
Foto Jeugdzorg Groningen 2012

583012 - 2

Concept Eindrapport

Cebeon, 15 november 2012

I Inhoudsopgave

S	Bestuurlijke Samenvatting Foto Groningen	4
S.1	Aanleiding en doel foto.....	4
S.2	Onderzoeksaanpak	4
S.3	Conclusies op hoofdlijnen.....	5
S.4	Tot slot.....	13
1	Inleiding	14
1.1	Aanleiding en doel	14
1.2	Onderzoeksvragen	14
1.3	Begrippen en definities	14
1.4	Werkwijze.....	15
1.5	Opbouw rapportage.....	15
2	Instellingen Jeugdzorg Groningen.....	17
2.1	Aantal en typen instellingen.....	17
2.2	Bereik instellingen	18
2.3	Financiële stromen.....	20
2.4	Samenwerking tussen instellingen.....	20
2.5	Samenwerking tussen gemeenten	21
3	Zorgaanbod.....	22
3.1	Producten en diensten	22
3.2	Instrumenten en methodieken	24
3.3	Toegang tot aanbod.....	24
3.4	Registratiesystemen	25
4	Zorggebruik	26
4.1	Omvang gebruik	26
4.2	Meting klanttevredenheid	29
4.3	Beeld van de jeugdzorg bij cliënten- en belangenorganisaties.....	29
5	Inkoopprocessen.....	31
5.1	Gemeenten	31
5.2	Provincie.....	31
5.3	Zorgkantoor (Awbz).....	32
6	Toekomstperspectief	34
6.1	Vorbereidingen op decentralisatie	34
6.2	Beoordeling kansen en bedreigingen (mogelijke) ontwikkelingen.....	35
	Bijlagen	41
A	Onderzoeksverantwoording	41
A.1	Verantwoording aanpak.....	41
A.2	Respons instellingen	41
A.3	Respons gemeenten.....	43
A.4	Cliënten- en belangenorganisaties en huisartsen.....	44

B Tabellen..... 45

S Bestuurlijke Samenvatting Foto Groningen

S.1 Aanleiding en doel foto

De komende jaren vindt een forse transformatie binnen het jeugdstelsel plaats. Verantwoordelijkheden van het Rijk, provincie, zorgkantoren worden gedecentraliseerd naar gemeenten. Gemeenten zijn straks verantwoordelijk voor de financiering en inkoop van alle vormen van de zorg voor de jeugd: de provinciale jeugdzorg, de hulpverlening voor licht verstandelijk gehandicapten, de geestelijke gezondheidszorg, de jeugdreclassering en de jeugdbescherming en de gesloten jeugdzorg. De Groninger gemeenten kunnen in de toekomst nadrukkelijker eigen beleid ontwikkelen en vervolgens beleidsmatige en organisatorische keuzen maken. Het financiële kader waarbinnen deze keuzen passen is nog niet uitgewerkt. Veel is nog onzeker maar naar verwachting zal de transitie van Rijk naar gemeenten in 2015/2016 zijn voltooid.

Om de nieuwe verantwoordelijkheden waar te maken, zijn een goede voorbereiding en een gedegen aanpak onontbeerlijk. In opdracht van het Bestuurlijk Platform Jeugd waarin alle bestuurders van de Groninger gemeenten en de provincie zijn vertegenwoordigd, is een *routekaart transitieplan zorg voor de jeugd* opgesteld. In de routekaart worden nog geen inhoudelijke keuzes met betrekking tot de toekomstige inrichting van de zorg voor de jeugd gemaakt. De eerste stap in het proces is het inventariseren van de bestaande situatie van de zorg voor de jeugd in de provincie Groningen. Deze inventarisatie is in het voorliggend rapport beschreven en dient als input voor de inhoudelijke besluitvorming.

Decentralisatie Jeugdzorg in een notendop

- Gemeenten worden financieel en uitvoeringstechnisch verantwoordelijk voor de uitvoering van alle jeugdzorg. Daarbij komen de volgende taken op het gebied van jeugdzorg naar de gemeente:
 - provinciale jeugdzorg (valt nu onder provincie)
 - gesloten jeugdzorg (valt nu onder Rijk)
 - jeugd-ggz (valt nu onder AWBZ en en Zorgverzekeringswet)
 - jeugd-lvg (valt nu onder AWBZ)
 - jeugdbescherming en jeugdreclassering (valt nu onder provincie)
- Beoogd wordt de decentralisatie in één keer door te voeren per 1 januari 2015.
- De decentralisatie gaat gepaard met een bezuiniging. Met de jeugdzorg is nu landelijk ruim 3 miljard euro gemeoid. Beoogd was een bezuiniging van 300 miljoen euro (circa 10%). In het regeerakkoord 'Bruggen slaan' is de bezuinigingstaakstelling verhoogd naar 450 miljoen euro (circa 15%).
- Welk deel van dit budget voor de gemeenten in de provincie Groningen beschikbaar komt is nog onduidelijk.
- Ook vindt decentralisatie van Begeleiding uit de Awbz naar gemeenten plaats. Deze heeft deels betrekking op de jeugd.

S.2 Onderzoeksaanpak

Het Bestuurlijk Platform Jeugd Groningen heeft Cebeon gevraagd de 'foto' voor de jeugdzorg Groningen te maken. Bij de jeugdzorg zijn veel partijen betrokken: gemeenten, de provincie, rijksoverheid, zorgkantoor, zorgverzekering alsmede talloze aanbieders zoals instellingen, vrijgevestigden en huisartsen, en cliëntenraden.

Voor de foto zijn deze partijen benaderd en bevraagd. Er zijn enquêtes onder de instellingen¹ en gemeenten uitgezet (waarin gegevens over met name 2011 zijn opgevraagd), vraaggesprekken met de provincie, het zorgkantoor, huisartsen, cliënten- en belangenorganisaties gevoerd en zijn gegevens geanalyseerd van de belangrijkste zorgverzekeraar en de provincie. Oftewel: al deze stakeholders hebben de gelegenheid gekregen input te leveren.

Voor het in beeld brengen van de aantallen jeugdzorggebruikers is ervoor gekozen niet vooruit te lopen op de resultaten van lopend onderzoek van het SCP en Cebeon. In dit onderzoek wordt het verdeelmodel van de jeugdzorg voorbereid. In het kader hiervan wordt nader onderzoek naar de ‘herkomstgemeente van de jeugdige’ (mede met behulp GBA) gedaan. Hierdoor ontstaat inzicht in de zorgvraag per gemeente (inclusief diverse achtergrondkenmerken van cliënten). Deze gegevens komen naar verwachting begin 2013 beschikbaar.² Nu hierin investeren zou dubbelwerk en extra kosten betekenen. Daarnaast kan het ruis opleveren omdat problemen rond de herkomstgemeente en het ontdebellen van jeugdige cliënten niet zonder diepgaand onderzoek zijn op te lossen.

Op basis van deze overwegingen is gekozen voor een meer verkennende aanpak met het doel om beelden op te leveren die de bestuurders de nodige houvasten bieden voor de conferentie in november 2012. Dit laatste is – ook zonder twee cijfers achter de komma – zeker het geval.

S.3 Conclusies op hoofdlijnen

In het onderzoek zijn negen relevante beleidsvelden die van belang zijn voor het decentralisatieproces onderzocht. Dit loopt van het aantal instellingen tot huidige inkoopstrategieën. Het zijn allemaal losse stukjes van een puzzel maar het totaal geeft wel het palet waarover gemeenten, provincie en aanbieders van jeugdzorg en welzijn nader in overleg moeten treden om succesvol het eindstation van de routekaart te bereiken.

S.3.1 Instellingen: grote verschillen in aanbod, omvang en financiering

In de provincie Groningen zijn 72 zorg- en welzijninstellingen actief (met een vestiging). Alle instellingen zijn aangeschreven en uiteindelijk hebben 50 instellingen aan het onderzoek meegewerkt. Kleine- en grootschalige instellingen zijn substantieel aanwezig. Met de foto wordt een representatief beeld van de zorg voor jeugdigen verkregen. De gehele gesloten jeugdzorg zit erin, praktisch de gehele provinciale jeugdzorg (2 instellingen ontbreken met in totaal circa 75 cliënten) en het overgrote deel van de GGZ-instellingen is opgenomen in de foto (1 grote instelling ontbreekt).

Naast de GGZ-instellingen zijn er ook vrijgevestigde GGZ-aanbieders actief. In de hele provincie Groningen zijn dit er naar schatting 140³, sterk variërend in omvang van de praktijk.

Het landschap is zeer divers zowel qua aanbod als financieringsvorm:

- A. gesloten jeugdzorg (jeugdzorgplus; financiering door Rijk);
- B. provinciale jeugdzorg (financiering door provincie, vrijwillig kader, uit doeluitkering VWS);
- C. jeugdbescherming en jeugdreclassering (financiering door provincie, uit doeluitkering V&J);

1. Vrijgevestigde zorgverleners zijn uiteindelijk niet geënuquëteerd omdat er geen betrouwbare openbare populatielijst van bestaat, en zorgverzekeraar aangaven vanuit concurrentiegevoeligheid deze gegevens niet te verstrekken.

2. De in het desbetreffende onderzoek beoogde datum om informatie over Groningen beschikbaar te hebben, was oktober 2012. De vertraging is opgetreden omdat het langer duurde om de benodigde toestemmingen te verkrijgen en de complexiteit van gegevens (zoals bijvoorbeeld het bepalen van de herkomstgemeente van jeugdigen met een zorgvraag).

3. Informatie is gebaseerd op gegevens van één zorgverzekeraar.

- D. jeugd-Geestelijke Gezondheidszorg (jGGz; financiering uit Awbz en Zorgverzekering);
- E. jeugd-Licht Verstandelijk Gehandicapten (jLVG; financiering uit Awbz);
- F. Wmo (financiering door gemeente);
- G. overige jeugdhulpverlening (verstandelijk gehandicapten, lichamelijk gehandicapten, zintuiglijk gehandicapten – alle drie Awbz-gefinancierd, maatschappelijke opvang, vrouwenopvang/huiselijk geweld, niet verzekerbare zorg; financiering door centrumgemeenten, doeluitkering, particulier).

In de rapportage wordt een onderscheid gemaakt tussen de te decentraliseren jeugdzorg enerzijds (A-E) en de overige jeugdzorg (F-G).

In elke gemeente zijn minimaal⁴ rond de 30 instellingen (variërend van 28 tot 34) beschikbaar op het terrein van de zorg voor jeugdigen. De bandbreedte is klein. In de praktijk blijken jeugdigen gebruik te maken van de ondersteuning door 9 (Bellingwedde) tot 18 (Hoogezand-Sappemeer en Veendam) verschillende instellingen per gemeente. Hierin wordt de range zichtbaar van de op dit moment actieve zorgaanbieders per gemeente.

samenwerking

Bijna alle instellingen hebben een of andere vorm van samenwerking met een andere instelling. Als er sprake is van samenwerking, dan betreft het primair samenwerking op cliëntniveau: 93% van de samenwerkende instellingen doet dit. Bijna de helft werkt samen tussen verschillende financieringsvormen, veelal gekoppeld aan verschillende zorgvormen.

S.3.2 Aantal jongeren met zorgvraag: variatie per gemeente

Welke gemeente inhoudelijk en financieel verantwoordelijk is voor welke jeugdige is een vraag die vanaf 1 januari 2015 echt speelt. Wie levert de (noodzakelijke) zorg? En wie betaalt de rekening? Het lijkt eenvoudig, maar het is niet eenvoudig precies aan te geven hoeveel jongeren uit welke gemeente worden geholpen (zonder definitie van het begrip ‘herkomstgemeente’). Wel is het mogelijk een eerste beeld te geven op basis van de enquêtegegevens. Dit zal worden verfijnd als de cijfers van het landelijke SCP-Cebeononderzoek beschikbaar komen.

De zorgverzekering-gefinancierde zorg (jeugd-GGZ) heeft de meeste cliënten, bijna 8.400. De provinciale jeugdzorg (vrijwillig kader) is de tweede wat betreft het aantal cliënten, bijna 4.200 cliënten. Dit cijfer is exclusief de Toegang⁵ en AMK bij Bureau Jeugdzorg (circa 6.900). De Awbz-gefinancierde jeugdzorg heeft ruim 3.800 cliënten en de gesloten jeugdzorg 120. Onderstaande tabel geeft een overzicht van de aantallen cliënten, inclusief het aantal instellingen.⁶

4. De genoemde aantallen hebben betrekking op de instellingen die hebben gerepsondeerd in het onderzoek. Van de overige, niet-responderende instellingen is het onbekend tot welke gemeenten het werkgebied zich uitstrekt.

5. Toegang is een belangrijk voorportaal voor de provinciale jeugdzorg, maar niet het enige.

6. Voor alle duidelijkheid: in het rapport worden gegevens weergegeven van instellingen die een opgave hebben gedaan. Soms kunnen of willen instellingen geen gegevens per financieringsstroom of per gemeente geven.

Tabel S.1. Totaal aantal cliënten – inclusief meervoudig zorggebruik – per financieringsstroom (2011)

	<i>Aantal cliënten</i>	<i>Binnen aantal instellingen</i>
<i>Rijksfinanciering (gesloten jeugdzorg)</i>	120	1
<i>Provinciale financiering (vrijwillig kader)*</i>	4.200	7
<i>Provinciale financiering (justitieel kader)</i>	1.980	2
<i>Awbz-gefinancierde jeugdzorg</i>	3.830	23
<i>Zorgverzekering-gefinancierde jeugdzorg</i>	8.370†	6
<i>Totaal aantal cliënten, inclusief dubbelstellingen</i>	18.500	

* Exclusief AMK, Toegang, samen circa 6.900 cliënten..

† Exclusief vrijgevestigde zorgverleners. Een ruwe schatting op basis van gegevens van een zorgverzekeraar leert dat er 350 à 400 jeugdigen zorg van een vrijgevestigde zorgverlener ontvangen.

In de voorgenomen decentralisatie gaat het om een totaalbedrag van rond de 3 miljard waarover nog een doelmatigheidskorting van – volgens het actuele regeerakkoord – 15 procent wordt berekend. Bij een evenredige verdeling per inwoner zou het gaan om een te decentraliseren bedrag van ruim 100 miljoen euro voor de jeugdzorg voor de provincie Groningen.⁷

Tabel S.2 hieronder laat zich als volgt lezen:

- in de eerste 4 kolommen zijn demografische gegevens opgenomen: de aantallen inwoners, 0-17-jarigen, 18-22-jarigen en beide laatstgenoemde categorieën samen: 0-22-jarigen (optelsom van de 2 kolommen ervoor);
- in de laatste 4 kolommen zijn de percentages cliënten (in relatie tot het aantal jeugdigen 0-22 jaar) per type jeugdzorg opgenomen:
 - I. de cliënten van de instellingen die uitsluitend zorg A-E (gesloten jeugdzorg, provinciale jeugdzorg, Awbz- en Zorgverzekering-gefinancierde jeugdzorg) leveren;
 - II. de cliënten van instellingen die bovengenoemde zorg leveren en daarnaast ook gemeentefinancierde jeugdzorg (Wmo en ook Wet publieke gezondheidszorg);
 - III. de cliënten van instellingen die uitsluitend gemeentefinancierde zorg leveren.
 - In de totaalkolom zijn de 3 voorgaande kolommen opgeteld.

Cliënten die bij meer instellingen zorg ontvangen, zijn telkens opnieuw meegeteld, zowel binnen 1 kolom als bij de 3 kolommen. De tabel bevat dus dubbelstellingen. Tegelijkertijd zijn er ook omissies, omdat niet alle instellingen een opgave van het aantal cliënten per gemeente hebben gedaan; dit is door 32 van de 50 instellingen gebeurd.

De Wmo-instellingen hebben de grootste aantallen ‘cliënten’ bij onder andere het jeugd- en jongerenwerk; het ontbreken van de opgave van een Wmo-instelling heeft derhalve veel invloed op de gegevens van met name kolom III, maar ook op die van kolom II.

7. Dit is een indicatie. Er is nog geen verdeelmodel. De hier weergegeven manchetberekening is vooral bedoeld om een indruk te geven van de omvang en het belang van de decentralisatie binnen het gemeentefonds.

Tabel S.2. Percentage^a van de jeugdigen dat cliënt is, onderscheiden naar instellingen die (I) uitsluitend zorg A-E bieden, (II) zowel zorg A-E als andere jeugdzorg bieden en (III) die uitsluitend Wmo-ondersteuning bieden.

