortduren tot het kind meerderjarig is. Deze kinderen hebben vaak faalangst of worden door medeleerlingen gepest en kunnen eenzaam zijn. Jeugdhulp is niet alleen gericht op het aanleren van vaardigheden, maar is vaak ook gericht op het geestelijke welzijn van de jeugdige.

Soms lukt het niet de jeugdige met autisme te laten opgroeien in het gezin. Er is sprake van overbelasting bij de ouder(s) of de jeugdige bedreigt of mishandelt de ouder(s). In de onderzochte 25 dossiers deed deze situatie zich drie keer voor. Bijlage 4 beschrijft een dergelijke casus.

2. Grote zorgbehoefte bij zwaar gehandicapte kinderen

We zien vaak dat alleenstaande ouders van zwaar gehandicapte kinderen met een grote zorgbehoefte een groot risico op armoede hebben. Deze ouders moeten veelal een beroep doen op de bijstand om de zorgbehoefte van de kinderen te kunnen verzorgen. Indien de kinderen na het bereiken van de meerderjarigheid thuis blijven wonen en (geringe) inkomsten verwerven, krijgt de ouder met verlies van inkomen te maken door toepassing van de kostendelersnorm. Als de ouder ook nog de zorg heeft voor minderjarige kinderen met een beperking, dan is de ouder niet in staat om het gezinsinkomen te verhogen. De Participatiewet gaat ervan uit dat inwoners maar tijdelijk gebruik maken van een bijstandsuitkering en in staat zijn om hun inkomenspositie te verbeteren. Een uitkering op minimumniveau en het begeleiden van de bijstandsontvanger naar werk zijn instrumenten uit die wet om mensen naar werk te begeleiden. Deze prikkels hebben geen invloed op ouders die gezinsleden moeten verzorgen die zorgafhankelijk zijn. Deze ouders blijven dan langdurig afhankelijk van een minimuminkomen zonder zicht op verbetering van hun financiële omstandigheden of het vergroten van hun zelfstandigheid.

3. Trauma's bij ouders en/of kinderen

Een ander zorgtype doet zich voor bij de ouders en kinderen met een trauma. Deze situatie doet zich onder andere voor bij ouders en kinderen die gevlucht zijn voor een oorlogssituatie en asiel vragen in Nederland. Een ouder kan ook getraumatiseerd zijn door een ongeluk met een kind (zoals een verkeersongeluk, of bijna verdrinking) of een ingrijpende gebeurtenis als zelfmoord van de partner. Ook veroorzaakt huiselijk geweld in sommige gevallen een trauma. De kinderen kunnen gedragsproblemen vertonen waardoor er veel gevraagd wordt van het ouderschap en jeugdhulp daardoor vaak noodzakelijk wordt.

Wanneer het bij deze situaties gaat om alleenstaande ouders wordt er vaak een beroep gedaan op de bijstand. In een dossier (buiten de getoetste dossiers) bleek dat de ouder gestopt was met psychische hulp omdat zij de hulp niet meer kon betalen. Door een verplichting te verbinden aan het recht op

bijstand, inhoudende dat de bijstandsgerechtigde zich laat behandelen voor het trauma¹, worden niet alleen de perspectieven op werk in de toekomst verbeterd, maar ook de stabiliteit in het gezin op kortere termijn. Gelden uit de Participatiewet kunnen dan ingezet worden om de ouder toch in staat te stellen de behandeling tegen trauma voort te zetten¹. In 4 van de 25 onderzochte dossiers is sprake van een trauma bij de verzorgende ouder.

4. gezinnen mensen met een laag inkomen/bijstand

Zorg of ondersteuning kan verder gaan dan alleen vanuit de Jeugdwet. Een alleenstaande ouder met de zorg voor gezinsleden die zorgafhankelijk blijven hebben een groot risico op armoede ("langdurige minima"). De ouder moet veelal een beroep doen op de bijstand om de zorgbehoeftige kinderen te kunnen verzorgen. Indien de kinderen na het bereiken van de meerderjarigheid thuis blijven wonen en (geringe) inkomsten verwerven, krijgt de ouder met verlies van inkomen te maken door toepassing van de kostendelersnorm. Als de ouder ook nog de zorg heeft voor minderjarige kinderen met een beperking, dan is de ouder niet in staat om het gezinsinkomen te verhogen. De Participatiewet gaat ervan uit dat inwoners maar tijdelijk gebruik maken van een bijstandsuitkering en in staat zijn om hun inkomenspositie te verbeteren. Een uitkering op minimumniveau en het begeleiden van de bijstandsontvanger naar werk zijn instrumenten uit die wet om mensen naar werk te begeleiden. Deze prikkels hebben geen invloed op ouders die gezinsleden moeten verzorgen die zorgafhankelijk zijn. Deze ouders blijven dan langdurig afhankelijk van een minimum inkomen zonder zicht op verbetering van hun financiële omstandigheden.

Een andere vorm van horizontale stapeling is het gevolg van het dienstverleningsmodel in de HBEL gemeenten. In dit dienstverleningsmodel gaat men uit van integraal werken. Dit betekent niet alleen de hulpvraag van de inwoner centraal gesteld wordt, maar ook gekeken wordt of er op andere gebieden ondersteuning gewenst en of noodzakelijk is. Deze manier van werken kan leiden tot stapeling van voorzieningen binnen één domein of zelfs over de drie domeinen heen. Een dergelijke stapeling kan positief zijn als daarmee de kwetsbare inwoners, die vaak niet in staat zijn om hun hulpvraag te verwoorden, bereikt en ondersteund worden.

Dit onderzoek is beperkt tot de Jeugdwet en niet gericht op het "integraal werken" binnen de gemeenten van de HBEL. Voor de uitvoering van de Jeugdwet is de gemeente Eemnes aangesloten bij de gemeente Amersfoort. Een onderzoek naar het integraal werken zou gericht moeten zijn op de hulpvraag van het hele gezin. De dienstverlening met het oog op integraal werken geldt ook voor inwoners van de HBEL zonder een hulpvraag op het gebied van de Jeugdwet.

Of kwetsbare inwoners in de HBEL bereikt en ondersteund worden door integraal te werken, vraagt daarom om een afzonderlijk onderzoek.

Conclusie

Uit het dossieronderzoek zijn bepaalde zorgtypen sterk vertegenwoordigd bij de stapeling van voorzieningen. Het gaat dan om kinderen met een vorm van autisme (soms gecombineerd met hoogbegaafdheid), zwaar gehandicapte kinderen met een grote zorgbehoefte, gezinnen met trauma's (bij ouders en/of kinderen) en gezinnen met een laag inkomen/bijstand. Er vaak is sprake van een intense zorgbehoefte van de jeugdige en het gezin heeft behoefte aan ondersteuning in zorg en opvoeding met als gevolg stapeling van voorzieningen.

Aanbeveling

We gaan verkennen of het verdiepen van en werken met een aantal van deze profielen voordelen oplevert: verkennen of ondersteuning effectiever en/of efficiënter kan worden ingezet door te werken vanuit een profiel met bijvoorbeeld aard en omvang behoeften, passende ondersteuning, beschikbare mogelijkheden en andere relevante kenmerken. Denk hierbij aan scherpere keuzes waar we wel en niet van zijn, inzet van voorliggende of preventieve activiteiten, aanpassen/verfijnen van de beschikbare zorg (de ondersteuning van het lokale begeleidingsteam kan worden verrijkt met hiervoor benodigde

¹ Artikel 55 van de Participatiewet biedt de mogelijkheid om een verplichting te verbinden aan het recht op bijstand.

ondersteuning), het doorontwikkelen van voorliggende/preventieve activiteiten en verbindingen aangaan met participatie/werk/onderwijs.

4.2 Onderscheid zware – lichte vormen van ondersteuning

Binnen jeugdzorg maken we onderscheid tussen zware en lichte vormen van ondersteuning. Bij de zware vormen van ondersteuning is er een grote zorgafhankelijkheid en een grote behoefte om het gezin te ontlasten. De gemeente heeft veel minder beleidsvrijheid bij deze zorgvormen. Bij de lichtere vormen van Jeugdhulp (bijvoorbeeld “begeleiding”) heeft de gemeente meer beleidsvrijheid en daarmee de mogelijkheid om de kosten te beheersen. De gemeente heeft namelijk beleidsvrijheid om het niveau en de inrichting van jeugdhulp te bepalen. De lichtere vormen van jeugdzorg zijn qua kostprijs goedkoper maar qua volume groter. De kosten voor lichtere vormen van jeugdzorg zijn weliswaar niet te voorkomen, maar wel te beïnvloeden. In deze “variabele kosten” zou mogelijk de ruimte gevonden kunnen worden om tot besparing van de uitgaven te komen.

Conclusie

De duurste voorzieningen worden ingezet door GI's of bij jeugdigen met zware beperkingen. Besparen op deze voorzieningen is moeilijk te realiseren. De gemeente heeft namelijk geen bevoegdheid in het gedwongen kader waar de GI's de toegang tot de jeugdhulp bepalen. De gemeenten kunnen samen met de GI's de zorgaanbieders beïnvloeden. Dit doen partijen nu al door te overleggen hoe de keten in het gedwongen kader vereenvoudigd kan worden en door in het gedwongen kader te sturen op korte tijden en de te behalen resultaten. De GI's hebben te maken met complexe zorg en deze zorg is duur.

De Jeugdwet biedt ook jeugdzorg die minder complex is. De mogelijkheden tot besparing zijn eerder te behalen met betrekking tot de lichtere vormen van jeugdhulp die andere verwijzers dan de GI's inzetten. Bij lichtere vormen van jeugdhulp heeft de gemeente meer vrijheid om de kosten te beïnvloeden.

Aanbeveling

Benut de beleidsvrijheid bij lichte vormen van ondersteuning. Dit doen we al met de inzet van het lokale ambulante team begeleiding Jeugd en een poh-er. Ook onze plannen gericht op specialistische begeleiding gaan invulling geven aan deze conclusie.

4.3 Toewijzingsbeleid externe verwijzers

Aangezien de gemeenten de totale jeugdhulp betalen, hebben de gemeenten er belang bij om een goed beeld te krijgen van de kosten van ingezette jeugdhulp. Nu er meerdere wettelijke verwijzers zijn is het delen van informatie van belang om de kosten zo goed mogelijk te begroten. Wat zijn de overwegingen van de andere wettelijke verwijzers om jeugdhulp in te zetten en om welke type hulpvragen gaat het? Is er overeenstemming tussen de verwijzers met betrekking tot de vraag waar jeugdhulp begint en wanneer het eindigt? Kan de ingekochte zorg beter worden benut (doordat de andere verwijzers beter zijn geïnformeerd over de ingekochte zorg) zodat er minder behoefte bestaat aan het inkopen van (vaak duurdere) niet ingekochte zorg?