Gemeente	Aantal jeugdigen 0-22 jaar	(I) Uitsluitend A-E	(II) A-E met andere jeugdzorg	(III) Uitsluitend Wmo	Totaal
Appingedam	2.926	10%	3%	4%	17%
Bedum	2.918	9%	5%	4%	18%
Bellingwedde	2.097	9%	4%	1%	14%
De Marne	2.614	11%	4%	41%	57%
Delfzijl	6.401	10%	5%	5%	20%
Eemsum	4.378	12%	10%	26%	47%
Groningen	58.174	8%	13%	2%	23%
Grootegast	3.753	8%	12%	2%	22%
Haren	4.699	8%	4%	7%	19%
Hoogezand-Sappemeer	8.823	11%	4%	10%	25%
Leek	5.301	11%	4%	3%	18%
Loppersum	2.755	9%	4%	3%	17%
Marum	3.001	8%	4%	40%	52%
Menterwolde	3.157	9%	4%	5%	18%
Oldambt	9.274	10%	4%	2%	16%
Pekela	3.268	11%	5%	13%	28%
Slochteren	4.188	8%	3%	3%	14%
Stadskanaal	8.205	11%	4%	9%	24%
Ten Boer	2.191	9%	15%	3%	27%
Veendam	6.995	11%	5%	7%	23%
Vlagtwedde	3.914	10%	3%	6%	18%
Winsum	3.978	10%	4%	28%	41%
Zuidhorn	5.712	8%	4%	11%	23%
Totaal	158.722	9%	8%	7%	24%
<i>Aantal instellingen met opgave cliënten</i>		10	9	13	32
<i>Totale respons</i>		20	14	16	50

Bovenstaande cijfers hebben geen betrekking op unieke cliënten. Er zitten dubbeltellingen (meervoudig zorggebruik) in en er zijn cliënten buiten de doelgroep van de decentralisatie (zoals verstandelijk gehandicapten in instellingen waar ook aan licht verstandelijk gehandicapten zorg wordt geboden) opgenomen. In kolom II is geen scheiding tussen cliënten A-E en andere cliënten (met name Wmo) te maken. Tegelijkertijd ontbreken er ook opgaven van 18 van de 50 instellingen.

Volgens het CBS waren er op 1 januari 2012 bijna 110.000 jongeren tot 18 jaar woonachtig in de provincie Groningen. Er zijn 49.000 jongeren in de leeftijd van 18 tot en met 22 jaar. Dit betekent dat – afhankelijk van de gemeente – voor de zorgvraag rekening moet worden gehouden met een zorggebruik van minimaal 8- 12% (zie kolom I in tabel S.2). Wordt ook Wmo-ondersteuning (kolom III) door Wmo-instellingen én de zorg van instellingen met breed aanbod (A-E plus Wmo-ondersteuning; kolom II) meegenomen, dan loopt het zorggebruik op tot gemiddeld circa 25%, maar met uitschieters tot rond de 50%. Let wel: in deze cijfers zijn enerzijds dubbeltellingen van cliënten meegenomen, anderzijds ontbreken bij sommige gemeenten de aantallen Wmo-clieënten.

Het is op basis van dit onderzoek niet mogelijk om aan deze aantallen kosten te koppelen. De variatie is zeer groot: van enkele honderden euro's tot meer dan 130.000 euro per jeugdige cliënt per jaar.

8. De absolute aantallen cliënten zijn in het hoofdrapport in tabel 4.1 opgenomen.

S.3.3 Intake en diensten: gevarieerd aanbod

intake is breed

Er vindt veelal een ‘brede intake’ plaats. Bij de meeste instellingen (bijna 80%) is de intake niet uitsluitend gericht op jeugdproblematiek, maar worden (ook) andere terreinen betrokken. Wil men integrale hulp bieden is een brede intake een voorwaarde. In hoeverre de brede intake ook leidt tot een integraal hulpaanbod en of intake-instrumenten van instellingen onderling zijn afgestemd of geüniformeerd, is niet in het kader van de foto onderzocht. Nader onderzoek hiernaar zou zinvol kunnen zijn bij de voorbereiding op de decentralisatie.

De Verwijsindex blijkt door slechts 60% van de bevroegde instellingen te worden gebruikt. De Verwijsindex ‘Zorg voor jeugd’ is bedoeld om problemen bij kinderen en jongeren in de leeftijd van 0 – 23 jaar in een vroegtijdig stadium te signaleren en vervolgens de coördinatie van zorg te organiseren. Op deze manier moeten risico’s met kinderen en jongeren in overdracht en escalatie worden voorkomen. De Verwijsindex functioneert vooralsnog suboptimaal. Met het oog op een goede uitwisseling van informatie en tegelijk adequate dienstverlening verdient het aanbeveling de dekkingsgraad van de Verwijsindex te vergroten.

dienstverlening is divers

Voor sommige producten blijken er veel aanbieders te zijn (tot wel 23), maar voor andere producten is het aantal aanbieders op dit moment beperkt (1 tot en met 4). In onderstaande tabel is een overzicht van het aanbod gegeven alsmede het aantal aanbieders per product, voorzover informatie is verstrekt door instellingen:

Tabel S.3. Aantal aanbieders per product per domein

<i>Domeinen</i>	<i>Aantal instellingen</i>	<i>Toelichting op 'anders'</i>
WEINIG AANBIEDERS (< 5)		
<i>Rijksgefinancierde jeugdzorg – totaal</i>	1	
Gesloten jeugdzorg (jeugdzorgplus)	1	
<i>Provinciale Jeugdzorg – vrijwillig kader</i>	10	
Crisis ambulante	1	
Daghulp	1	
24-uurs (open)	4	
Crisis 24-uurs	2	
Pleegzorg	1	
Crisis pleegzorg	2	
Anders	3	m.n. Toegang, AMK, kindertelefoon
<i>Provinciale Jeugdzorg – justitieel kader – totaal</i>	2	
Jeugdbescherming	2	
Jeugdreeclassering	2	
<i>Zorgverzekering-gefinancierde zorg – totaal</i>	8	
Intramuraal	3	
Begeleiding-individueel	2	
Begeleiding -groep	1	
Kortdurend verblijf	1	
Anders	1	
<i>Gemeente-gefinancierde zorg – totaal</i>	17	
Jeugdgezondheidszorg	1	
VEEL AANBIEDERS (5 OF MEER)		
<i>Provinciale Jeugdzorg – vrijwillig kader – totaal</i>	10	
Ambulant	5	
<i>Awbz-zorg – totaal</i>	27	
Intramuraal	14	
Begeleiding -individueel	23	
Begeleiding -groep	10	
Behandeling	5	
Kortdurend Verblijf	6	
<i>Zorgverzekering-gefinancierde zorg – totaal</i>	8	
Behandeling	6	
<i>Gemeente-gefinancierde zorg – totaal</i>	17	
Jeugd- en jongerenwerk	12	
Jeugdhulpverlening	8	
Gezinsondersteuning	13	
Algemeen maatschappelijk werk	7	
Schoolmaatschappelijk werk	6	
Anders	14	O.a. huiselijk geweld, maatschappelijke opvang, woonbegeleiding, maatschappelijke stages, outreachend jeugdwerk

Voorsnog is ons beeld dat het aanbod breed en dekkend is. Dat wil zeggen dat er zijn geen (kwalitatieve) lacunes zijn geconstateerd waardoor jeugdige zorgbehoefte tussen wal en schip zouden kunnen vallen.

S.3.4 Methodieken en instrumenten: goed onderbouwd

Van de genoemde instrumenten is volgens opgave van de responderende instellingen eenderde 'bewezen effectief'. Voorts is 15% waarschijnlijk effectief en ook eenderde theoretisch goed onderbouwd. Een vijfde van de instrumenten en interventies is niet beoordeeld en er kan daarom geen uitspraak over de effectiviteit worden gedaan. In het onderzoek is niet getoetst of de instrumenten daadwerkelijk door de Erkenningscommissie Interventies en de Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie zijn beoordeeld. Het beeld is dat men over het algemeen met beproefde methoden te werk gaat.

S.3.5 Klanttevredenheid: verschillende metingen maar leidt het tot verbetering?

Triekwart van de responderende instellingen meet de klanttevredenheid. Daartoe wordt meestal (bijna 80%) een gecertificeerde methodiek gebruikt en er wordt door verreweg bij de meeste instellingen minimaal één keer per jaar gemeten. Tweederde betreft alle cliënten in de klanttevredenheidsmetingen. Een klein deel (15%) van de instellingen bevraagt alleen cliënten bij beëindiging van de zorg.

Voor gemeenten is een aandachtspunt in welke mate deze metingen tot (daadwerkelijke) verbeteringen, dan wel verbeteringstrajecten leiden.

S.3.6 Geautomatiseerde toepassingen: veel data weinig informatie

Veel verschillende registratiesystemen worden naast en door elkaar gebruikt.⁹ Soms zijn er ook meer systemen binnen één instelling. Veelal is een systeem afgestemd op de financieringsvorm omdat, om een voorbeeld te geven, de toekenning van een subsidie gekoppeld is aan een bepaalde wijze van verantwoording. Het lijkt erop dat er veel wordt geregistreerd maar dat dit niet betekent dat hier ook bruikbare managementinformatie uit kan worden gehaald. Hier kan nog een slag worden gemaakt. Daarnaast merken we op dat veel informatie niet voorhanden is. In de antwoorden van de instellingen op onze vragen zitten veel gaten. Een groot deel is niet in staat cliënten naar (herkomst) gemeente van de jeugdige in te delen.

Wat betreft de flexibiliteit van het systeem om te kunnen meebewegen met veranderingen in de jeugdzorg, is het oordeel van de helft van de instellingen 'goed'. Een vijfde van de instellingen meent dat het systeem hier niet geschikt voor is. Dit punt dient –mede met het oog op de divers samenwerkingsrelaties- in de toekomst nader worden onderzocht.

S.3.7 Inkoopproces: duurt bijna één jaar

De inkoop van jeugdzorg door de provincie gebeurt in een cyclisch proces van zeven fasen volgens het Nevi-model. Het proces start 9 maanden voor de aanvang van het nieuwe subsidiejaar met een vraaganalyse, die wordt uitgevoerd door Bureau Jeugdzorg. Dit leidt tot een beeld van kwantitatieve en kwalitatieve knelpunten in het zorgaanbod. Het beeld wordt getoetst bij Zorgbelang Groningen, de belangenbehartiger en ondersteuner van zorgvragers in heel Groningen.

Via tussenstappen (inkoopbrief, indiening beleidsplannen door zorgaanbieders, ambtelijk en bestuurlijk overleg) wordt gekozen voor een aantal instellingen. Deze instellingen dienen begrotingen in en in december worden de subsidiebeschikkingen vastgesteld.

De inkoop van zorg door het zorgkantoor gebeurt in een achttal stappen. Het betreft de gehele Awbz-zorg, waarbij jeugd niet apart wordt behandeld of inzichtelijk wordt gemaakt. Het huidige proces start in november, 14 maanden voor de aanvang van het nieuwe subsidiejaar.

Alle gemeenten beschikken over een inkoopbeleid. De inkoop van zorg voor jeugdigen – een traject met diverse opeenvolgende stappen dat zeker een jaar vraagt – betekent evenwel extra investeringen in voorbereiding en contractafsluiting. Hierop dient de gemeentelijke organisatie nog voor te sorteren.

9. Een overzicht van alle gehanteerde systemen is opgenomen in bijlage B, tabel B.15..

S.3.8 Ontwikkelingen gemeenten: pilots in startfase

Verreweg de meeste gemeenten (20) hebben op dit moment preventieve programma's. Twee gemeenten zijn bezig met de voorbereiding hiervan en één gemeente is nog niet zo ver.

Van het ingezette Wmo-instrumentarium is – volgens opgave van de gemeenten zelf – 16% bewezen effectief. 11% is waarschijnlijk effectief en 33% is theoretisch goed onderbouwd. Overigens wordt voor dezelfde instrumenten door verschillende gemeenten niet altijd dezelfde beoordeling gegeven, hetgeen erop duidt dat gemeenten niet allemaal goed bekend zijn met deze beoordelingswijze voor de effectiviteit.

Veel genoemde instrumenten zijn Triple P en Jimmy's (bewezen effectief), Stevig ouderschap (waarschijnlijk effectief), voor- en vroegschoolse educatie (eigenlijk buiten het terrein van de Wmo maar op het terrein van onderwijs), gezinscoaching, Opvoeden & zo, Integrale vroeghulp van MEE en Peuter in zicht (meestal aangeduid als 'theoretisch goed onderbouwd').

Niet op effectiviteit beoordeelde instrumenten die regelmatig zijn genoemd, zijn licht pedagogische hulpverlening, Schatjes-Katjes-Watjes (weerbaarheid), Actieplan Jongeren en alcohol en Jongerenwerk.

Inmiddels heeft driekwart van de gemeenten de functie van het CJG versterkt met oog op de nieuwe taken na de decentralisatie van de jeugdzorg. De concrete voorbereiding op de decentralisatie bestaat vooral uit verkenning en oriëntatie (bijna alle gemeenten). Voorts is ongeveer de helft van de gemeenten bezig met overleg met aanbieders, het formuleren van beleidsuitgangspunten, het opzetten van pilots of voorlichting. Alle gemeenten bekijken de decentralisatie van de jeugdzorg in samenhang met de andere decentralisaties.

samenwerking

Alle gemeenten werken samen met andere gemeenten op het gebied van het CJG, en bijna driekwart van de gemeenten (17) ook op de combinatie van de gebieden CJG, Wmo en onderwijs. De schaal van samenwerking verschilt. Op dit moment werkt meer dan de helft van de gemeenten samen met maximaal 5 andere gemeenten, en 30% met tussen de 6 en 10 gemeenten. Uitbreiding van het aantal samenwerkingsgemeenten lijkt voor deze gemeenten een aandachtspunt.

S.3.9 Belangen- en cliëntenorganisaties: wachten gespannen af

Het professionele niveau en de kennis binnen instellingen worden als sterke punten van de huidige jeugdzorg gezien. Binnen de bestaande infrastructuur zijn de lijnen kort. Er is aandacht voor het individu, waarbij als positief wordt benoemd dat binnen de pleegzorg huisbezoeken worden afgelegd en er persoonlijk contact is. Ook is er waardering voor bestaande nazorgtrajecten.

In de op handen zijnde transitie van de jeugdzorg zien de cliënten- en belangenorganisaties meer bedreigingen dan kansen. Kansen liggen vooral in het verbeteren van de keten en in preventie respectievelijk vroegtijdige signalering.

Bedreigingen ziet men op een viertal vlakken: de invulling van de rol door lokale partijen (gemeenten en CJG's), de kwaliteit van de zorg, de gevolgen van de bezuiniging en het bovengemeentelijk niveau. De angst bestaat dat de beoogde bezuinigingen (aanvankelijke efficiencykorting van 10%, maar in het actuele regeerakkoord 15%) tot verlies aan kwaliteit en kwantiteit van de zorg leiden. De stelselwijziging leidt tot onrust bij personeel van instellingen, hetgeen negatief effect kan hebben op de kwaliteit van de zorg.

S.4 Tot slot

Zoals uit de foto blijkt, moeten gemeenten en instellingen nog op vele terreinen tot afspraken zien te komen. Dit vormt een grote uitdaging. We staan nog maar aan het begin van de routekaart maar het is nu hoog tijd om de volgende stap te zetten. 2015 is geen vergezicht meer!

De route is als volgt:

1. inventarisatie bestaande situatie zorg voor de jeugd in de provincie Groningen (foto);
2. het ontwikkelen van contouren voor de toekomstige inrichting van de zorg voor de jeugd;
3. het maken van een ontwerp voor de inrichting van de zorg voor de jeugd;
4. voorbereiding invoering ontwerp zorg voor de jeugd;
5. invoering definitief ontwerp zorg voor de jeugd;
6. nazorg, bijstelling en evaluatie inrichting zorg voor de jeugd.

Het is een uitdagende route waarbij veel materiaal van de huidige foto bruikbaar is voor de komende discussies (zoals afspraken over inkoop, producten, samenwerking et cetera). Veel van het huidige materiaal vormt de basis voor de afwegingen die moeten worden gemaakt tijdens de ontwerpfase. De huidige foto zal nog worden aangescherpt met gegevens van het SCP-Cebeenonderzoek. Ondanks deze lacune in het huidige rapport, menen we wel dat de richting van de opgave waarvoor gemeenten staan, uit de beschikbare cijfers duidelijk wordt. Uiteindelijk geldt ook hier dat resultaten in het verleden geen garantie zijn voor de toekomst. Ze geven handvatten voor een gedegen ontwerp. De financiële risico's die – met name kleine – gemeenten kunnen lopen zijn groot. Enkele nieuwe zware cliënten kunnen zwaar op de begroting drukken en het is momenteel moeilijk te voorspellen – denk bijvoorbeeld aan verhuizingen – aan welke gemeente deze cliënten zullen worden gekoppeld. Voor het zorgsysteem voor jeugdigen is de uitdaging duidelijk: hoe kan de zorg voor jeugdigen vorm worden gegeven en de kwaliteit worden gegarandeerd (van goedkoop tot duur) in de nieuwe situatie waarin verantwoordelijkheid, regie en budget bij de gemeenten liggen? Dit vraagt om een fundament waarop een toekomstbestendige zorg voor jeugdigen in de provincie Groningen kan worden gebouwd: in het belang van de jeugdigen maar ook van alle gemeenten in de provincie Groningen.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding en doel

Het Bestuurlijk Platform Jeugd Groningen wil een ‘foto’ laten maken van de jeugdzorg binnen de provincie. Rond de jeugdzorg gaat de komende jaren veel veranderen. Verantwoordelijkheden van het Rijk, provincie en zorgkantoren worden gedecentraliseerd naar gemeenten. Gemeenten kunnen in de toekomst nadrukkelijker eigen beleid ontwikkelen en vervolgens beleidsmatige en organisatorische keuzen maken. Het financiële kader waarbinnen deze keuzen passen, is nog niet uitgewerkt. Naar verwachting zal de transitie van Rijk, provincies en Awbz naar gemeenten in 2015 plaatsvinden.