Autonomie van de wettelijke verwijzers en privacyregels met betrekking tot patiëntendossiers belemmeren het onderling uitwisselen van informatie tussen de wettelijke verwijzers. Hierdoor ontstaat het risico dat jeugdhulp verkokerd wordt ingezet en er geen of onvoldoende regie wordt gevoerd op de ingezette zorg. Als de gemeenten over de inhoudelijke informatie zouden kunnen beschikken, dan kunnen de gemeenten beter in kaart brengen welk niveau van jeugdhulp nodig is om iedere jeugdige in de regio kwalitatieve en noodzakelijke hulp te bieden.

Uit onze gegevens blijkt dat de huisartsen voor 62% van de GGZ verwijzingen verantwoordelijk zijn. Het aandeel van de gemeente voor het verwijzen naar jeugd GGZ zorg bedraagt 23%. De huisartsen zetten qua volume meer lichtere pakketten in, de gemeente meer zwaardere pakketten en voor een deel worden deze pakketten verlengd (horizontale stapeling). Hieruit kan niet de conclusie getrokken worden dat de huisarts, wat jeugd GGZ zorg betreft, kostenbewuster inzet dan de gemeente. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat de huisarts zich beperkt tot indicatie van een bepaalde soort jeugdzorg/hulp en andere vormen overlaat aan de gemeenten.

Een voorbeeld van verkokering: een huisarts zal een jeugdige die angststoornissen heeft door kunnen verwijzen naar een psycholoog. Maar een jeugdarts van het Consultatie & Advies team zal mogelijk het advies geven dat ook systeemtherapie noodzakelijk is, waarbij het functioneren van het hele gezin in kaart wordt gebracht. In dat geval zal de huisarts voor deze hulpvraag doorverwijzen naar de gemeente. De gemeente zal naast de hulpvraag ook domein overschrijdend kijken of het gezin nog aanvullende hulp nodig heeft op de leefgebieden van het sociale domein. Er treedt dan een verticale stapeling van voorzieningen op, waarbij de GGZ zorg van de huisarts (behandeling tegen angststoornis) een andere voorziening is dan de GGZ zorg die nodig is voor het begeleiden van het individu en het gezin in het netwerk. Beide voorzieningen zijn aanvullend.

Het voorbeeld in bijlage 2 illustreert het bovenstaande.

Met het sturen van de zorg wordt ook gestuurd op de kosten, die verbonden zijn aan die zorg. Met het betaalbaar houden van kwalitatief goede jeugdzorg wordt de continuïteit van die zorg gewaarborgd. Dit is een belang dat alle wettelijke verwijzers met elkaar delen. Het is wenselijk dat er tussen de wettelijke verwijzers een mate van consensus bestaat over het niveau van jeugdzorg en de toegang van jeugdzorg die noodzakelijk is voor de regio waar zij verantwoordelijk voor zijn. Als er geen consensus tussen de wettelijke verwijzers is, bestaat het risico dat de ene verwijzer makkelijker toegang tot de jeugdwet verleent dan de andere verwijzer. Er ontstaat dan een “open” systeem waar de burger kan gaan “shoppen”. Ook kunnen verwijzers verwijzen naar zorgaanbieders die door de gemeenten niet zijn ingekocht. De gemeenten zouden dan verrast kunnen worden met de kosten die dan optreden. Zorgaanbieders kunnen afzien van inschrijving bij de inkoop, in de hoop dat de wettelijke verwijzers, buiten de inkoop, alsnog naar niet ingekochte en vaak duurdere zorg zullen verwijzen. Om afstemming tussen de wettelijke verwijzers te bereiken moeten de gemeenten een extra inspanning leveren. De andere verwijzers hebben meestal een medische achtergrond. Het is niet vanzelfsprekend dat verwijzers het gemeentelijk beleid mee laten wegen in hun afwegingen.

Conclusie

Uit het dossieronderzoek blijkt dat in ongeveer 50% van de onderzochte dossier de inhoudelijke afwegingen die geleid hebben tot jeugdzorg voor de gemeente niet kenbaar zijn. Deze informatie is in algemene zin (niet op dossierniveau) van belang voor de kosten(ontwikkeling) van de jeugdhulp. Het gaat dan om de voorspelbaarheid van de kosten, de mogelijkheden om de kosten bij te sturen door veranderingen in het systeem, zoals het veranderen van de toegang tot of de omvang van de hulp en de inkoop af te stemmen op de vraag. Er is daarom behoefte aan transparantie op het toewijzingsbeleid van de andere wettelijke verwijzers. Het is wenselijk dat de gemeenten regelmatig met de andere wettelijke verwijzers afstemmen en consensus bereiken over een gemeenschappelijk toewijzingsbeleid.