Om zich op de nieuwe situatie voor te bereiden hebben de Groninger gemeenten in samenwerking met de provincie Groningen onderzoek laten doen naar de stand van zaken in de jeugdzorg.

Het doel van het onderzoek is om gemeenten in de provincie Groningen meer inzicht te verschaffen in de bestaande situatie van de jeugdzorg. De bevindingen uit het onderzoek moeten als input dienen voor de inhoudelijke besluitvorming.

1.2 Onderzoeksvragen

De volgende negen thema's zijn onderzocht:

1. Geef een overzicht van instellingen (landelijk, provinciaal en/of lokaal) voor de provincie Groningen;
2. Inventariseer bij deze instellingen intake- en screeningsprocessen op hoofdlijnen;
3. Inventariseer – per gemeente en in totaal – het aantal jongeren in de jeugdzorg (woonachtig en ingeschreven in het GBA van betrokken gemeenten);
4. Inventariseer instrumenten en methodieken die door professionals in de jeugdzorg worden ingezet;
5. Stel vast of klanttevredenheid wordt gemeten;
6. Inventariseer geautomatiseerde toepassingen van de instellingen;
7. Schets ontwikkelingen die al in gang gezet zijn en inventariseer preventieve programma's;
8. Inventariseer beelden (positief en negatief) van belangen- en cliëntorganisaties en huisartsen;
9. Inventariseer op welke wijze diensten op dit moment worden ingekocht (door provincie, zorgverzekeraar/zorgkantoor en gemeenten bij de instellingen).

1.3 Begrippen en definities

De foto heeft betrekking op de zorg voor jeugdigen in de provincie Groningen. Hieronder wordt verstaan: de zorg en ondersteuning voor jeugdigen tot 23 jaar, die wonen in de provincie Groningen. Het gaat om activiteiten en programma's in het kader van preventie, signalering en feitelijke hulpverlening, al dan niet op indicatie toegankelijk.

Zowel de door gemeenten gefinancierde jeugdzorg en jeugd- en jongerenwerk (binnen de Wmo), de te decentraliseren jeugdzorg als overige hulpverlening zoals jeugd-LVG en jeugd-GGZ (waarbinnen kinder- en jeugdpsychiatrie) waarin jongeren zijn betrokken, maken deel uit van de foto.

Opgemerkt moet worden dat alleen professionele hulpverlening in beeld is gebracht. Deze kan direct zijn bekostigd door de verschillende financieringsbronnen, of indirect door de cliënten vanuit een persoongsgebonden budget (PGB). Op dit onderscheid tussen zorg in natura en PGB wordt in het onderzoek niet inge-

gaan; het gaat om het totaal aan hulpverlening binnen de hieronder genoemde financieringskaders (domeinen). Met PGB ingekochte andere ondersteuning is derhalve buiten de foto gebleven.

We onderscheiden zeven domeinen van jeugdzorg op de foto :

- A. gesloten jeugdzorg (jeugdzorgplus; financiering door Rijk);
- B. provinciale jeugdzorg (financiering door provincie, vrijwillig kader, uit doeluitkering VWS);
- C. jeugdbescherming en jeugdreclassering (financiering door provincie, uit doeluitkering V&J);
- D. jeugd-Geestelijke Gezondheidszorg (jGGZ, waarbinnen kinder- en jeugdpsychiatrie; financiering uit Awbz en Zorgverzekering);
- E. jeugd-Licht Verstandelijk Gehandicapten (jLVG; financiering uit Awbz);
- F. Wmo (financiering door gemeente);
- G. overige jeugdhulpverlening (verstandelijk gehandicapten, lichamelijk gehandicapten, zintuiglijk gehandicapten – alle drie Awbz-gefinancierd, maatschappelijke opvang, vrouwenopvang/huiselijk geweld, niet verzekerbare zorg; financiering door centrumgemeenten, doeluitkering, particulier).

In de rapportage wordt een onderscheid gemaakt tussen de te decentraliseren jeugdzorg enerzijds (A-E) en de overige jeugdzorg anderzijds.

De instellingen die zorg voor lichamelijk en zintuigelijk gehandicapte jeugdigen bieden, zijn meegenomen bij de groep A-E. Ook de begeleiding binnen deze Awbz-gefinancierde zorg zal worden gedecentraliseerd.

Andere instellingen die zorgvormen bieden die niet worden gedecentraliseerd, bijvoorbeeld zorg voor ernstig meervoudig gehandicapten, zijn buiten dit rapport gebleven.

1.4 Werkwijze

Bij de jeugdzorg zijn veel partijen betrokken: gemeenten, de provincie, rijksoverheid, zorgkantoor, zorgverzekering alsmede talloze aanbieders zoals instellingen en huisartsen, en cliëntenraden.

Voor de foto zijn deze partijen benaderd en bevroegd. Er zijn enquêtes onder de instellingen¹⁰ en gemeenten uitgezet (waarin gegevens over met name 2011 zijn opgevraagd), vraaggesprekken met de provincie, het zorgkantoor, huisartsen, cliënten- en belangenorganisaties gevoerd en zijn gegevens geanalyseerd van de belangrijkste zorgverzekeraar en de provincie. Oftewel: al deze stakeholders hebben de gelegenheid gekregen input te leveren.

De vragenlijsten voor de twee enquêtes zijn vooraf voorgelegd bij een aantal instellingen respectievelijk gemeenten. Suggesties voor aanvullingen en verbeteringen van hen zijn, voor zover mogelijk, verwerkt in de definitieve vragenlijsten.

In bijlage A is de werkwijze uitgebreider beschreven.

1.5 Opbouw rapportage

In hoofdstuk 2 wordt een algemeen overzicht gegeven van de instellingen die zorg en ondersteuning bieden aan jeugdigen in de provincie Groningen.

In hoofdstuk 3 wordt vervolgens dieper ingegaan op het zorgaanbod: producten, instrumenten en methodieken, toegang tot het aanbod en gehanteerde registratiesystemen. Daarna wordt in hoofdstuk 4 de vraagzijde

10. Vrijgevestigde zorgverleners zijn uiteindelijk niet geënquêteerd, vanwege de door de zorgverzekeraar aangegeven concurrentiegevoeligheid van de te verstrekken gegevens. Wel is enige informatie over totalen in het rapport verwerkt.

belicht: de omvang van het zorggebruik, de meting van klanttevredenheid en het beeld van de jeugdzorg bij cliënten- en belangenorganisaties.

In hoofdstuk 5 worden de inkoopprocessen geschetst van huidige inkopers, te weten gemeenten, de provincie en het zorgkantoor.

Het rapport wordt afgesloten met een hoofdstuk over de toekomst: hoe bereiden betrokkenen zich voor en welke kansen en bedreigingen zien zij in de transitie van de jeugdzorg?

In bijlage A is de onderzoeksverantwoording opgenomen en bijlage B bevat gedetailleerde tabellen.

2 Instellingen Jeugdzorg Groningen

2.1 Aantal en typen instellingen

aantal instellingen

De Groninger gemeenten hebben een lijst aangereikt van in het onderzoek te betrekken instellingen. Van deze 92 instellingen bleek een vijfde deel niet relevant, omdat geen zorg wordt geboden binnen het zorgterrein van de foto of doordat het niet om aparte organisaties ging. Dat duidt erop dat instellingen wel bekend zijn bij gemeenten, maar dat gemeenten niet altijd precies weten wat het werkkerrein van instellingen is.¹¹

Van de (maximaal) 72 relevante instellingen hebben er 50 meegewerkt aan het onderzoek, een respons van 69%, uitgedrukt in aantallen instellingen.¹² Kijken we naar de representativiteit van de respons, dan kan worden geconstateerd dat de gehele gesloten jeugdzorg is opgenomen alsmede zo goed als alle instellingen (2 ontbreken er) met provinciale jeugdzorg. Voor deze sectoren kan daarom worden gesteld dat de respons een representatief beeld van de jeugdzorg geeft. Binnen de GGZ-sector zijn – naast kleinere – drie van de vier grote GGZ-instellingen in de respons terug te vinden. De respons is hier voor het overgrote deel representatief te noemen. Voor de Awbz-sector is het lastiger de mate van representativiteit te beoordelen. Er hebben 27 instellingen deelgenomen, die Awbz-zorg bieden; dit is meer dan de helft van de responderende instellingen. Omdat inzicht in de totale populatie Awbz-gebruikers op dit moment ontbreekt, is het toch moeilijk een uitspraak te doen over de mate van representativiteit.

De foto in het vervolg van deze rapportage is gebaseerd op de informatie van deze 50 instellingen.

domeinen

Ruim de helft van de instellingen blijkt werkzaam op 1 domein. De overige instellingen bestrijken 2 tot 4 domeinen van de 7 die zijn onderscheiden. Er bestaat derhalve geen instelling die over de volle breedte van de zorg voor jeugdigen werkt.

In onderstaand overzicht is per domein aangegeven hoeveel instellingen diensten aanbieden binnen de provincie Groningen.

11. In bijlage A is een overzicht van de respons opgenomen.

12. Opgemerkt moet worden dat er verschillen zijn in het hanteren van de bovengrens van de leeftijd van jeugd: bij sommige instellingen ligt deze op 17 jaar, bij andere op 22 jaar, soms ook met uitloop bij bestaand zorggebruik. Ook dient in het oog te worden gehouden dat er sprake is van dubbeltellingen in het onderzoek: cliënten die in een jaar bij meer instellingen zorg of ondersteuning hebben ontvangen.

Tabel 2.1. Aantal in de provincie Groningen werkzame instellingen per domein

Domein	Aantal instellingen	% instellingen
A. Gesloten jeugdzorg (jeugdzorgplus)	1	2%
B. Provinciale jeugdzorg (uit doeluitkering VWS)	8	16%
C. Provinciale jeugdzorg: jeugdbescherming en jeugdreclassering (uit doeluitkering V&J)	2	4%
D. Jeugd-GGZ	20	40%
E. Jeugd-LVG	14	28%
F. Wmo	26	52%
G. Overig	10	20%
Totaal (ongelijk aan optelsom; meer domeinen per instelling)	50	100 %
Domeinen A – E (te decentraliseren jeugdzorg)	32	64%
<i>waarvan tevens F en/of G (Wmo of Overig)</i>	14	28%
Uitsluitend F (Wmo)	16	32%
Uitsluitend G (Overig)	2	4%
Totaal	50	100%

Er zijn 10 instellingen die op overige domeinen (G), buiten A-F, zorg aan jeugdigen leveren. Het betreft zorg voor zintuiglijk gehandicapten, lichamelijk gehandicapten, maatschappelijke opvang, vrouwenopvang, justitiële kant van verslaafdenzorg en taakstraffen (rechtstreeks door Justitie gesubsidieerd).

De twee instellingen met *uitsluitend* ‘overige’ jeugdzorg (G) bieden – naast intramurale zorg – ook ambulante begeleiding die nu nog via de Awbz wordt bekostigd. Met de decentralisatie van de Awbz zal dit deel – afhankelijk van de ideeën van het nieuwe Kabinet waarschijnlijk eerder dan de overige jeugdzorg – naar gemeenten gaan. In dit rapport worden deze instellingen bij de presentatie betrokken bij de instellingen met te decentraliseren jeugdzorg (categorieën A-E).

geografisch werkgebied

Meer dan de helft van de instellingen (52%) heeft een klantenkring die verder reikt dan de provincie Groningen. Een relatief klein deel van de instellingen is lokaal (gemeentelijk) geïntendeerd (18 %).

omvang instellingen

De omvang van de instellingen is voor dit onderzoek gemeten in omzet, het aantal formatieplaatsen en het aantal jeugdige cliënten, woonachtig in de provincie Groningen. Daarnaast kunnen instellingen andere cliënten hebben; deze zijn niet meegenomen in het onderzoek.

De instellingen in Groningen variëren sterk in omvang; klein- en grootschalige instellingen zijn substantieel aanwezig onder de aanbieders. Van de instellingen op de domeinen A-E heeft ruim de helft minder 100 cliënten.

2.2 Bereik instellingen

leeftijdsbereik

De helft van de instellingen richt zich op alle leeftijden, van 0 tot 23 jaar.

De overige instellingen richten zich op 1, 2 of 3 categorieën (0-4, 5-11, 12-17, 18-23 jaar). 97% van de instellingen richt zich op 12-17-jarigen. Dit betreft een derde van de cliënten.

gemeenten

Alle gemeenten hebben vestigingen van instellingen binnen hun gemeentegrenzen, waarbij het aantal varieert van 2 tot 8, met als uitschieters Veendam (13) en de stad Groningen (25).

In elke gemeente zijn rond de 30 instellingen (variërend van 28 tot 34) beschikbaar op het terrein van de zorg voor jeugdigen. De bandbreedte is klein.

In de praktijk blijken jeugdigen cliënten per gemeente gebruik te maken van de ondersteuning door 9 (Bellingwedde) tot 18 (Hoogezand-Sappemeer en Veendam) verschillende instellingen. Hierin wordt de range zichtbaar van de op dit moment actieve zorgaanbieders per gemeente.

In onderstaand overzicht is de volgende informatie opgenomen:

- het aantal instellingen dat een vestiging heeft in een bepaalde gemeente;
- het aantal instellingen dat een bepaalde gemeente tot zijn werkgebied rekent. Dit is het geval als er feitelijke cliënten uit een gemeente zijn, maar ook als inwoners van de gemeente in principe bij een instelling terecht kunnen;
- het aantal instellingen dat werkelijk cliënten uit een bepaalde gemeente heeft – in het peiljaar 2011.

Als Appingedam als voorbeeld wordt genomen, dan zien we dat er in deze gemeente 6 instellingen een (fysieke) vestiging hebben, maar dat er 34 instellingen zijn waar jeugdigen (uit Appingedam) terecht kunnen. In de praktijk maken de jeugdigen hier gebruik van de ondersteuning van slechts 15 instellingen – althans voor zover instellingen hierover informatie hebben verstrekt.

Punt van aandacht bij deze gegevens is, dat instellingen in het algemeen goed kunnen aangeven welk gebied ze bedienen (49 van de 50 instellingen hebben dit opgegeven), maar dat het veel moeilijker blijkt uit administraties te halen in welke gemeenten de cliënten woonachtig zijn (32 van de 50 instellingen konden binnen het kader van het onderzoek deze informatie verstrekken).

Tabel 2.2. Aantal instellingen dat per gemeente actief is: werkgebied en vestigingen

<i>Gemeente</i>	<i>Inwoners per 1-1-2012</i>	<i>Instellingen met vestigingen</i>	<i>Instellingen binnen werkgebied</i>	<i>Instellingen met cliënten</i>
<i>Appingedam</i>	12.053	6	34	15
<i>Bedum</i>	10.508	5	32	15
<i>Bellingwedde</i>	9.283	2	30	10
<i>De Marne</i>	10.428	3	32	15
<i>Delfzijl</i>	26.305	5	32	18
<i>Eemsmond</i>	16.235	5	31	15
<i>Groningen</i>	193.127	25	32	19
<i>Grootegast</i>	12.275	3	30	15
<i>Haren</i>	18.457	6	31	15
<i>Hoogezand-Sappemeer</i>	34.778	8	33	19
<i>Leek</i>	19.467	3	31	14
<i>Loppersum</i>	10.366	3	30	15
<i>Marum</i>	10.413	4	33	15
<i>Menterwolde</i>	12.358	6	32	16
<i>Oldambt</i>	39.095	5	29	15
<i>Pekela</i>	12.868	6	31	15
<i>Slochteren</i>	15.536	3	31	16
<i>Stadskanaal</i>	32.998	8	32	17
<i>Ten Boer</i>	7.477	2	28	14
<i>Veendam</i>	27.920	13	34	19
<i>Vlagtwedde</i>	16.260	6	31	15
<i>Winsum</i>	13.987	4	32	18
<i>Zuidhorn</i>	18.681	3	30	15
Totaal	580.875	134	721	
<i>Aantal instellingen dat informatie heeft verstrekt</i>		44	49	32
<i>Onbekend</i>		6	1	18
<i>Totale respons</i>		50	50	50

2.3 Financiële stromen

financieringsbronnen

De instellingen ontvangen financiële middelen van het rijk, de provincie, de Awbz, de zorgverzekering, gemeenten en daarnaast ook eigen bijdragen van cliënten, particuliere bijdragen of overige bronnen, zoals fondsen of scholen. De exacte bedragen (ten behoeve van jeugdigen in Groningen) wilde of kon een derde van de instellingen desgevraagd niet leveren.