Aanbeveling

We vergroten we het inzicht op de informatie via het dashboard. Op basis van gezamenlijke informatie willen we samen met verwijzers optrekken bij het inzetten van zorg. Hierbij zijn de aanbevelingen van toepassing die ook genoemd zijn bij ‘2.2 horizontale stapeling ingezet door externe verwijzers’:

- Eén maatregel die wordt voorgesteld in de regionale verkenningen, geeft invulling aan deze aanbeveling, te weten maatregel 2, “in dialoog verwijzen naar effectieve jeugdhulp”. Hierbij is de ambitie om met alle verwijzers te komen tot afspraken over een verwijsnetwerk en verwijsrichtlijnen.
- We gaan regionaal inzetten op het versterken van de verbinding met de GI's en jeugdartsen, door middel van gezamenlijk casuïstiekoverleg. We zetten in op partnerschap, waarbij mensen vanuit de uitvoering om tafel zitten. Hier kan informatie-uitwisseling op casusniveau plaatsvinden, zoals over op- of afschalen van hulp. Daarnaast kan algemene informatie gedeeld worden over de sociale kaart: de relevante mogelijkheden van andere (lokale) ondersteuning.
- Wij gaan onderzoeken of een grotere rol van de gemeenten wenselijk is binnen het traject van het C&Ateam om eventueel de kennis van afschalingsmogelijkheden en het voorveld te benutten.
- Lokaal zetten we in Huizen een poh-er in bij de groepspraktijken. Eén van de taken van deze persoon is om de kennis bij de groepspraktijken up to date te houden wat betreft de relevante mogelijkheden van inzet van ondersteuning en de lokale sociale kaart. Een andere taak van deze poh-er is deelname aan/organiseren van casuïstiekbesprekingen en andere overleggen met gemeentelijke consulenten en/of gemeentelijke begeleiders

5. Waarden, afwegingskader en afwegingsproces

5.1 Waarden en afwegingskader voor toewijzen zorg

Indien ondersteuning wordt gevraagd aan de gemeente, dan dient de consulente te beoordelen wat het eigen mogelijkheden en het probleemoplossend vermogen is van de ouders, die belast zijn met de opvoeding. Van hen mag gevraagd worden de hulp te bieden die het kind nodig heeft, tenzij zij hier niet toe in staat zijn. Zij hoeven niet alles zelf te doen, maar kunnen ook gebruik maken van hun sociale netwerk. Bij voldoende eigen kracht bij de ouders is er geen recht op jeugdhulp. Omdat niet omschreven staat wat de HBL gemeenten onder "eigen kracht verstaan, is het onduidelijk voor ouders en consulenten wat het begrip inhoudt. In de jurisprudentie zijn nog niet veel uitspraken bekend die invulling geven aan het begrip "eigen kracht".

Met de regeling die in de verordening Sociaal Domein staat met betrekking tot "bovengebruikelijke hulp", wordt niet de volledige eigen kracht van de ouders meegewogen bij het beoordelen van het recht op Jeugdhulp. Zodoende is er eerder recht op jeugdhulp dan de Jeugdwet voorschrijft. Door de regeling met betrekking tot de "bovengebruikelijke zorg" in te trekken, zal de toegang tot de Jeugdwet worden beperkt. Een verdere uitwerking het begrip eigen kracht is dan wel nodig, zodat duidelijk is wat er onder eigen kracht wordt verstaan en er dus geen recht is op jeugdhulp.

De kaders van de jeugdwet kennen geen vergelijkbare bepaling als bij maatschappelijke ondersteuning, waar uitgegaan wordt van de "goedkoopst adequate voorziening". Als resultaat dat behaald moet worden, wordt nu onder meer uitgegaan van "een optimale kindontwikkeling, passend bij leeftijd en mogelijkheden van het kind". Het binden van inhoudelijke waarden aan de te bereiken doelen is nodig om kan de jeugdconsulenten richting te geven bij de afwegingen die zij in het proces moeten maken.

Deze waarden hoeven niet allemaal vastgelegd te worden in een afwegingskader. De jeugdconsulenten moet de vrijheid hebben om maatwerk te leveren. Waarden kunnen gelden als vertrekpunt bij het beoordelingsproces nadat er een melding is binnengekomen. De jeugdconsulent zou dan de vrijheid moeten hebben om in een individuele zaak meer of minder af te wijken van de waarden en doelen, uit de motivering in het plan van aanpak moet dan blijken wat daarvoor de achterliggende reden is.

Waarden versterken de identiteit van de jeugdconsulenten. De vraag "waar staan wij voor" is dan gemeenschappelijk makkelijker te beantwoorden.

Welke belangen en welke grenzen vindt de gemeente belangrijk bij de afweging om jeugdzorg in te zetten? Een paar vragen als voorbeeld:

- Gaan we uit het maximaal bereikbare gelet om de mogelijkheden van de jeugdige, of richten we ons op het versterken van de opvoedingsvaardigheden van de ouders, zodat zij zo spoedig als mogelijk de opvoeding van hun kind zelf weer ter hand kunnen nemen (nadruk op de rol van de ouders die ouderlijke macht hebben)?
- Wat is het doel voor het inzetten van jeugdhulp: het behalen van een zo hoog mogelijke opleiding van de jeugdige, of houdt de noodzaak tot het inzetten van jeugdhulp op als de jeugdige in staat is, om op een aanvaardbaar niveau deel, te nemen aan de maatschappij?
- Hoe intensief mag een hulptraject zijn, rekening houdend met het welzijn van de jeugdige en zijn ontwikkelingsperspectief? Gaan wij met ouders in gesprek, als een bepaald verwachtingspatroon van de ouders met betrekking het ontwikkelingsperspectief van hun kind, niet realistisch is, of is de hulpvraag van de ouders altijd leidend?
- Hoeveel mag jeugdhulp kosten als een deel van de jeugdhulp bekostigd moet worden uit de algemene middelen van de gemeenten: mag je in een vergrijzende gemeente op inwoners, die grotendeels niet (onmiddellijk) profiteren van jeugdzorg, een beroep doen uit solidariteit en tot welke grens? Moeten de ouders zelf zorg verlenen aan hun kinderen en hier offers voor brengen of is het belangrijk dat ouders ook ruimte hebben voor het behouden van een hun baan (financiële onafhankelijkheid, emancipatie), hun sociale contacten en tijd voor de andere gezins- en familieleden (bijvoorbeeld voormantelzorg voor ouders) en moet jeugdzorg in deze gevallen als doel hebben ouders te ontlasten, zodat zij (ook nog) tijd hebben voor deze activiteiten?

Bijlage 5 beschrijft een casus waar dergelijke dilemma's bij spelen.

Conclusie

Het huidige kader biedt ruimte voor meer ondersteuning dan strikt (wettelijk) nodig is, en biedt ruimte voor verschillende afwegingen. De ouders zijn verplicht tot het bevorderen van de ontwikkeling van de persoonlijkheid van het kind (ontwikkeling). Het lijkt dat het gemeentelijk beleid, met het stellen als resultaat "een *optimale* kindontwikkeling, passend bij leeftijd en mogelijkheden van het kind", een hoger resultaat stelt dan de ouders op grond van de wet (het burgerlijk wetboek) gehouden zijn.

Aanbeveling

Wij willen gaan inzetten op het geplande waardentraject en de bovenstaande punten hierin meenemen. Belangrijke netwerkpartners en verwijzers betrekken we in dit traject. Afhankelijk van de uitkomsten van dit traject, zijn aangepaste waarden op verschillende manieren te borgen. Uiteindelijk kunnen aangepaste waarden ook leiden tot aanpassingen in de (ingekochte) ondersteuning.

Onderwerpen die aan de orde kunnen komen zijn het uitwerken van wat er onder "eigen kracht" wordt verstaan: als ouders zelf de benodigde zorg kunnen bieden, sluit dit dan jeugdzorg uit, of wordt met het bieden van jeugdhulp bij "bovengebruikelijke zorg" een bijdrage geleverd aan andere doelen zoals financiële onafhankelijkheid, emancipatie en het voorkomen van "langdurige minima"? Streven wij naar "een optimale kindontwikkeling" of is het voldoende als het kind in staat is om deel te nemen aan de samenleving en de ouders weer in staat zijn de opvoeding van het kind geheel zelf, dus zonder de hulp van de overheid, ter hand te nemen?

5.2 Afwegingsproces

Beoordelingsmomenten bieden de jeugdconsulent de gelegenheid om vast te stellen of jeugdhulp een oplossing is voor de vraag. En zo ja, om de aard en omvang van de jeugdhulp vast te stellen.

Na de melding brengt de jeugdconsulent, samen met de ouders (en de jeugdige vanaf 12 jaar) de hulpvraag in kaart. Als de hulpvraag voldoende is uitgediept, is het aan de jeugdconsulent om vast te stellen of hulp, "noodzakelijk" is. De jeugdconsulent betreft bij het onderzoek de steunbronnen waar de jeugdige en het gezin op kan terugvallen om de draaglast en de draagkracht vast te stellen. Als de hulp noodzakelijk is moet de jeugdconsulent beoordelen of de gevraagde hulp valt onder de Jeugdwet. Heeft de jeugdige recht op een voorziening op grond van de WLZ of het Wet passend onderwijs, en is de jeugdige daarmee afdoende geholpen, dan is er geen recht op een (aanvullende) voorziening krachtens de Jeugdwet.

Overgang WLZ

Jeugdigen die door een beperking 24-uur zorg nodig hebben vallen, totdat zij toegelaten worden tot de Wet op de langdurige zorg (WLZ), de eerste jaren van hun leven onder de Jeugdwet. Wanneer blijkt dat er geen verdere ontwikkelingsperspectief voor deze jeugdigen te verwachten is, worden zij toegelaten tot de WLZ. Bij de beoordeling voor de toegang tot de WLZ is dit een belangrijk selectiecriteria. Op dit moment ontbreken valide psychologische testen om het ontwikkelingsperspectief van zeer jonge kinderen goed in kaart te brengen en wordt de kindontwikkeling de eerste jaren gevolgd onder de Jeugdwet. De bevindingen uit de eerste ontwikkelingsjaren zijn nodig om een goed gedocumenteerde aanvraag in te kunnen dienen op grond van de WLZ.

Een succesvolle aanvraag WLZ berust dus op het verzamelen van de relevante informatie voor een de aanvraag. Een op termijn overdragen van een jeugdige van de Jeugdwet naar de WLZ vraagt om een goede voorbereiding van de aanvraag voor de WLZ. De consulent, die verantwoordelijk is voor de regie in de casus, kan tijdig de signalen oppikken die erop wijzen dat het kind op termijn naar de WLZ over zal gaan. De voorbereiding, zoals het aanleggen van een dossier voor een aanvraag bij het Centrum Indicatiestelling Zorg, die beslist over de toegang tot de WLZ, past vervolgens ook bij het werk van de jeugdconsulent en kan een overgang naar de WLZ versnellen. Op dit moment is dit niet structureel ingebed binnen de casusregie door de jeugdconsulent, de focus van de jeugdconsulent ligt meer bij de kaders van de Jeugdwet.