Op basis van de opgave van de geënkquêteerde instellingen is in 2011 tenminste 155 miljoen euro omgegaan in de zorg en ondersteuning voor Groningse jeugdigen. Uit rijksmiddelen is 16,2 miljoen bekostigd¹³, uit provinciale middelen (gevoed door twee doeluitkeringen van het Rijk) 44,7 miljoen.

De middelen uit de andere financieringsbronnen zijn onvolledig in kaart gebracht maar bedragen bij elkaar tenminste 39 miljoen uit de Awbz, 26 miljoen uit de zorgverzekering en 23 miljoen¹⁴ van gemeenten, 5,7 miljoen uit andere financieringsbronnen (waaronder particuliere financiering, ESF, indirect aan jeugd gerelateerde geldstromen, ROC's/onderwijs, Oranjefonds, overige dienstverlening) en 0,6 miljoen uit eigen bijdragen van cliënten. We benadrukken nogmaals dat deze cijfers indicatief zijn, omdat niet alle instellingen gegevens hebben aangeleverd en de opgaven niet zijn geverifieerd.

kosten per financieringsbron per product

De kosten per product zijn door minder instellingen opgegeven dan de totale kosten. Dit betekent dat van sommige producten er in het geheel geen cijfers bekend zijn en van andere producten die van slechts 1 of enkele instellingen. Aan instellingen is toegezegd dat geen bedrijfsgevoelige gegevens worden gepresenteerd die herleidbaar zijn tot individuele instellingen. Vanwege de onvolledigheid en herleidbaarheid tot individuele instellingen worden deze cijfers hier niet gepresenteerd.

Deze grote mate van (gedeeltelijke) non-respons is een punt van aandacht; beter inzicht in kosten per product kan behulpzaam zijn voor de invulling van de nieuwe rol van gemeenten vanaf 2015.

2.4 Samenwerking tussen instellingen

Alle instellingen werken samen met andere instellingen, op drie uitzonderingen na.

Meer dan de helft werkt samen binnen verscheidene financieringsvormen.

Echter, 43% werkt samen binnen slechts één financieringsvorm, bijvoorbeeld uitsluitend binnen de Awbz en niet ook nog met provinciale jeugdzorg.

Als er sprake is van samenwerking, dan betreft het primair samenwerking op cliëntniveau: 93% van de samenwerkende instellingen doet dit. Daarnaast heeft tweederde van alle samenwerkingsrelaties betrekking op het cliëntniveau.

Voorts werkt 62% van de instellingen samen op organisatieniveau (17% van de samenwerkingsrelaties) en 55% op bestuurlijk niveau (10% van de samenwerkingsrelaties). Dat betekent dat er in potentie met veel instellingen wordt samengewerkt.

13. Dit bedrag van de rijksmiddelen heeft mede betrekking op jeugdigen uit de twee andere noordelijke provincies.

14. In dit bedrag aan gemeentelijke subsidie zijn de gemeentelijke bijdragen ad circa 11 miljoen euro in het kader van Wet publieke gezondheidszorg meegenomen.

2.5 Samenwerking tussen gemeenten

Alle gemeenten werken samen met andere gemeenten op het terrein van de Centra voor Jeugd en Gezin. Ook op het gebied van de Wmo, werk en inkomen en onderwijs wordt door veel gemeenten samengewerkt op verschillende schaalniveaus. Bijna driekwart van de gemeenten (17) werkt met andere gemeenten samen op de terreinen van zowel CJG als Wmo als onderwijs.

De schaal van samenwerking verschilt. Op dit moment werkt meer dan de helft van de gemeenten samen met maximaal 5 andere gemeenten, en 30% met tussen de 6 en 10 gemeenten. Uitbreiding van het aantal samenwerkingsgemeenten lijkt voor deze gemeenten een aandachtspunt.

3 Zorgaanbod

3.1 Producten en diensten

3.1.1 Producten van instellingen, per domein

Er is per domein geïnventariseerd welke producten worden aangeboden door de instellingen in het onderzoek. Voor sommige producten blijken er veel aanbieders te zijn (van 5 tot wel 23), maar voor andere producten is het aantal aanbieders op dit moment beperkt (1 tot en met 4). Het betreft vooral producten binnen de domeinen van de Rijks- en provinciaal en zorgverzekering-gefinancierde jeugdzorg, maar ook enkele op andere domeinen.

In onderstaand overzicht is per domein aangegeven voor welke producten er veel of weinig aanbieders zijn, althans voor zover door de instellingen is opgegeven in het kader van het onderzoek. In werkelijkheid kan het aantal aanbieders per product groter zijn; dit is het geval voor zover aanbieders niet hebben gerepsondeerd in het onderzoek of binnen de vragenlijst niet alle onderdelen hebben beantwoord.

Tabel 3.1. Aantal aanbieders per product per domein

<i>Domeinen</i>	<i>Aantal instellingen</i>	<i>Toelichting op 'anders'</i>
<i>WEINIG AANBIEDERS (< 5)</i>		
<i>Rijksgefinancierde jeugdzorg – totaal</i>	1	
Gesloten jeugdzorg (jeugdzorgplus)	1	
<i>Provinciale Jeugdzorg – vrijwillig kader</i>	10	
Crisis ambulantly	2	
Daghulp	1	
24-uurs (open)	5	
Crisis 24-uurs	3	
Pleegzorg	1	
Crisis pleegzorg	2	
Anders	5	m.n. Toegang, AMK, kindertelefoon
<i>Provinciale Jeugdzorg – justitieel kader – totaal</i>	2	
Jeugdbescherming	2	
Jeugdreclassering	2	
<i>Zorgverzekering-gefinancierde zorg – totaal</i>	8	
Intramuraal	3	
Begeleiding-individueel	2	
Begeleiding -groep	1	
Kortdurend verblijf	1	
Anders	1	
<i>Gemeente-gefinancierde zorg – totaal</i>	17	
Jeugdgezondheidszorg	1	
<i>VEEL AANBIEDERS (5 OF MEER)</i>		
<i>Provinciale Jeugdzorg – vrijwillig kader – totaal</i>	10	
Ambulant	5	
<i>Awbz-zorg – totaal</i>	27	
Intramuraal	14	
Begeleiding -individueel	23	
Begeleiding -groep	10	
Behandeling	5	
Kortdurend Verblijf	6	
<i>Zorgverzekering-gefinancierde zorg – totaal</i>	8	
Behandeling	6	
<i>Gemeente-gefinancierde zorg – totaal</i>	17	
Jeugd- en jongerenwerk	12	
Jeugdhulpverlening	8	
Gezinsondersteuning	13	
Algemeen maatschappelijk werk	7	
Schoolmaatschappelijk werk	6	
Anders	13	O.a. huiselijk geweld, maatschappelijke opvang, woonbegeleiding, maatschappelijke stages, outreachend jeugdwerk

3.1.2 Producten van gemeenten

In zo goed als alle gemeenten worden jeugdgezondheidszorg, opvoedondersteuning en preventief jeugdbeleid, met een volledig pakket aangeboden. Hierin zijn de vijf functies ondergebracht: informatie en advies, signalering en overdracht, toeleiding, kortdurende interventies en coördinatie van zorg. In slechts twee gemeenten is op dit moment slechts een deel van dit pakket aanwezig.

Andere door gemeenten gefinancierde producten die (mede) voor jeugd zijn, betreffen bestrijding van/opvang na huiselijk geweld (zoals meldpunt Veiligheid en Zorg) en openbare geestelijke gezondheidszorg.

3.2 Instrumenten en methodieken

instellingen

Er wordt door instellingen, zoals viel te verwachten, een breed scala aan instrumenten ingezet. Tweederde van de instellingen heeft concreet ingevuld welke instrumenten of interventies worden ingezet en hoe deze zijn beoordeeld op effectiviteit, zoals gehanteerd door de Erkenningscommissie Interventies en de Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie. Daarbij is onderscheid gemaakt in drie categorieën: theoretisch goed onderbouwd, waarschijnlijk effectief en bewezen effectief.

Van de genoemde instrumenten¹⁵ blijkt – volgens opgave van de instellingen zelf – eenderde bewezen effectief te zijn. Voorts is 15 % waarschijnlijk effectief en ook eenderde theoretisch goed onderbouwd. Een vijfde van de instrumenten en interventies is niet beoordeeld en er kan daarom geen uitspraak over de effectiviteit worden gedaan. In het onderzoek is niet getoetst of de instrumenten daadwerkelijk door de Erkenningscommissie zijn beoordeeld.

gemeentelijke programma's

Verreweg de meeste gemeenten (20) hebben op dit moment preventieve programma's. Twee gemeenten zijn bezig met de voorbereiding hiervan en één gemeente is nog niet zo ver.

Van het ingezette instrumentarium is – volgens opgave van de gemeenten zelf – 16% bewezen effectief, 11% is waarschijnlijk effectief en 33% is theoretisch goed onderbouwd. Overigens wordt voor dezelfde instrumenten door verschillende gemeenten niet altijd dezelfde beoordeling gegeven, hetgeen erop kan duiden dat gemeenten niet allemaal goed bekend zijn met deze beoordelingswijze voor de effectiviteit.

Veel genoemde instrumenten zijn Triple P en Jimmy's (bewezen effectief), Stevig ouderschap (waarschijnlijk effectief), voor- en vroegschoolse educatie (eigenlijk buiten het terrein van de Wmo maar op het terrein van onderwijs), gezinscoaching, Opvoeden & zo, Integrale vroeghulp van MEE en Peuter in zicht (meestal aangeduid als 'theoretisch goed onderbouwd').

Niet op effectiviteit beoordeelde instrumenten die regelmatig zijn genoemd, zijn licht pedagogische hulpverlening, Schatjes-Katjes-Watjes (weerbaarheid), Actieplan Jongeren en alcohol en Jongerenwerk.

3.3 Toegang tot aanbod

3.3.1 Intake en screening

Ongeveer de helft van de instellingen hanteert meer dan 1 intake-procedure.

Bij de meeste instellingen (bijna 80%) is de intake niet uitsluitend gericht op jeugdproblematiek, maar worden (ook) andere terreinen betrokken. Er vindt dan een zogenaamde 'brede intake' plaats. Dit is van belang als het gaat om aangrijpingspunten voor integrale hulpverlening.

De Verwijsindex 'Zorg voor jeugd' is bedoeld om problemen bij kinderen en jongeren in de leeftijd van 0 – 23 jaar in een vroegtijdig stadium te signaleren en vervolgens de coördinatie van zorg te organiseren. Op deze

15. Het aantal instrumenten bevat dubbelleningen: hetzelfde instrument kan door meer instellingen worden gebruikt en binnen een instelling kan een instrument voor meer risico- of probleemgebieden worden ingezet.

manier moeten risico's met kinderen en jongeren worden voorkomen. Een hulpverlener bij wie een jeugdige terecht komt, zou daarin moeten kunnen zien bij welke andere instellingen de jeugdige bekend is. De Verwijsindex blijkt echter door slechts ruim 60% van de bevroegde instellingen te worden gebruikt. Als alleen wordt gekeken naar de instellingen die op de te decentraliseren domeinen (A-E) werkzaam zijn, is dit percentage zelfs nog lager. Dit impliceert dat de beoogde functie van de Verwijsindex op dit moment niet optimaal wordt gerealiseerd.

Jeugdigen kunnen, ook per instelling, via vele kanalen in de (feitelijke en preventieve) hulpverlening belanden. bij de meeste instellingen (75%) kan men zichzelf aanmelden, gevolgd door verwijzing door school of kinderopvang (65%), verwijzing door MEE (60%), door het Centrum voor Jeugd en Gezin (58%), door de huisarts (56%) en door een andere instelling voor jeugdzorg (waaronder Bureau Jeugdzorg; 52%). Er zijn dus vele toegangen op dit moment, en daarbij is doorverwijzing dan wel parallelle verwijzing door een andere instelling bij de helft van de instellingen aan de orde.

3.3.2 Wachlijsten en -tijden

Bij een derde van de instellingen is geen sprake van hulpverleningstrajecten waarvoor men eventueel zou moeten wachten; het betreft met name maar niet uitsluitend Wmo-instellingen.

Van de overige 34 instellingen is er bij eenderde (betreft 12 instellingen) inderdaad sprake van een wachtlijst tussen het moment van indicatiestelling of diagnose en de daadwerkelijke start van het zorgtraject. Het betreft voornamelijk instellingen in de categorieën A-E (provinciale jeugdzorg – vrijwillig en justitieel kader, jeugd-GGZ, jeugd-LVG). De omvang van de wachtlijsten (het aantal wachtende jeugdigen) is door slechts 5 van deze 12 instellingen opgegeven. Hieruit kan om die reden geen indicatie worden ontleend voor de omvang van de wachtlijsten in de provincie Groningen.

3.4 Registratiesystemen

Zoals kon worden verwacht, blijken de instellingen veel verschillende registratiesystemen te gebruiken¹⁶, soms ook meer systemen binnen één instelling.

Bij ruim de helft van de instellingen is het registratiesysteem op een server beschikbaar (client-server) en bij een derde van de instellingen is het systeem via een webapplicatie (intern of extern gehost) beschikbaar. Slechts 12% hanteert een stand-alonesysteem.

De registratiesystemen worden nauwelijks gebruikt voor elektronische dienstverlening, hoewel bij de helft van de instellingen het systeem hier wel geschikt voor is.

Wat betreft de flexibiliteit van het systeem om te kunnen meebewegen met veranderingen in de jeugdzorg, is het oordeel van de helft van de instellingen goed. Slechts minder dan een vijfde van de instellingen meent dat het systeem hier niet geschikt voor is.

Voorts geven de meeste instellingen aan dat de registratiegegevens kunnen worden geëxporteerd voor het opmaken van statistieken (78%), dat de registratie is afgestemd op landelijke afspraken binnen koepelorganisaties (74%), dat de registratie ook door andere instellingen wordt gebruikt (59%) en dat er uitwisseling van gegevens op cliëntniveau kan plaatsvinden (56%).

16. Een overzicht van alle gehanteerde systemen is opgenomen in bijlage AB, tabel B.15.

4 Zorggebruik

4.1 Omvang gebruik

Het zorggebruik is gemeten door middel van het aantal cliënten op 1 januari 2011, aangevuld met alle instroom gedurende het jaar.

cliënten per gemeente

32 van de 50 instellingen hebben een opgave van het aantal cliënten per gemeente gedaan. De woongemeente van cliënten kan blijkbaar niet gemakkelijk uit registraties worden gehaald bij deze 18 ontbrekende instellingen.

Het 'aantal cliënten' verdient toelichting: het gaat om jeugdige cliënten. Als een gezin met 3 kinderen wordt ondersteund, dan betreft het 3 cliënten. Soms is een schatting gemaakt van het aantal jeugdige cliënten met behulp van een gemiddelde gezinsgrootte. Cliënten die hulp van meer dan 1 instelling ontvangen, komen in deze registraties vaker voor! Het aantal cliënten per gemeente bevat dus dubbeltellingen. Uit het nog lopend onderzoek van het SCP en Cebeon zullen op een later moment gegevens beschikbaar komen over unieke aantal unieke cliënten in de provinciale jeugdzorg (vrijwillig en justitieel kader) per gemeente.

Voor de basistaak van de GGD, het uitvoeren van de jeugdgezondheidszorg (preventieve zorg waarbij screening, vroegsignalering en opvoedingsondersteuning centraal staan) ziet de GGD veel meer jeugdigen: alle kinderen van 0 tot 4 jaar, alle kinderen in de groepen 2 en 7 van het basisonderwijs en – op afspraak – jeugdigen in het voortgezet onderwijs. In het kader van het onderzoek zijn niet alle kinderen meegenomen die de GGD bezoeken, maar alleen de kinderen, bij wie een vorm van psychosociale problematiek is geconstateerd (circa 4.000). Deze cijfers zijn onderdeel van de laatste kolom in tabel 4.1.