Als een kind tot de WLZ wordt toegelaten, hoeft de gemeente op grond van de Jeugdwet geen jeugdhulp meer in te zetten. Beheersing van de kosten voor deze jeugdtype is er dus op gericht om te bewaken of, en zo ja wanneer, een kind in aanmerking komt voor toelating tot de WLZ.

Bijlagen 1 en 3 schetsen casussen waarbij de WLZ in beeld kan komen.

Zware/kostbare zorg

Het werkproces is gelijk voor alle soorten casussen. Er wordt geen onderscheid gemaakt tussen lichte of zware casussen, of tussen casussen die veel of weinig kosten. Ad hoc wordt het vier ogen principe toegepast, dit is nu een keuze van de betreffende medewerker. Dit doet geen recht aan de diversiteit in de praktijk, zoals bijvoorbeeld blijkt uit de vijf casussen in de bijlage.

De verscheidenheid aan kennis en kunde die nodig kan zijn om een besluit te nemen, de diverse belangen die kunnen spelen, de mate waarin een besluit kan ingrijpen in het leven van de jeugdige of het gezin, of de financiële gevolgen die een besluit voor de gemeente kan hebben, maken het logisch om in het proces expertise toe te voegen naarmate het gevraagde besluit complexer is. Met het vier ogen principe wordt kennis toegevoegd, bijvoorbeeld door een mede-consulent, gedragswetenschapper of kwaliteitsmedewerker te laten meekijken. Naast het toevoegen van expertise in de besluitvorming rondom een bepaalde casus, zijn andere voordelen dat intern kennisuitwisseling plaatsvindt en dat de verschillend tussen besluiten tussen medewerkers wordt verminderd. Hiermee kan het dan ook bijdragen aan het borgen van het werken volgens gedeelde waarden (zie 5.1).

Conclusie

- Bij kinderen met een zware beperking die jeugdhulp ontvangen, kan meer dan nu gevolgd worden of en wanneer zij toegang hebben tot de Wlz en deze overgang in gang gezet worden. Kinderen die recht hebben op zorg vanuit de Wlz hebben geen recht op jeugdhulp op grond van de Jeugdwet. Jeugd GGZ valt niet onder de Wlz en dient, tot de jeugdige meerderjarig wordt, op grond van de Jeugdwet te worden vergoed.
- Bij zware/kostbare zorg kan meer structureel het vier-ogen principe worden toegepast waarmee bij complexe casussen scherper naar de keuzes gekeken kan worden.

Aanbeveling

- We versterken de kennis van de consulenten over de (on) mogelijkheden van de Wlz door de beleidsregels Wlz makkelijk toegankelijk te maken en periodiek onder de aandacht te brengen. Daarnaast gaan we werken met een vaste consulent als aanspreekpunt Wlz. We gaan twee keer per jaar alle casussen screenen en kijken of een Wlz indicatie mogelijk is. Als blijkt dat een overgang naar de Wlz nu nog niet van toepassing is, maar wellicht later wel dan starten we met het opbouwen van het dossier zodat een aanvraag Wlz later zo soepel mogelijk gaat.
- Verantwoordelijkheden binnen Jeugdhulp, Wlz en Wet passend onderwijs beschrijven om de rol van de gemeente goed af te bakenen. (De afbakening met de Wet passend onderwijs is niet in het onderzoek ter sprake gekomen, maar met het afbakenen van de verantwoordelijkheden vanuit de Jeugdhulp ten opzichte van andere wetten, ligt het voor de hand om ook de Wet passend onderwijs mee te nemen).
- Aanpassen van het werkproces door het vier ogen principe tot te passen bij mogelijke/voorgenomen indicatie met grote gevolgen, bijvoorbeeld bij:
 - voorziene kosten boven € 35.000,
 - verblijf-indicaties,
 - begeleidingsindicaties van meer dan vier uur per week,
 - meerdere verleningen van dezelfde inzet,
 - inzet van zorg buiten gecontracteerde zorg (DLP) waarvoor aparte overeenkomsten moeten worden afgesloten.)

Bijlage 1: Voorbeeld ter illustratie van horizontale stapeling en het afwegingsproces mbt zware/kostbare zorg en overgang WLZ

Het gezin bestaat uit vader moeder en vijf kinderen. De ouders hebben het ouderlijk gezag over de kinderen. De vader heeft een baan, moeder heeft de zorg voor de kinderen.

Dochter D, negen jaar oud is bekend met autisme en heeft hierdoor moeite heeft met het reguleren van haar emoties en gedrag en moeite met onderscheid realiteit en fantasie. Ze kent pieken en dalen in haar emoties en heeft hier weinig grip op.

Verder heeft zij ADHD wat zich uit in zowel impulsiviteit, concentratieproblemen en onrust/hyperactiviteit. Ten slotte worden er Ouder-kind relatieproblemen waargenomen ondanks alle hulp die is ingezet en veranderingen in opvoedkundige aanpak lukt het te weinig om haar gedrag thuis aan te sturen. Daarbij is de zorg voor D zwaar, vraagt veel en vraagt zij ook veel aandacht en begeleiding. Iets wat ouders graag willen bieden, maar ook de zorg hebben voor andere kinderen en daarom niet altijd hieraan toe kunnen komen.