Tabel 4.1 laat zich als volgt lezen:

- in de eerste 4 kolommen zijn demografische gegevens opgenomen: de aantallen inwoners, 0-17-jarigen, 18-22-jarigen en beide laatstgenoemde categorieën samen: 0-22-jarigen (optelsom van de 2 kolommen ervoor);
- in de laatste 4 kolommen zijn de percentages cliënten (in relatie tot het aantal jeugdigen 0-22 jaar) per type jeugdzorg opgenomen:
 - I. de cliënten van de instellingen die uitsluitend zorg A-E (gesloten jeugdzorg, provinciale jeugdzorg, Awbz- en Zorgverzekering-gefinancierde jeugdzorg) leveren;
 - II. de cliënten van instellingen die bovengenoemde zorg leveren en daarnaast ook gemeentefinancierde jeugdzorg (Wmo en ook Wet publieke gezondheidszorg);
 - III. de cliënten van instellingen die uitsluitend gemeentefinancierde zorg leveren.
 - In de totaalkolom zijn de 3 voorgaande kolommen opgeteld.

Cliënten die bij meer instellingen zorg ontvangen, zijn telkens opnieuw meegeteld, zowel binnen 1 kolom als bij de 3 kolommen. De tabel bevat dus dubbeltellingen. Tegelijkertijd zijn er ook omissies, omdat niet alle instellingen een opgave van het aantal cliënten per gemeente hebben gedaan; dit is door 32 van de 50 instellingen gebeurd.

De Wmo-instellingen hebben de grootste aantallen 'cliënten' bij onder andere het jeugd- en jongerenwerk; het ontbreken van de opgave van een Wmo-instelling heeft derhalve veel invloed op de gegevens van met name kolom III, maar ook op die van kolom II.

Tabel 4.1. Aantal cliënten, onderscheiden naar instellingen die (I) uitsluitend zorg A-E bieden, (II) zowel zorg A-E als andere jeugdzorg bieden en (III) die uitsluitend Wmo-ondersteuning bieden.

Gemeente	Bevolkingsgegevens 1-1-2012 (bron: CBS)				Aantal cliënten jeugdzorg (opgave instellingen)			
	Inwoners	0-17-jarigen	18-22-jarigen	0-22 totaal	(I) Uitsluitend A-E	(II) A-E met andere jzorg	(III) Uitsluitend Wmo	Totaal aantal
Appingedam	12.053	2.306	620	2.926	310	100	110	510
Bedum	10.508	2.275	643	2.918	260	150	120	520
Bellingwedde	9.283	1.638	459	2.097	180	90	30	300
De Marne	10.428	2.104	510	2.614	290	110	1.080	1.480
Delfzijl	26.305	5.004	1.397	6.401	650	320	310	1.280
Eemsmond	16.235	3.467	911	4.378	520	440	1.120	2.080
Groningen	193.127	28.923	29.251	58.174	4.530	7.570	1.290	13.400
Grootegast	12.275	3.021	732	3.753	290	460	60	820
Haren	18.457	3.844	855	4.699	390	190	310	890
Hoogezand-Sappemeer	34.778	7.021	1.802	8.823	980	380	850	2.210
Leek	19.467	4.325	976	5.301	570	230	140	930
Loppersum	10.366	2.216	539	2.755	260	120	80	460
Marum	10.413	2.411	590	3.001	250	110	1.190	1.560
Menterwolde	12.358	2.524	633	3.157	290	120	160	570
Oldambt	39.095	7.357	1.917	9.274	970	340	160	1.470
Pekela	12.868	2.541	727	3.268	360	150	420	930
Slochteren	15.536	3.476	712	4.188	340	130	120	600
Stadskanaal	32.998	6.597	1.608	8.205	880	330	730	1.940
Ten Boer	7.477	1.835	356	2.191	200	330	70	590
Veendam	27.920	5.633	1.362	6.995	770	360	490	1.620
Vlagtwedde	16.260	3.115	799	3.914	390	110	220	720
Winsum	13.987	3.258	720	3.978	390	150	1.120	1.650
Zuidhorn	18.681	4.705	1.007	5.712	450	210	630	1.290
Totaal	580.875	109.596	49.126	158.722	14.520*	12.480	10.800	37.790
<i>Aantal instellingen met opgave cliënten</i>					10	9	13	32
<i>Totale respons</i>					20	14	16	50

* Aantallen zijn afgerond op 10-tallen. Het totaal onderaan is als gevolg daarvan niet precies gelijk aan de optelsom in de kolom. Het aandeel cliënten binnen de categorie 0-22-jarigen (%) is in de samenvatting in tabel S.2 opgenomen.

Bovenstaande cijfers hebben geen betrekking op unieke cliënten. Er zitten dubbeltellingen (meervoudig zorggebruik) in en er zijn cliënten buiten de doelgroep van de decentralisatie (zoals verstandelijk gehandicapten in instellingen waar ook aan licht verstandelijk gehandicapten zorg wordt geboden) opgenomen. In kolom II is geen scheiding tussen cliënten A-E en andere cliënten (met name Wmo) te maken. Tegelijkertijd ontbreken er ook opgaven van 18 van de 50 instellingen.

Volgens het CBS waren er op 1 januari 2012 bijna 110.000 jongeren tot 18 jaar woonachtig in de provincie Groningen. Er zijn 49.000 jongeren in de leeftijd van 18 tot en met 22 jaar. Dit betekent dat – afhankelijk van de gemeente – voor de zorgvraag rekening moet worden gehouden met een zorggebruik van minimaal 8- 12% (zie kolom I in tabel S.2). Wordt ook Wmo-ondersteuning (kolom III) door Wmo-instellingen én de zorg van instellingen met breed aanbod (A-E plus Wmo-ondersteuning; kolom II) meegenomen, dan loopt het zorggebruik op tot gemiddeld circa 25%, maar met uitschieters tot rond de 50%. Let wel: in deze cijfers zijn enerzijds dubbeltellingen van cliënten meegenomen, anderzijds ontbreken bij sommige gemeenten de aantallen Wmo-cliënten.

Tabel 4.1 geeft een eerste beeld.

In het SCP-Cebeon-onderzoek zal onderstaande tabel worden gevuld. Dit biedt gemeenten een nauwkeuriger inzicht in het aantal cliënten van de provinciale jeugdzorg.

Tabel 4.2. Het aantal cliënten (stand- en stroomgegevens) van de provinciale jeugdzorg, naar product en naar achtergrondkenmerken van cliënten

<i>Gemeenten</i>	<i>Aantallen per gemeente uitgesplitst naar</i>	<i>Stroomcijfers</i>	<i>Achtergrond kenmerken</i>
<i>Appingedam</i>	gedwongen kader wachlijst ambulant pleegzorg dagbehandeling	instroom uitstroom hele jaar	leeftijd geslacht ethniciteit gezinstype
<i>Bedum</i>			
<i>Bellingwedde</i>			
.....			
<i>Groningen</i>			
.....			
<i>Winsum</i>			
<i>Zuidhorn</i>			

cliënten per financieringsbron

Voor elke financieringsstroom is het aantal cliënten per product in kaart gebracht, voor zover instellingen hiervan opgave hebben gedaan. Het gaat hier dus niet om unieke cliënten. Cliënten die bij één of meer instellingen meer zorgvormen ontvangen, zijn telkens opnieuw meegeteld.

De provinciale jeugdzorg (vrijwillig kader) lijkt de meeste cliënten te hebben, bijna 11.000. Dit cijfer is inclusief de Toegang en AMK bij Bureau Jeugdzorg. Zonder deze groepen (circa 6.900 cliënten) zou het gaan om bijna 4.200 cliënten.

De zorgverzekering is de tweede wat betreft het aantal cliënten (jeugd-GGZ) met bijna 8.400 cliënten.

De Awbz-gefinancierde jeugdzorg heeft ruim 3.800 cliënten en de gesloten jeugdzorg circa 120.

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de aantallen cliënten, inclusief het aantal instellingen dat een opgave heeft gedaan.

Tabel 4.3. Totaal aantal cliënten – inclusief meervoudig zorggebruik – per financieringsstroom (2011)

	<i>Aantal cliënten†</i>	<i>Binnen aantal instellingen</i>
<i>Rijksfinanciering (gesloten jeugdzorg)</i>	120	1
<i>Provinciale financiering (vrijwillig kader)*</i>	4.180	7
<i>Provinciale financiering (justitieel kader)</i>	1.980	2
<i>Awbz-gefinancierde jeugdzorg</i>	3.830	23
<i>Zorgverzekering-gefinancierde jeugdzorg</i>	8.370	8
<i>Gemeente-gefinancierde jeugdzorg</i>	17.130	24

* Exclusief AMK en Toegang (Bureau Jeugdzorg), samen circa 6.900 cliënten..

† De totalen komen niet geheel overeen met die in tabel 4.1 vanwege partiële non-respons.. Sommige instellingen hebben geen uitsplitsing van de cliënten naar gemeenten gegeven, terwijl andere juist weer geen uitsplitsing naar financieringsstromen hebben gegevens.

4.2 Meting klanttevredenheid

Driekwart van de instellingen meet de klanttevredenheid. Daartoe wordt meestal (bijna 80%) een gecertificeerde methodiek gebruikt en er wordt door verreweg de meeste van de betreffende instellingen minimaal één keer per jaar gemeten. Overigens kan worden opgemerkt dat binnen de jeugd-GGZ klanttevredenheidsmeting verplicht is en volgens een landelijk gestandaardiseerde vragenlijst plaatsvindt.

Tweederde betreft alle cliënten in de klanttevredenheidsmetingen. Een klein deel (15%) van de instellingen bevraagt alleen cliënten bij beëindiging van de zorg.

De resultaten worden bijna altijd aan de directie gerapporteerd en bij meer dan 80% van de betreffende instellingen aan het managementteam, het uitvoerend team en de cliëntenraad.

Minder vaak worden de resultaten van het cliënttevredenheidsonderzoek meegedeeld aan het bestuur van de instelling (67%), aan het toezichtsorgaan (55%) of aan anderen (27%). Voor gemeenten is deze laatste bevinding wellicht punt van aandacht; zij krijgen op dit moment blijkbaar weinig inzicht in de klanttevredenheid bij de instellingen.

4.3 Beeld van de jeugdzorg bij cliënten- en belangenorganisaties

In een groepsbijeenkomst met 13 vertegenwoordigers van zeven cliënten- en belangenorganisaties is de huidige jeugdzorg in Groningen besproken.

sterke punten

Positieve ervaringen zijn er met de bestaande infrastructuur en de kwaliteit en professionaliteit van de zorg.

Binnen de bestaande infrastructuur zijn de lijnen kort. Er is aandacht voor het individu, met als voorbeeld dat binnen de pleegzorg huisbezoeken worden afgelegd en er persoonlijk contact is. Ook is er waardering voor bestaande nazorgtrajecten.

Het professionele niveau en de kennis binnen instellingen worden als sterke punten van de huidige jeugdzorg gezien. Opgemerkt is, dat juist door grootschaligheid professionalisering, het ontwikkelen en in stand houden van specialistische hulp, innovaties mogelijk zijn.

Voorts wordt het bestaande klachtrecht goed gewaardeerd en is men ook positief over de uitgevoerde klanttevredenheidsonderzoeken en de wijze waarop met uitkomsten daarvan wordt omgegaan.

Gewezen is op voorbeeldprojecten, waar reeds integrale hulpverlening (gehele keten) wordt toegepast door samenwerkende instellingen: DOK3 en Leerfabriek. Bij de vormgeving van de transitie zou naar deze projecten moeten worden gekeken.

zwakke punten

Als 'zwak' wordt genoemd: beperkt ervaren invloed van cliënten (te weinig cliëntsturing), haperende overdracht (ofwel de aansluiting tussen instellingen op cliëntniveau) en een vergaande bureaucrativering.

Er zijn vele toegangen mogelijk, het vergt allereerst vaardigheid en doorzettingsvermogen om de juiste toegang te vinden en ook daadwerkelijk verwezen te worden. BJZ is wel aangeduid als 'vesting die moeilijk is binnen te gaan', met name voor mensen die beperkte kennis of taalvaardigheid hebben (laaggeletterden, immigranten). Ten tweede is naar voren gebracht dat de keuzemogelijkheden voor een zorgaanbieder beperkt zijn; men heeft de indruk dat BJZ bepaalt bij welke zorgaanbieder men hulp moet afnemen, een sterke aanbodsturing wordt ervaren. Ten derde is aangegeven dat de regie ontbreekt of niet op de gewenste plek zit: niet de cliënt (of zijn 'beschermer') heeft de regie, maar de instelling.

Hapering in overdracht wordt in verschillende situaties ervaren. Het blijkt vaak moeilijk een aansluitend hulptraject (bij een andere instelling) te vinden; dat kan een lang zoekproces zijn voor de cliënt, waarvoor de instelling (waar het hulptraject stopt) zich niet altijd verantwoordelijk voelt. Wanneer er een overgang naar een andere instelling plaatsvindt, blijkt er beperkte overdracht van cliëntinformatie te zijn, waardoor men telkens opnieuw zijn verhaal moet doen. Ook het bereiken van de leeftijd van 18 jaar kan leiden tot een hiaat in de hulpverlening; de groep 18-22 valt soms tussen wal en schip. Tot slot is op dit vlak ook gewezen op gebrekkige aansluiting tussen de zorgverlening en het regulier onderwijs.

Met vergaande bureaucrativering wordt gedoeld op het bestaan van vele protocollen en verplichte rapportages. Dossiers lijken in de beleving van cliënten soms belangrijker dan wat cliënten zelf te vertellen hebben. Men voelt zich in die situaties vaak niet gehoord. Hierbij speelt ook dat vertegenwoordigers van cliënten aangeven onvoldoende inzicht hebben in de resultaten of effecten van de hulpverlening door de instelling.

5 Inkoopprocessen

5.1 Gemeenten

wijze van inkoop

Tweederde van de gemeenten heeft het inkoopbeleid schriftelijk vastgelegd.

Zo goed als alle gemeenten (22) kopen dienstverlening in door middel van subsidieverlening.

Onderhandse of openbare aanbesteding komt daarnaast voor bij respectievelijk een derde en 10% van de gemeenten.

Andere vormen die worden toegepast, zijn een gemeenschappelijke regeling of geen inkoop maar bijvoorbeeld door middel van uitvoering door medewerking in eigen dienst.

contractvormen

De meeste gemeenten maken prestatieafspraken (18) en/of budgetafspraken (16).

Raamcontracten worden minder toegepast. Wel is veelvuldig het sluiten van uitvoeringsovereenkomsten genoemd; bij deze term is niet zonder meer duidelijk op welke wijze kaders zijn afgesproken (input, output, anders).

5.2 Provincie

typen jeugdzorg en doeluitkeringen

De provincie ontvangt een doeluitkering van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) ten behoeve van de provinciale jeugdzorg in vrijwillig kader en ten behoeve van de indicatiestelling ('Toegang'), Advies- en Meldpunt Kindermishandeling en de kindertelefoon, die worden uitgevoerd door Bureau Jeugdzorg. Daarnaast ontvangt de provincie een doeluitkering van het ministerie van Veiligheid en Justitie (V&J) ten behoeve van jeugdzorg in justitieel kader, te weten de jeugdbescherming en jeugdreclassering. De provinciale jeugdzorg richt zich op dit moment op jeugd tot en met 17 jaar. 18-25-jarigen komen soms voor hulp in aanmerking, als de indicatie vóór de 18^e verjaardag is gesteld.

inkoopproces

De inkoop van jeugdzorg door de provincie gebeurt in een cyclisch proces van zeven fasen volgens het Nevi-model. Het proces start 9 maanden voor de aanvang van het nieuwe subsidiejaar met een vraaganalyse, die wordt uitgevoerd door Bureau Jeugdzorg. Dit leidt tot een beeld van kwantitatieve en kwalitatieve knelpunten in het zorgaanbod, waaronder ontbrekende producten. Het beeld wordt getoetst bij Zorgbelang Groningen, de belangenbehartiger en ondersteuner van zorgvragers in heel Groningen.

Via tussenstappen (inkoopbrief, indiening beleidsplannen door zorgaanbieders, ambtelijk en bestuurlijk overleg) wordt gekozen voor een aantal instellingen. Deze instellingen dienen begrotingen in en in december worden de subsidiebeschikkingen vastgesteld.

Op dit moment zijn er contracten met 6 à 7 instellingen.

In sommige gevallen wordt gebruik gemaakt van aanbod van instellingen buiten de provincie, met name vanwege veiligheid of het ontbreken van specifiek aanbod binnen Groningen. Wachtlijsten kunnen geen aanleiding hiervoor zijn. Bekostiging gebeurt dan door de woonprovincie van de jeugdige. Tussen de drie noordelijke provincies bestaan afspraken voor verrekening, omdat uitwisseling van cliënten hier vaker plaatsvindt.

bijsturing gedurende het jaar

Om gedurende het jaar te kunnen bijsturen wordt een deel van het beschikbare budget niet ondergebracht in de subsidiebeschikkingen. Dit wordt beschikbaar gehouden als instrument om instellingen te stimuleren meer te doen dan de afgesproken prestaties of om in te zetten als zich plotseling onverwachte situaties voordoen.

Voorts vindt monitoring plaats gedurende het jaar. Het zorggebruik wordt elk kwartaal in beeld gebracht en de wachtlijsten maandelijks. Indien nodig, vindt overleg plaats naar aanleiding van ontwikkelingen. De instellingen leveren de input aan voor de monitor.

5.3 Zorgkantoor (Awbz)

inkoopproces

De inkoop van zorg door het zorgkantoor gebeurt in een achttal stappen. Het betreft de gehele Awbz-zorg, waarbij jeugd niet apart wordt behandeld of inzichtelijk wordt gemaakt.

Het proces start in november, 14 maanden voor de aanvang van het nieuwe subsidiejaar met een eerste oriëntatie. Tussen februari en april wordt de eerste inhoudelijke aanzet voor de Gehandicaptenzorg en de Geestelijke Gezondheidszorg ontwikkeld op basis van informatie uit diverse bronnen en gesprekken in het veld. Deze mondt uit in speerpunten (beoogde verbeteringen) en een presentatie op hoofdlijnen in mei, gevolgd door een officiële publicatie van de beleidslijnen in juni.

Na vragen en formele beantwoording daarvan gedurende een maand worden de definitieve beleidslijnen begin juli gepubliceerd, op welk moment de inschrijving start. De voorlopige gunning vindt plaats in augustus, de definitieve half september.

Voor gunning komen alleen instellingen in aanmerking die zijn toegelaten door VWS en voldoen aan de inkoopvoorwaarden van het zorgkantoor.

Na de definitieve gunning worden vóór 1 november de contracten afgesloten op basis van overleg tussen contractmanagers en de instellingen. In de contracten wordt een plafond afgesproken; uiteindelijk vindt afrekening plaats op feitelijk verleende zorg. De contracten met betrekking tot extramurale zorg zijn strakker dan die met betrekking tot intramurale zorg, waar meer onderhandelingsruimte bestaat. De hoogte van de tarieven wordt gebaseerd op een klassenindeling op basis van de mate waarin het zorgkantoor vindt dat de aanbieder aan de eisen voldoet. Hoe beter dit het geval is, des te hoger het tarief. Behalve voor reguliere zorg worden ook contracten voor projecten (knelpunten, speerpunten, vernieuwingen) afgesloten, waarbij een hoger tarief kan worden gehanteerd.

De contracten worden naar de Nederlandse Zorgautoriteit gestuurd.

contractpartijen

In 2012 is er een contract gesloten met 86 aanbieders (voor alle Awbz-zorg; niet alleen jeugdigen), die sterk verschillen in omvang en in geografisch bereik.

Er zijn tot nu toe geen contracten met vrijgevestigde zorgverleners. Vanaf 2013 verandert dat en zullen ook contracten met zelfstandige zorgverleners worden gesloten, als gevolg van nieuwe regelgeving van het Rijk.

Voor besteding van toegekende PGB's kunnen cliënten ook niet-gecontracteerde zorgverleners inschakelen, inclusief niet-gekwalificeerde.

inzicht in jeugd in Groningen

In de contracten wordt jeugd niet apart benoemd. Achteraf is het wel mogelijk inzicht te krijgen in het onderscheid tussen de te decentraliseren zorg en de in de Awbz achterblijvende zorg. Dit kan voor de Awbz op basis van indicaties (namelijk die van Bureau Jeugdzorg), beschermd en individueel begeleid wonen, gehandicaptenzorg en een deel van de zorg voor licht verstandelijk gehandicapten (LVG) – namelijk voor zover er ook sprake is van een gedragsstoornis.

Het zorgkantoor financiert de Awbz-zorg die in Groningen wordt verleend: dus inclusief de zorg aan inwoners van andere provincies en exclusief de zorg die aan Groningers elders wordt verleend.

6 Toekomstperspectief

6.1 Voorbereidingen op decentralisatie

6.1.1 Voorbereidingen door instellingen

preventie en eigen kracht

Gezien de doelstellingen van de decentralisatie, waarbij het onder meer gaat om een accentverschuiving naar preventie en naar eigen kracht en sociaal netwerk, is het van belang een beeld te hebben van de mate waarin instellingen nu al hiermee bezig zijn.

We onderscheiden vier functies waarmee instellingen zich kunnen bezig houden: preventie, signalering, toeleiding en hulpverlening.

Als niveaus waarop hulp wordt geboden wordt onderscheid gemaakt in vier niveaus: eigen kracht & sociaal netwerk, algemene voorzieningen, collectieve voorzieningen en individuele voorzieningen.

Van alle onderzochte instellingen blijkt tweedederde zich bezig te houden met preventie en zelfs bijna 80% richt zich (ook) op het inzetten van eigen kracht en sociaal netwerk.

Kijken we naar de inzet van tijd en geld naar functie, dan blijkt de meeste tijd en geld gaat naar hulpverlening (60%), en dat 20% wordt besteed aan preventie. Voor de niveaus geldt dat de meeste inzet zit in individuele voorzieningen (bijna 40%), maar dat er relatief ook veel inzet is voor de inschakeling van eigen kracht en sociaal netwerk (31%). De betreffende instellingen zijn nu al bezig in de beoogde lijn van de decentralisatie.

innovaties, gericht op vergroting van efficiency en effectiviteit

Het overgrote deel (ruim 90%) van de instellingen geeft aan bezig te zijn met innovaties, gericht op het efficiënter en effectiever maken van de zorg.

6.1.2 Voorbereidingen door gemeenten en provincie

voorbereiding door gemeenten

Inmiddels heeft driekwart van de gemeenten de functie van het CJG versterkt met oog op de nieuwe taken na de decentralisatie van de jeugdzorg. Overigens kan in dit verband worden gewezen op het rekenkameronderzoek naar CJG's.¹⁷ Hieruit blijkt dat gemeenten en hulpverleners veel hebben geïnvesteerd in het realiseren van CJG-inlooppunten, maar dat de uitvoering van taken nog onvoldoende gecoördineerd plaatsvindt. Voor het vervullen van de poortwachtersfunctie is hier aandacht voor vereist.

De concrete voorbereiding bestaat vooral uit verkenning en oriëntatie (bijna alle gemeenten). Voorts is ongeveer de helft van de gemeenten reeds bezig met overleg met aanbieders, het formuleren van beleidsuitgangspunten, het opzetten van pilots of voorlichting.

Alle gemeenten bekijken de decentralisatie van de jeugdzorg in samenhang met de andere decentralisaties.

17. Algemene Rekenkamer, Centra voor Jeugd en Gezin in gemeenten; een samenwerkingsproject met gemeentelijke rekenkamers. 13 juni 2012.

Bij het formuleren van beleidsuitgangspunten zijn de belangrijkste onderwerpen waarop deze keuzes betrekking hebben: eigen kracht/eigen sociaal netwerk eerst, de relatie tussen preventie en het verlenen van zorg, de regierol van de gemeente en de relatie tussen algemene en specifieke voorzieningen.

De gemeenten die bezig zijn met pilots verwerken hierin ook weer vaak eigen kracht/eigen sociaal netwerk eerst en de relatie tussen preventie het verlenen van zorg. Daarnaast is bij de meeste ook de organisatie van aanmelding en indicatiestelling opgenomen in de pilot.

Gemeente die al voorlichting geven, richten deze voorlichting vooral op de eigen ambtenaren en politiek. Voorlichting aan instellingen of burgers is nog weinig aan de orde.

Wat voorts nog nauwelijks van de grond is gekomen, is het overleg met cliënten(-organisaties) en concrete beleidskeuzes voor de inrichting van de jeugdzorg. Dat laatste is niet zo verwonderlijk, gezien het gezamenlijke proces dat de gemeenten volgen met de Routekaart.

voorbereiding door de provincie

Samen met de gemeenten is opdracht gegeven voor het maken van de ‘foto jeugdzorg Groningen’, het onderhavige rapport.

De provincie is voornemens om vervolgens het inkoopproces (2013, 2014) samen met de gemeenten te doorlopen. Gemeenten moeten nu eerst de gelegenheid krijgen doelen te stellen en beleidskeuzes te maken ten aanzien van onder andere de schaal van samenwerking, de zorgaanbieders en de producten. De provincie is actief betrokken bij dit proces.

6.2 Beoordeling kansen en bedreigingen (mogelijke) ontwikkelingen.

6.2.1 Door gemeenten

huidige beeld en kansen voor verbetering

In de huidige situatie zien gemeenten een aantal zwakke punten. Er zou te weinig aandacht zijn voor lokale verschillen, te veel verkokering, protocollen en teveel nadruk op de Verwijsindex.

Als sterke punten (om te behouden) zien gemeenten de korte lijnen. Gemeenten zien een verandering in de risico's, die op dit moment beperkt zijn met betrekking tot de zorg voor jeugdigen en straks veel groter kunnen zijn.

De stelselherziening zou kansen kunnen bieden voor meer preventie – een verschuiving van de inzet naar de voorkant. De (beoogde) revenuen van inzet op preventie (nu al door gemeenten) zullen ook bij de gemeente terecht kunnen komen (belanden nu bij de huidige financiers van jeugdzorg).

Voorts ziet men mogelijkheden tot betere samenwerking en meer eenduidigheid in de aanpak oftewel ‘1 kind – 1 gezin – 1 plan’.

bedreigingen van de stelselherziening

Bedreigingen zien gemeenten in de mogelijke weerstand van organisaties tegen de stelselwijziging, de mate waarop instellingen op zichzelf zijn gericht, de bezuinigingen en de mate waarin het Rijk blijft sturen. Ook is er zorg over het gewicht dat gemeenten in de schaal kunnen leggen: een grote gemeente kan meer deskundigheid in huis halen en vertegenwoordigt een grotere vraag dan een kleine. Op dit moment hebben de provincie,

zorgkantoor en zorgverzekeraar – vanwege de schaal – een sterke onderhandelingspositie; voor gemeenten zal het lastiger zijn een sterke positie in te nemen.

ontwikkelingen waarin gemeenten kansen voor verbetering zien

Zowel in de jeugdzorg als op aanpalende terrein is veel in beweging. Ontwikkelingen waarvan circa 90% van de gemeenten een positief effect of kansen voor verbetering verwachten voor de jeugdzorg, zijn met name het doorbreken van de verkokering en een integralere aanpak, een grotere nadruk op eigen kracht en sociaal netwerk en een toenemende samenwerking tussen gemeenten.

De versterking van de huisartsfunctie met de praktijkondersteuner GGZ als spil, zoals in het GGZ-akkoord van april 2012 is afgesproken, zien maar weinig gemeenten als positieve ontwikkeling.

6.2.2 Door instellingen

huidige beeld en kansen voor verbetering

Instellingen hebben als zwakke punten in de huidige situatie naar voren gebracht, dat er teveel versnippering (meer hulpverleners binnen één gezin) en verkokering (mede als gevolg van de verschillende financieringsstromen) is, de indicatiestelling te traag verloopt, in plaats van de hulpvraag het aanbod vaak centraal staat, er gebrek is aan specialistische kennis bij indicatiesteller of verwijzer, er hiaten in zorgaanbod ontstaan indien vervolghulp nodig is en het bestaan van wachtlijsten.

Sterke punten van de huidige jeugdzorg zijn het kennisniveau bij instellingen, de prijs-kwaliteitverhouding en de korte lijnen. Belangrijk is om deze te behouden.

Evenals gemeenten verwachten instellingen dat de stelselherziening kansen zou kunnen bieden voor meer preventie, betere samenwerking en betere afstemming op het lokale veld. Ook een overgang van aanbodgestuurd naar vraaggestuurd werken wordt als kans gezien.

bedreigingen van de stelselherziening

Bedreigingen zien instellingen voor met name de zwaardere jeugdzorg; deze kan niet worden voorkómen door meer preventie. Voorts vreest men dat bepaalde groepen jongeren uit zicht kunnen raken, dat expertise zal verdwijnen. Er bestaat zorg over het inzicht bij gemeenten; de nieuwe doelgroep is ingewikkelder dan de bij gemeente bekende Wmo-doelgroepen. Gemeenten moeten zich hier niet op verkijken. Waar gemeenten vaak de blik naar binnen hebben gericht (goed voor preventie), bestaat het gevaar dat ze dat ook doen bij jeugdigen die zwaardere zorg nodig hebben; daar zal de blik meer naar buiten, over gemeente- (of provincie-)grenzen heen moeten zijn gericht.

Ook de bezuinigingen en een risico van onvoldoende tot stand komen van samenwerking zien instellingen als bedreigingen van de stelselherziening.

ontwikkelingen waarin instellingen kansen voor verbetering zien

Ontwikkelingen waarvan driekwart van de instellingen een positief effect of kansen voor verbetering verwachten voor de jeugdzorg, zijn met name het doorbreken van de verkokering en een integralere aanpak, sturing op resultaat en een toenemende samenwerking tussen gemeenten. Het eerste en laatste punt komen overeen met de door gemeenten vooral als positief aangeduide ontwikkelingen.

De versterking van de huisartsfunctie met de praktijkondersteuner GGZ als spil, zoals in het GGZ-akkoord van april 2012 is afgesproken, zien – evenals gemeenten – maar weinig instellingen als positieve ontwikkeling.

6.2.3 Door de provincie

huidige beeld

De provincie beschouwt zichzelf als inkoper met een sterke positie. De provincie vindt dat zij in staat is om veel voor elkaar te krijgen bij instellingen, waaronder het stimuleren van vernieuwingen in het zorgaanbod. Een deel van het totale budget wordt flexibel ingezet waardoor op nieuwe ontwikkelingen of knelpunten gedurende het jaar kan worden ingespeeld. Het niveau van de provincie betekent klantgerichtheid – maar wel op afstand.

Keerzijde van de sterke positie is dat de provincie ook kwetsbaar is als monopolist; het is in het huidige systeem de enige partij die jeugdzorg-middelen besteedt, zowel vanuit de doeluitkering van VWS (vrijwillig kader, maar ook de indicatiestelling door Bureau Jeugdzorg) als vanuit dit van VenJ (jeugdbescherming en jeugdreclassering).

En keerzijde van de afstand tot het veld is dat de provincie daardoor minder zicht heeft op wat er daadwerkelijk gebeurt in de jeugdzorg; alleen indirecte informatie, zoals via rapportages en de monitor, is beschikbaar.

bedreigingen van de stelselherziening

Er komt een ingewikkelde doelgroep bij voor gemeenten, ingewikkelder dan de Wmo-doelgroep en binnen een complexer systeem. Gemeenten hebben een beperkte ervaring op dit terrein.

Bovendien hebben gemeenten vaak de blik naar binnen gericht, hetgeen voor preventie adequaat is. Als er meer aan de hand is, is echter een naar buiten gerichte blik nodig.

Een derde bedreiging kan uitgaan van een te korte-termijnblik van gemeenten (de wethouder wordt afgerekend op de prestaties in de jeugdzorg), terwijl voor een goede jeugdzorg een langere-termijnbeleid nodig is.

ontwikkelingen waarin de provincie kansen voor verbetering ziet

Kansen voor verbetering ziet de provincie vooral in het weghalen van de schotten en integraler gaan werken. Ook hebben gemeenten meer bekendheid met de doelgroep en kunnen beter tot inzet van een zo licht mogelijk instrumentarium, dicht bij huis, komen.

6.2.4 Door cliënten- en belangenorganisaties

De cliënten- en belangenorganisaties zien zowel kansen als bedreigingen in de decentralisatie van de jeugdzorg, waarbij bedreigingen uitgebreider zijn benoemd.

kansen

Kansen liggen vooral in het verbeteren van de keten en in preventie respectievelijk vroegere signalering.

Bij verbetering van de keten denkt men vooral aan vereenvoudiging van de toegang (waaronder 1 loket), verbetering van de overdracht van cliënten tussen instellingen, verbetering van de aansluiting van opeenvolgende hulptrajecten – binnen een instelling en tussen verschillende instellingen, ontschotting van de zorg en integrale hulpverlening (1 kind – 1 traject).

bedreigingen

Bedreigingen ziet men op een viertal vlakken: de invulling van de rol door lokale partijen (gemeenten en CJG's), de kwaliteit van de zorg, de gevolgen van de bezuiniging en het bovengemeentelijk niveau.

Ten aanzien van de rol van lokale partijen vreest men een gebrek aan kennis bij de gemeente (waarbij het de vraag is of gemeenten dat zelf onderkennen) en onvoldoende besef bij gemeenten van de zwaarte van de

problematiek bij de nieuwe cliëntgroep. Men is bang dat er teveel nadruk zal worden gelegd op eigen kracht en pedagogiek, waarbij een onderschatting van de ernst van problematiek en de noodzaak tot specialistische hulp aan de orde kan zijn. De indruk bestaat dat bij gemeenten en andere beleidsmakers een – volgens cliëntenvertegenwoordigers – misplaatst idee bestaat dat er te gemakkelijk wordt gediagnosticeerd.