Broertje 1 is vier jaar. Hij heeft permanent toezicht nodig omdat hij niet weerbaar genoeg is om voor zichzelf op te komen, geen structuur aan kan brengen in zijn dag en sociale situaties niet goed kan overzien en deze hierdoor gekaderd moeten worden voor hem.

Hij heeft de vertrouwde omgeving van het zandkasteel met voor zijn bekende kinderen nodig om tot het leggen en onderhouden van contacten te komen. Het is voor zijn in zijn woonomgeving moeilijk om in contact te komen met andere kinderen en deze contacten te onderhouden vanwege een verstandelijke beperking en zijn ontwikkelingsachterstand. De begeleiders van het zandkasteel bieden broertje 1 verbale ondersteuning, door het geven van voorbeeldgedrag en kaders, zodat hij kan leren om zijn grenzen op het gepaste manier aan te geven.

Broertje 2 is een jongen van zeven jaar. David heeft een genetische afwijking, een deletie op het NRXN1-Gen. Broertje 2 heeft een algehele ontwikkelingsachterstand.

Broertje 3, drie jaar oud, heeft een genafwijking waardoor er sprake is van een ontwikkelingsachterstand. Mogelijk zal hij naar het speciaal onderwijs gaan, maar heeft nu dagbesteding zwaar, in kleinere groepjes, met een begeleider die hoger is opgeleid.

Broer 4, zes jaar oud, heeft een zwakke gezondheid.

In het gezin is er veel zorg ingezet. Deze zorg wordt ook jaarlijks verlengd. Behalve dat de kinderen jeugdzorg nodig hebben voor hun eigen ontwikkeling, moeten de ouders ontlast worden om de opvoedende taak te kunnen blijven uitvoeren. Indien de zorg van de kinderen niet overgenomen wordt door Wet op de langdurige zorg is de kans groot dat jeugdzorg ingezet zal moeten worden tot de kinderen meerderjarig zijn.

Bijlage 2: Voorbeeld ter illustratie van horizontale stapeling bij externe verwijzers en toewijzingsbeleid externe verwijzers

A woont samen met haar moeder. Moeder heeft alleen het ouderlijk gezag. Vader woont elders. Er is een conflict tussen vader en moeder. Vader is een juridische procedure gestart om het gezag over zijn dochter te krijgen. Op haar zesde is A getest op hoogbegaafdheid. Later is vastgesteld dat zij ook ADHD heeft. A lijdt aan angststoornissen. De huisarts heeft verschillende malen en diverse pakketten psychische hulp ingezet (ambulante hulp en GGZ 0, 2 en 6). Zij heeft ook een behandeling gevolgd tegen verslaving op sociale media (door de gemeente ingezet ambulante hulpverlening en GGZ 6). A heeft verschillende scholen bezocht. Het was moeilijk om onderwijs te vinden die past bij haar hoogbegaafdheid. A is gepest op school.

A neemt zaken letterlijk en kan de sociale context waarin dingen worden gezegd niet herkennen en heeft verder moeilijkheden in het plannen en structureren. Een hulpverlener begeleidt haar bij het omgaan met haar hoogbegaafdheid (psycho-educatie en sociale omgang) en andere begeleider ondersteunt haar bij het structureren en plannen van haar huiswerk (het “leren” leren) en haar dagelijks leven. Moeder heeft een baan en wordt ontlast door de begeleiding. A heeft op het gymnasium onderwijs gevolgd. Zijn volgt nu Montessori onderwijs op Havo, klas 5 (kunstvakschool). Deze school leek bij A te passen. Door de coronacrisis ontvangt A onderwijs op afstand. A beleeft minder plezier aan het onderwijs en heeft moeilijkheden bij het volgen van onderwijs op afstand. Een aanvraag voor het plannen en structureren van het onderwijs en haar sociale leven is recentelijk opnieuw toegekend.

In deze situatie zet de arts in op de faalangst. De gemeente zet in op de verslavingsproblematiek en zorgt voor het inzetten van begeleiding.

Bijlage 3: Voorbeeld ter illustratie van verticale stapeling en inzet van de WLZ

C is een 5-jarig meisje dat samenwoont met haar zus van 8 en haar beide ouders. De ouders hebben beiden de ouderlijke macht. C heeft een chromosoomafwijking (trisomie 9 mozaïek), waardoor zij o.a. erg achterloopt in haar ontwikkeling (functioneren op het niveau van een anderhalf/ twee jarige). C doet het nog steeds goed op de groep en gaat in stapjes vooruit. Zowel in de thuissituatie als op de groep zien zij over het algemeen dezelfde ontwikkelingen bij C, dat zij op het gebied van motoriek en communicatie op haar eigen tempo vooruitgang boekt. Daarnaast is haar zus ook onderzocht door een psycholoog op advies van school. Zij blijkt hoogbegaafd en hoogsensitief te zijn. Hier maakt moeder zich ook weer zorgen om. Verder geeft moeder aan dat door de zorg voor C die 'oneindig' lijkt en de huidige corona situatie (ook haar werk), veel stress ervaart waar door ze weer slechter kan slapen. Ook haar man ervaart nu ook meer vermoeidheid en spanning door alles. Dit heeft haar weer aan het denken gezet dat zij als ouders en gezin meer tijd moeten maken of nodig hebben voor meer ontspanning en aandacht voor elkaar. Moeder geeft aan dat het gevoel dat zij "als gezin achterblijven" dit jaar sterker is geworden. Op het sociale gebied worden de contacten steeds minder, veranderen, en is er steeds meer onbegrip en inleving in hun situatie met de zorgen en zorgtaken rond C. Haar zus heeft door corona ook haar sociale activiteiten verloren. C is heel veel gegroeid zowel mentaal als fysiek, ze begrijpt steeds meer, maar kan ook veel razen en rellen zegt moeder. En kan ze ook driftig zijn en gefrustreerd raken wanneer ze iets niet mag.