Voorts vreest men voor versnippering als gevolg van de inkoop door 23 gemeenten met elk eigen beleidslijnen en budgetten. Onvoldoende samenwerking, zowel gezamenlijk optreden als financiële samenwerking, zien cliëntenorganisaties als bedreiging.

Ook aan de rol van CJG ziet men problematische kanten: ten eerste vereist de nieuwe rol een grotere en bredere deskundigheid van het CJG. Ten tweede acht men bij een intake op lokaal niveau in kleinere gemeenten de anonimiteit niet geborgd. Men kent elkaar, en zal een drempel ervaren bij het aanklaarten van problemen, zoals nu ook bij sommige CJG's al het geval lijkt.

De kwaliteit van de zorg kan in het geding komen, als schaalvoordelen verdwijnen of verminderen. De grote instellingen hebben de schaal nodig voor behoud van kwaliteit, specialismen en vernieuwingen. Ook het economisch schaalvoordeel vermindert als in plaats van de provincie, zorgkantoor of zorgverzekeraar de aparte gemeenten moeten gaan inkopen voor kleinere aantallen cliënten.

De bestaande infrastructuur met korte lijnen was benoemd als een sterk punt van de huidige situatie; als gemeenten met andere instellingen in zee zouden gaan, zou deze infrastructuur kunnen worden aangetast. Teveel nadruk op preventie kan ertoe leiden dat het eind van de keten, met zware zorg, ondergeschoven wordt, terwijl deze zorg noodzakelijk zal blijven.

Voorts kunnen de beoogde bezuinigingen (efficiencykorting van aanvankelijk 10% maar volgens het actuele regeerakkoord 15%) leiden tot verlies aan kwaliteit en kwantiteit van de zorg. Als de beoogde efficiency niet wordt gerealiseerd (bijvoorbeeld vanwege het verkleinen van schaalvoordelen), dan kan er minder zorg worden geleverd. En indien de gedecentraliseerde middelen niet zijn geormerkt, is het maar de vraag in hoeverre gemeenten besluiten het gehele gedecentraliseerde budget aan jeugdzorg te (blijven) besteden.

De stelselwijziging kan ook leiden tot onrust bij personeel van instellingen, hetgeen negatief effect kan hebben op de kwaliteit van de zorg.

Als laatste belangrijk zorgpunt zijn de gevolgen voor het bovengemeentelijk niveau naar voren gebracht. Ontstaat er geen rechtsongelijkheid tussen jeugdigen in de provincie, als gemeenten het recht op zorg verschillend invullen? En: zullen de bovengemeentelijke voorzieningen, zoals Zorgbelang dat ten dienste staat van alle cliënten in de provincie, wel in stand worden gehouden? Dat vergt een gezamenlijke inzet van de gemeenten.

belangrijkste adviezen en randvoorwaarden

Bij de inrichting van de jeugdzorg door gemeenten zouden volgens de cliënten- en belangenorganisaties de volgende aspecten goed in het oog moeten worden gehouden:

- het recht op zorg moet zijn gegarandeerd. Het mag niet zo zijn dat als het budget van een gemeente is uitgeput, een jeugdige geen zorg meer kan ontvangen;
- in stand houden van hoogwaardige, gespecialiseerde instellingen;
- gelijkwaardige zorg voor alle jeugdigen in de provincie;
- gemeenten moeten niet als eenlingen gaan opereren en bovendien gebruik maken van bestaande expertise;
- gemeenten moeten zich ervan bewust zijn dat psychiatrische stoornissen niet verdwijnen of kunnen worden voorkómen met preventie en opvoeding;
- voorkómen van hiaten binnen en tussen hulptrajecten;
- zorgen dat de groep 18-22-jarigen niet in een gat valt;
- behalve de directe zorg ook de nazorg aan ex-clieñten (blijven) bieden;

- prioriteit geven aan de kwaliteit van individuele zorg in plaats van aan het proces;
- de mogelijkheid voor onafhankelijk advies en ondersteuning van cliënten behouden;
- en last but not least: het betrekken van cliënten- en belangenorganisaties in het transitieproces.

6.2.5 Door huisartsen

huidige beeld en kansen voor verbetering

Als sterke punten van de huidige zorg voor jeugdigen in de provincie Groningen zijn de volgende naar voren gebracht door huisartsen:

- de lijnen tussen de huisarts en zowel CJG, GGD als BJZ zijn kort;
- de instellingen op zichzelf functioneren goed, een professionele aanpak door hulpverleners met kennis en ervaring;
- men vindt de wachtlijsten niet lang.

Punten die in de huidige jeugdzorg als zwak worden gezien, zijn:

- het – onvoldoende – functioneren van de Verwijsindex, dat wil zeggen onvoldoende bekendheid bij alle partijen (inclusief huisartsen) die hem zouden kunnen hanteren en onvoldoende feitelijke hantering. De informatie erin is derhalve meestal onvolledig. De Verwijsindex zou beter moeten worden geïmplementeerd;
- het ontbreken van berichtgeving aan de huisarts als een kind/patiënt van hulpverleningsinstelling verandert;
- het langs elkaar heen werken van verschillende instellingen, zowel bij het gelijktijdig hulp bieden als bij overdracht van gegevens bij verhuizing van de jeugdige (waarbij is opgemerkt dat kwetsbare jongeren over het algemeen vaker verhuizen bij echtscheidingen, in pleeggezinnen of bij andere familie gaan wonen, e.d.);
- er zijn wel erg veel instellingen, met veel verschillende culturen; de sociale kaart is groot.

In de komende decentralisatie ziet men meer bedreigingen dan kansen, maar toch enkele kansen, te weten:

- de rol CJG als verwijzer – voor minder complexe problematiek – wordt verschillend beoordeeld. Deze is positief als in het CJG voldoende deskundigen werken, zoals een psycholoog en een consulent voor opvoedvragen en dat de kennis van de sociale kaart aanwezig is. Dit zal in de stad Groningen wellicht eerder het geval zijn dan in de dorpen; een verschil in enthousiasme voor deze rol heeft hiermee te maken.
- ook de rol van de praktijkondersteuner GGZ (POH GGZ) wordt verschillend beoordeeld, afhankelijk van de (actuele en toekomstige) aanwezigheid van een POH GGZ. Als er wél een POH GGZ is, dan wordt dit op basis van ervaring positief beoordeeld. In veel gevallen blijkt doorverwijzing naar de GGZ niet meer nodig en kan de patiënt door de POH GGZ worden begeleid. Ook als wel wordt doorverwezen, kan de POH een belangrijke rol blijven vervullen door de vinger aan de pols te houden.

Maar aangezien niet overal een POH GGZ is of zal komen, wordt betwijfeld of deze een poort-rol moet vervullen in de jeugdzorg.

bedreigingen van de stelselherziening: minder deskundigheid en gedrevenheid bij gemeenten

Vraagtekens worden gezet bij de betrokkenheid en gedrevenheid van gemeenten ten aanzien van jeugdproblematiek. De meest gemotiveerden zitten bij de instellingen en niet binnen het ambtelijk apparaat van gemeenten. Als de aansturing van de jeugdzorg wordt overgelaten aan gemeenten, kan de kwaliteit achteruitgang door onder andere gebrek aan motivatie.

Ook betwijfelt men de aanwezigheid van deskundigheid bij gemeenten.

Een oplossing voor de twee bovengenoemde bedenkingen zou kunnen zijn het betrekken van medewerkers van instellingen bij gemeentelijk beleid (deeltijdaanstelling). Hiermee zijn ook goede ervaringen in de wijkverpleging opgedaan.

bedreigingen van de stelselherziening: GGZ

Bedenkingen zijn er over het meegaan van de psychiatrie in de decentralisatie. De aansturing van artsen (psychiaters) door gemeenten wordt niet voor de handliggend geacht en er zijn vraagtekens bij de praktische uitwerking hiervan.

Het CJG als algemene toegangspoort als verwijzer naar psychiatrie kan leiden tot ondeskundige doorverwijzing, te weinig op de persoon gerichte toewijzing (een huisarts kent zijn patiënten, een CJG veel minder) en te lange tijd tussen melding van problematiek en feitelijke hulpverlening.

bedreigingen van de stelselherziening: lokaal niveau

Het organiseren van de poortfunctie lokale niveau (CJG of huisarts / POH GGZ) heeft in kleine gemeenschappen ook een risico. De huisarts in een klein dorp wijst, evenals cliëntenorganisaties doen, op de drempel om problemen met je kinderen ter sprake te brengen bij bekenden; anonimiteit is dan niet mogelijk.

Een ander punt van zorg vormt de budgettering. Als in een gemeente het beschikbare budget ontoereikend is, wordt dan zorg onthouden aan jeugdigen? En hoeveel prioriteit geven gemeenten aan jeugdzorg in relatie tot de andere gemeentelijke taken, oftewel: hoeveel middelen begroten zij voor jeugdzorg?

Voor beide zorgpunten zou samenwerking tussen gemeenten bij kunnen dragen aan een oplossing. Door uitwisseling tussen CJG's (niet verplicht naar het CJG in de eigen gemeente hoeven gaan) kan anonimiteit toch worden gewaarborgd. Ook voor financiële knelpunten zal samenwerking noodzakelijk zijn. Vermeden moet worden dat cliënten naar een ander dorp moeten voor hulpverlening omdat de eigen gemeente door haar budget heen is.

Bijlagen

A Onderzoeksverantwoording

A.1 Verantwoording aanpak

In het onderzoek worden negen vragen beantwoord. Eén vraag is nog onvolledig beantwoord: het aantal jongeren ingeschreven in GBA per gemeente naar verschillende zorgvormen. Dit is in lijn met gemaakt afspraken met de opdrachtgever en de werkgroep: investeer in deze vraag niet te veel in (om dubbelwerk/kosten te voorkomen), breng een en ander globaal in kaart en geef aan dat voor Groningen deze gegevens met de landelijke uitvraag worden aangevuld. Deze worden begin 2013 verwacht en dan ingepast in voorliggend rapport.¹⁸

In het onderzoek is gekozen voor een enquête. In enquête onderzoek zijn de onderzoekers afhankelijk van de gegevens die door de instellingen en gemeenten worden aangeleverd. Soms is dat volledig, maar soms zitten er ook gaten in. Gaten ontstaan door: (1) strategisch gedrag (die info wil ik niet met derden delen), (2) door tijd- en geldgebrek (het kost te veel tijd en energie om het gevraagde boven tafel te krijgen), (3) we weten het niet / registreren het niet en (4) door fouten (interpretatie verschillen) bij het invullen (alleen Groningen of de noordelijke provincies). Het terugleggen van alle gegevens is in principe mogelijk maar na overleg met de werkgroep is hiervan afgezien. We hebben tot het laatste moment (in overleg met de werkgroep en de procesbegeleider) de focus gelegd op maximale deelname. De deadline voor aanlevering is 4 keer verzet om iedereen de kans te geven om te reageren.

Het rapport is complex doordat verschillende zorgvormen gecombineerd zijn uitgevraagd met de Wmo. Dit leidt tot een dilemma in de presentatie van de resultaten. Enerzijds is het duidelijker de Wmo apart te behandelen maar anderzijds is er behoefte aan een breed beeld van de zorg voor jeugdigen (ook met het oog op een integrale aanpak). We hebben voor het laatste gekozen omdat dit het beste aansluit bij de werkelijkheid en de in de toekomst gewenste situatie. Het is evident dat daardoor appels naast peren worden gezet. Maar dit sluit ook het beste aan op de werkelijkheid. Die is er één van appels en peren: LVG, GGz, provinciale jeugdzorg, Wmo et cetera.

In het onderzoek is geen beeld van kosten per product opgenomen. Dit valt buiten de scope van de opdracht. Voor kostprijsonderzoek zou een andere insteek moeten worden gekozen. Eventueel vervolgonderzoek zou zich hierop kunnen richten.

A.2 Respons instellingen

ingestuurde vragenlijsten

In onderstaande tabel zijn de instellingen opgenomen die de vragenlijst hebben ingestuurd.

18. De in het desbetreffende onderzoek beoogde datum om informatie over Groningen beschikbaar te hebben, was oktober 2012. De vertraging is opgetreden omdat het langer duurde om de benodigde toestemmingen te verkrijgen en de complexiteit van gegevens (zoals bijvoorbeeld het bepalen van de herkomstgemeente van jeugdigen met een zorgvraag).

Niet al deze instellingen hebben daadwerkelijk alle vragen beantwoord. Er is op onderdelen van de vragenlijst sprake van partiële non-respons. In de presentatie van de tabellen is in die gevallen aangegeven bij hoeveel respondenten het antwoord 'onbekend' is.

Tabel A.1. Respons: 50 instellingen, inclusief relevante financieringsbronnen (X tussen haakjes: voor instelling relatief beperkt bedrag)

<i>instelling</i>	<i>Rijks-subsidie</i>	<i>Provinciale subsidie</i>	<i>Gemeente</i>	<i>Awbz</i>	<i>Zorg-verzekering</i>	<i>Anders</i>
's Heeren Loo Opmaat				X		
't Marheem			X			
Accare	(X)†			(X)	X	(X)
Andersom thuis			X	X		
Avenier		X				
Barkema & de Haan			X			
Bureau Jeugdzorg Groningen		X				
Community Support			X	X		
De Vossenburght				X	X	
Drievers Dale				X		
Elker		X	(X)	(X)	(X)	(X)
GGD			X			
Hacienda La Logeerhuis				X		
Het Poortje Jeugdinrichtingen	X					(X)
Hoenderloo groep		X				
Kentalis	(X)†			X		X
Kwartier Zorg en Welzijn			X			
Leger des Heils	(X)†	X	(X)	X		(X)
Limor			X	X		
De Trans (vh. Mariënkamp)				X		
Mee Groningen				X		
Middelpunt Stichting het				X		
MJD		X	X	(X)		X
Molendrift					X	
Noorderbrug				X		
Noordermaat			X			
NOVO		(X)		X		
OCRN	(X)†				X	
Pleeg-Maat-Zorg Boerderijen		X				
Priocare B.V.				X		
Rzijn			X			(X)*
Stichting Huis			X	(X)		X
Stichting Toevluchtsoord			X	X	(X)	X
Stichting Welzijn & Dienstverlening			X			(X)
Stichting Welzijn Bedum			X			
Stichting Welzijn gemeente Zuidhorn			X			
Stichting Welzijn Menterwolde			X			
Stiel		(X)*	X			X
Subrosa			X			
Team 050 (Studenten voor PGB)				X		
De Badde Tinten			X			
Welstad Tinten			X			
Compaaen Tinten			X			X
Torion			X			
Traject 58				X		
VNN	X†		X	X	X	
Werkpro	X†			X		
ZIENN	X†		X	X		
Zorggroep Meander			X	X	X	X
Stichting Philadelphia loc Stadskanaal				X		

* Deze provinciale subsidie komt niet vanuit de doeluitkering jeugdzorg van VWS.

† Deze rijkssubsidies zijn niet in het kader van de gesloten jeugdzorg maar in ander kader. Gesloten jeugdzorg wordt in Groningen uitsluitend geboden door Het Poortje.

In bovenstaande responslijst zijn alle instellingen opgenomen met gesloten jeugdzorg (is er slechts 1) en alle instellingen op 2 na¹⁹ waarmee de provincie een contract heeft voor provinciale jeugdzorg.

Voorts zijn de twee grote GGZ-instellingen (Accare en OCRN) in de respons terug te vinden.

Voor deze sectoren kan daarom worden aangenomen dat de respons een representatief beeld geeft.

Voor de Awbz-zorg is de representativiteit moeilijker te beoordelen. Het zorgkantoor heeft met meer instellingen contracten dan in de respons zitten, maar lang niet alle instellingen bieden ook zorg aan jeugdigen.

expliciet weigeringen (5) en overige non-respons (17)

Er zijn vijf instellingen die expliciet deelname hebben geweigerd. De opgegeven redenen hiervoor zijn:

- vanwege grote korting op de rijkssubsidie is het onzeker of de instelling volgend jaar nog hulp kan verlenen. Door deze commotie is er geen tijd om de vragenlijst in te vullen;
- (invulling van) de vragenlijst sluit niet goed aan bij de taken en prioriteiten van de instelling;
- invulling van de vragenlijst kost te veel tijd (NB Betreft instelling met 13 Groninger jeugdige cliënten)
- wil niet meewerken, mede omdat een verkeerde naam is gebruikt;
- niet in staat m de vragenlijst te retourneren.