Met moeder is dan ook gesproken over het aanvragen van een Wet op de Langdurige Zorg voor C. Dit gaat ze onderzoeken en staat ze er voor open. Tot de aanvraag zal het gezin de ondersteuning/ontlasting blijven nodig hebben vanuit de kinderdagopvang van en een begeleider voor de thuissituatie. Dit om een stagnatie van de ontwikkeling van C te voorkomen, maar ook dat de welzijn van de gezinsleden niet nog meer achteruit gaan. Er wordt daarom dagbesteding, vervoer, en ambulante hulp en GGZ 6, persoonlijke verzorging en twee maal begeleiding in het netwerk van individu (twee zorgverleners middels persoonsgebonden budget) ingezet.

Bijlage 4: Voorbeeld ter illustratie van verticale stapeling en autisme

E is een jongen van elf jaar oud. Moeder heeft het ouderlijk gezag en heeft een lange tijd alleen voor E gezorgd. E is gediagnostiseerd met klassiek autisme en een laag IQ. Moeder is overbelast geraakt door de zorg van E.

Moeder heeft het beste met E voor, ze houdt veel van hem, zet zich in grote mate voor hem in. Zij heeft een beperkt netwerk: E heeft een oom die hij ook regelmatig ziet als hij thuis bij moeder is.

E is vrijwillig uit huis geplaatst en woont in een woongroep. Er is daarom veel afstemming tussen moeder en de groep. Bezoeken vinden zowel op de groep als thuis plaats. E ontvangt 24 uren verblijf, ambulante hulp en GGZ en ambulante hulp in het netwerk jeugdige.

Bijlage 5: Voorbeeld ter illustratie van het afwegingskader voor toewijzen zorg

B. is een meisje van 7 jaar. Zij woont samen met haar ouders en haar zus van 5 jaar. De ouders hebben de ouderlijke macht over beide kinderen. Sinds haar geboorte is B bekend met een chromosomale beperking, waardoor zij verstandelijk en lichamelijk volledig afhankelijk is van zorg door anderen. Zij maakt gebruik van een elektrische rolstoel en leerlingenvervoer. B is nu toegelaten tot de Wet op de langdurige zorg, maar maakte vorige jaar ook nog gebruik van jeugdhulp. De beschreven situatie geeft aan wat de hulpvraag was toen B nog jeugdhulp ontving.

Er is geen sociaal netwerk waar de ouders op terug kunnen vallen. De vader werkt meer dan 60 uur per week en verblijft regelmatig in het buitenland. Moeder is op een gegeven moment gestopt met werken, maar wenst haar werk (deels) weer te hervatten. B is bekend met een zware beperking en is daardoor afhankelijk van 24-uurs zorg en ondersteuning. De vader kan, door zijn arbeidspatroon en zijn regelmatig verblijf in het buitenland, maar beperkt bijdragen aan de feitelijke verzorging en ondersteuning van zijn oudste dochter. De moeder wordt hierdoor grotendeels belast met de zorg van de oudste dochter. Aangezien de ouders niet kunnen terugvallen op een sociaal netwerk, komt veel zorg voor rekening van moeder. Naast de verzorging voor de oudste dochter, heeft moeder ook tijd nodig voor de verzorging en opvoeding van jongste dochter, haar partner en zichzelf. Verder wil moeder deelnemen aan het sociale verkeer door haar vroegere werk weer op te pakken. Het is van belang dat de kinderen gezond en veilig kunnen opgroeien in een gezin. Op grond van de zorg- en ondersteuningsbehoefte van B dreigt overbelasting van de ouders en wordt ondersteuning gevraagd vanuit de Jeugdwet, zodat de ouders hun opvoedende taak ten aanzien van hun kinderen kunnen blijven uitoefenen.

In plaats van ouders ondersteuning te bieden, had eerst van de ouders gevraagd kunnen worden meer zorg voor het B op zich te nemen. Moeder had dan geen ruimte om bijvoorbeeld te werken. Van vader had gevraagd kunnen worden minder uren te gaan werken en meer zorg te besteden aan zijn oudste dochter (eigen kracht).

Onze verordening gaat echter nu nog uit van een ander principe, namelijk dat er jeugdhulp kan worden ingezet voor bovengebruikelijke zorg voor een kind. Gebruikelijke zorg is die zorg die ouders aan hun kind moeten geven die past bij de ontwikkelingsfase van een kind zonder beperkingen (kalenderleeftijd). Alle zorg die daar bovenop komt in verband met de beperking van het kind is bovengebruikelijke zorg. Voor bovengebruikelijke kan een vergoeding gegeven worden aan de ouder, zorg in natura worden ingezet of een persoonsgebonden budget worden aangevraagd. Dit bij ons geldende gemeentelijk beleid is bovenwettelijk beleid en is toegestaan. Voor B is een persoonsgebonden budget toegekend aan meerdere zorgverleners, die op die manier 24 uren zorg konden bieden op momenten dat B en het gezin dit nodig hadden. B ging ook naar de dagbesteding.