Voorts zijn er 17 instellingen die de vragenlijst niet hebben ingevuld zonder expliciet te weigeren. Met de meeste (11) hiervan was wel afgesproken dat ze de vragenlijst zouden insturen, hetgeen uiteindelijk niet is gebeurd. Eén daarvan heeft een deel ingevulde vragenlijst ingestuurd nadat rapportage had plaatsgevonden.

niet-relevante (namen van) instellingen (20)

Uit de oorspronkelijke lijst met instellingen die ten behoeve van het onderzoek was samengesteld door gemeenten, bleek een twintigtal instellingen niet relevant, geen aparte instelling te zijn (activiteiten in een gemeente zijn door een andere instelling uitgevoerd) of niet traceerbaar.

Bij 'niet relevante' instellingen gaat het om:

- instellingen die uitsluitend verstandelijk (en meervoudig) gehandicapten zorg bieden maar geen licht verstandelijk gehandicapten. Twee hiervan hadden overigens wel de vragenlijst – naar beste kunnen – ingevuld, maar aangezien vanuit deze instellingen geen zorg wordt gedecentraliseerd, dienden ze buiten de Foto te blijven;
- instellingen die geen zorg aan jeugdigen bieden, alleen aan volwassenen;
- een enkele instelling die geen zorg biedt (maar onderzoek doet);
- een enkele instelling die niet in Groningen actief is.

A.3 Respons gemeenten

Alle Groninger gemeenten hebben de vragenlijst ingestuurd.

Het betreft de volgende gemeenten:

19. De 2 ontbrekende instellingen die provinciale jeugdzorg bieden, hebben samen ongeveer 75 cliënten, een beperkt aantal op het totaal aantal.

Tabel A.2. Gemeenten die hebben meegewerkt (=alle gemeenten)

<i>Gemeente</i>	
<i>Appingedam</i>	<i>Marum</i>
<i>Bedum</i>	<i>Menterwolde</i>
<i>Bellingwedde</i>	<i>Oldambt</i>
<i>De Marne</i>	<i>Pekela</i>
<i>Delfzijl</i>	<i>Slochteren</i>
<i>Eemsmond</i>	<i>Stadskanaal</i>
<i>Groningen</i>	<i>Ten Boer</i>
<i>Grootegast</i>	<i>Veendam</i>
<i>Haren</i>	<i>Vlagtwedde</i>
<i>Hoogezand-Sappemeer</i>	<i>Winsum</i>
<i>Leek</i>	<i>Zuidhorn</i>
<i>Loppersum</i>	

A.4 Cliënten- en belangenorganisaties en huisartsen

Cliënten- en belangenorganisaties zijn als groep geïnterviewd, huisartsen individueel.

In deze fase van het transitietraject is gekozen voor een kwalitatief en verkennend beeld vanuit de invalshoek van de huisartsen. Voor een breed onderzoek onder huisartsen is het nog te vroeg; veel is nog niet uitgekristalliseerd. In een later stadium, zou dat overigens – gezien de te verwachten spilpositie van de huisarts in de preventie, verwijs-, en indicatiefunctie – wel zeer zinvol kunnen zijn. Wij bevelen aan om in de nabije toekomst nader onderzoek onder huisartsen te doen.

In overleg met de in Groningen actieve brancheorganisatie Elann (Eerstelijns Advies Noord-Nederland) is besloten twee huisartsen te interviewen. Eén huisarts houdt praktijk in de stad Groningen en één in een kleine plaats in de gemeente Menterwolde.

De volgende cliënten- en belangenorganisaties waren – met 1 tot 3 personen – vertegenwoordigd in het groepsinterview (met in totaal 13 deelnemers):

Tabel A.3. Deelnemende cliënten- en belangenorganisaties

<i>Organisatie</i>
Accare, Adviesraad
Elker, Cliëntenraad
Elker, Pleegouderraad (POR)
Pleegwijzer
Het Poortje/Wilster, Cliëntenraad
VNN, Cliëntenraad
Zorgbelang

B Tabellen

2.1 Aantal en typen instellingen

Tabel B.1. Aantal instellingen naar aantal jeugdige cliënten

<i>Omvang</i>	<i>Alle instellingen</i>	<i>Instellingen domeinen A-E</i>
< 100 cliënten	35%	42%
100 - 500 cliënten	35%	30%
500 - 2500 cliënten	24%	24%
> 2.500 cliënten	6%	3%
Totaal	100%	100 %
Aantal instellingen dat cliënten heeft opgegeven (=100%)	49	33
Totale respons	50	34

2.2 Leeftijdsbereik

Tabel B.2. Instellingen en cliënten naar leeftijd van cliënten

<i>Leeftijdscategorie</i>	<i>Alle instellingen</i>		<i>Instellingen A-E</i>	
	<i>% instellingen</i>	<i>% cliënten</i>	<i>% instellingen</i>	<i>% cliënten</i>
<i>0 – 4 jaar</i>	54 %	20%	59 %	6 %
<i>5 – 11 jaar</i>	73 %	37%	75 %	37 %
<i>12 – 17 jaar</i>	96 %	39%	97 %	36 %
<i>18 – 22 jaar</i>	81 %	4%	84 %	21 %
<i>Totaal</i>	100 %	100 %	100%	100 %
<i>Aantal instellingen met opgave leeftijden</i>	48	42 (120.000 cl.)	32	27 (15.759 cl.)
<i>Totale respons</i>	50	50	34	34

2.3 Financieringsstromen

Tabel B.3. Financieringsbronnen

<i>Bron</i>	<i>Baten (× mln euro)</i>	<i>Aantal instellingen met opgave</i>	<i>Aantal instellingen totaal</i>
<i>Rijk</i>	16,2	8	8
<i>Provincie</i>	44,7	10	10
<i>Awbz†</i>	39,3	14	27
<i>Zorgverzekering†</i>	26,1	5	8
<i>Gemeente†</i>	22,8	18	27
<i>Particulier†</i>	0,2	5	10
<i>Eigen bijdragen</i>	0,6	7	?
<i>Overig*</i>	5,5	11	9
<i>Totaal</i>	155,3	35	50

* Overige dienstverlening, overige baten, ESF-subsidie, ROC's, Oranjefonds, onderwijs en 'indirect gerelateerd aan jeugd'.

† Onderschatting vanwege gedeeltelijke nonrespons door een derde tot de helft van de betreffende instellingen.

Tabel B.4. Rijks- en provinciale financiering: uitgaven per product (× mln euro)

<i>Product</i>	<i>Uitgaven (× mln euro)</i>	<i>Aantal instellingen met opgave</i>	<i>Aantal instellingen in responsdeel</i>
<i>Gesloten jeugdzorg (Rijk)</i>	15,0†	1	1
<i>Provinciale financiering:</i>			
Ambulant	6,7	3	5
Crisis ambulant	0	0	1
Daghulp	4,8	1	1
24-uurs (open)	6,8	2	4
Crisis 24-uurs	0	0	1
Pleegzorg	5,7	1	2
Crisis pleegzorg	0	0	1
AMK	1,4	1	1
Anders*	6,9	2	3
<i>Totaal vrijwillig kader</i>	32,3	6	10
<i>Jeugdbescherming en -reclassering</i>	7,8	1	2
<i>Totaal provinciale financiering</i>	40,0	6	10

* Toegang, Kindertelefoon, specialistische 24-uurs hulp.

† Dit bedrag heeft mede betrekking op jeugdigen van buiten Groningen die in de provincie Groningen hulp ontvangen.

Tabel B.5. Awbz- en zorgverzekeringsfinanciering: uitgaven per product (x mln euro)

<i>Product</i>	<i>Awbz</i>			<i>Zorgverzekering</i>		
	<i>Uitgaven (x mln euro)</i>	<i>Aantal instellingen met opgave</i>	<i>Aantal instellingen in respons- deel</i>	<i>Uitgaven (x mln euro)</i>	<i>Aantal instellingen met opgave</i>	<i>Aantal instellingen in respons- deel</i>
<i>Intramuraal</i>	10,6	5	14	5,7	2	3
<i>BG-individueel</i>	2,6	8	23	0	0	2
<i>BG-groep</i>	4,7	1	10	0	0	1
<i>Behandeling</i>	0,4	1	5	18,8	5	6
<i>KVV</i>	0,5	2	6	0	0	1
<i>Anders</i>	0,1	1	3	0	0	1
<i>Totaal</i>	18,9	10	27	24,5	5	8

Tabel B.6. Gemeentelijke financiering: uitgaven per product (x mln euro)

<i>Product</i>	<i>Uitgaven (x mln euro)</i>	<i>Aantal instellingen met opgave</i>	<i>Aantal instellingen in responsdeel</i>
<i>Jeugd- en jongerenwerk</i>	3,3	5	12
<i>Jeugdhulpverlening</i>	1,1	3	8
<i>Gezinsondersteuning</i>	1,3	4	13
<i>Algemeen maatschappelijk werk</i>	1,9	2	7
<i>SMW</i>	0,3	3	6
<i>JGZ</i>	0	0	1
<i>Anders*</i>	3,7	5	14
<i>Totaal</i>	11,6	10	17

* Huiselijk geweld, maatschappelijke opvang, woonbegeleiding, maatschappelijke stages, mentorproject, outreachend jeugdwerk, indirect gerelateerd aan jeugd.

2.4 Samenwerking tussen instellingen

Tabel B.7. Samenwerking tussen instellingen: mate, breedte, vorm en aantal samenwerkingsrelaties

<i>Samenwerking</i>	<i>Aantal instellingen</i>	<i>Percentage instellingen</i>
<i>Wel of geen samenwerking</i>		
wel samenwerking	45	94%
geen samenwerking	3	6%
aantal instellingen met opgave	48	100%
totale respons	50	
<i>Breedte samenwerking</i>		
binnen 1 financieringsvorm	19	43%
binnen meer financieringsvormen	25	57%
aantal instellingen met opgave	44	100%
totale respons	50	
<i>Vorm samenwerking</i>		
bestuurlijke samenwerking	23	55%
samenwerking op organisatieniveau	26	62%
samenwerking op cliëntniveau	39	93%
anders of combinatie van bovenstaande	9	21%
aantal instellingen met opgave	42	100%
totale respons	50	
<i>Aantal samenwerkingsrelaties (meer per instelling)</i>	Aantal relaties	Percentage relaties
bestuurlijke samenwerking	94	10%
samenwerking op organisatieniveau	166	17%
samenwerking op cliëntniveau	614	65%
anders of combinatie van bovenstaande	75	8%
totaal samenwerkingsrelaties bij 44 instellingen met opgave (6 onbekend)	949	100%

3.1 Producten en diensten

Tabel B.8. Aanbod van Rijks- en provinciaal gefinancierde jeugdzorg

<i>Producten</i>	<i>Aantal instellingen</i>	<i>Percentage instellingen</i>
<i>Ambulante hulp</i>	5	10%
<i>Crisis ambulante hulp</i>	2	4%
<i>Daghulp</i>	1	2%
<i>24-uurshulp (open)</i>	5	10%
<i>Crisis 24-uurshulp</i>	3	6%
<i>Pleegzorg</i>	1	2%
<i>Crisis pleegzorg</i>	2	4%
<i>Gesloten jeugdzorg</i>	1	2%
<i>Jeugdbescherming</i>	2	4%
<i>Jeugdreclassering</i>	3	6%
<i>Anders</i>	5	10%
<i>Subtotaal Rijks/provinciaal</i>	11	22%
<i>Totale respons</i>	50	100%

Tabel B.9. Aanbod van Awbz- respectievelijk zorgverzekering-gefinancierde jeugdzorg

<i>Producten</i>	<i>Awbz</i>		<i>Zorgverzekering</i>	
	<i>Aantal instellingen</i>	<i>Percentage instellingen</i>	<i>Aantal instellingen</i>	<i>Percentage instellingen</i>
<i>Intramurale zorg</i>	14	28%	3	6%
<i>Begeleiding - individueel</i>	23	46%	2	4%
<i>Begeleiding - groep</i>	10	20%	1	2%
<i>Behandeling</i>	5	10%	6	12%
<i>Kortdurend verblijf</i>	6	12%	1	2%
<i>Anders</i>	3	6%	1	2%
<i>Subtotaal Awbz resp. Zvw</i>	27	54%	8	16%
<i>Totale respons</i>	50	100%	50	100%

Tabel B.10. Aanbod van gemeente-gefinancierde jeugdzorg

<i>Producten</i>	<i>Aantal instellingen</i>	<i>Percentage instellingen</i>
<i>Jeugd- en jongerenwerk</i>	12	24%
<i>Jeugdhulpverlening</i>	8	16%
<i>Gezinsondersteuning</i>	13	26%
<i>Algemeen maatschappelijk werk</i>	7	14%
<i>Schoolmaatschappelijk werk</i>	6	12%
<i>Jeugdgezondheidszorg</i>	1	2%
<i>Anders</i>	13	26%
<i>Subtotaal gemeentelijk</i>	17	34%
<i>Totale respons</i>	50	100%

3.2 Instrumenten en methodieken

Tabel B.11. Onderzochte effectiviteit instrumenten en interventies (32 van de 50 instellingen). Per risicogebied is het aantal relevante instellingen aangegeven met N=)

<i>Beoordeling effectiviteit</i>	<i>Aantal instrumenten / interventies</i>	<i>Percentage instrumenten</i>
<i>Alle genoemde instrumenten en interventies</i>		
<i>Theoretisch goed onderbouwd</i>	109	33%
<i>Waarschijnlijk effectief</i>	50	15%
<i>Bewezen effectief</i>	106	32%
<i>Niet beoordeeld</i>	62	19%
<i>Totaal*</i>	327	100%
<i>Instrumenten per risico- of probleemgebied</i>	<i>Aantal instrumenten / interventies</i>	<i>Percentage 'bewezen effectief'</i>
<i>Psychosociaal functioneren (N=25)</i>	98	45 %
<i>Gezondheid en lichamelijk functioneren (N=14)</i>	31	19 %
<i>Specifieke en algemene ontwikkelingsfuncties (N=18)</i>	72	42 %
<i>Gezin en opvoeding (N=22)</i>	72	28 %
<i>Jeugdige en overige omgeving (N=22)</i>	54	11 %
<i>Totaal*</i>	327	32 %

* Totaal is inclusief dubbeltellingen: hetzelfde instrument kan door meer instellingen worden gebruikt en binnen een instelling voor meer risico- of probleemgebieden. Totaal is (vooral) nog 0 exclusief niet in de vragenlijst ingevulde instrumenten en interventies.

3.3 Toegang tot aanbod

Tabel B.12. Breedte intake en gebruik Verwijsindex

<i>Breedte intake</i>	<i>Aantal instellingen</i>	<i>Percentage instellingen</i>
<i>Alleen jeugdproblematiek</i>	5	11%
<i>Breed, ook andere terreinen</i>	37	79%
<i>Anders</i>	5	11%
<i>Totaal</i>	47	100%
<i>Totale respons</i>	50	
<i>Gebruik Verwijsindex 'Zorg voor jeugd' (bij 46 instellingen; 4 instellingen onbekend)</i>	28	61%

Tabel B.13. Intakeprocedures en verwijzers

<i>Procedures</i>	<i>Aantal instellingen</i>	<i>Percentage instellingen</i>
<i>1 procedure</i>	23	47%
<i>> 1 procedure</i>	26	53%
<i>Aantal instellingen met opgave</i>	49	100%
<i>Totale respons</i>	50	
<i>Verwijzer</i>		
<i>Geen</i>	14	29%
<i>Zelfmelding</i>	36	75%
<i>School/kinderopvang</i>	31	65%
<i>Schoolarts/vertrouwensarts</i>	18	38%
<i>Huisarts</i>	27	56%
<i>Specialist</i>	23	48%
<i>CJG</i>	28	58%
<i>MEE</i>	29	60%
<i>Kindertelefoon</i>	3	6%
<i>AMK</i>	17	35%
<i>Politie</i>	21	44%
<i>Civiele maatregel jeugdbescherming</i>	21	44%
<i>Maatregel jeugdreclassering</i>	19	40%
<i>Andere instelling jeugdzorg</i>	25	52%
<i>Anders</i>	27	56%
<i>Aantal instellingen met opgave</i>	48	100%
<i>Totale respons</i>	50	

3.4 Registratiesystemen

Tabel B.14. Differentiatie in registratiesystemen

<i>Wijze beschikbaarheid</i>	<i>Aantal instellingen</i>	<i>Percentage instellingen</i>
<i>Stand alone</i>	5	12%
<i>Client-server</i>	22	54%
<i>Webapplicatie, intern gehost</i>	5	12%
<i>Webapplicatie, extern gehost</i>	9	22%
<i>Aantal instellingen met opgave</i>	41	100%
<i>Totale respons</i>	50	
<i>Gebruik voor elektronische dienstverlening</i>		
<i>Ja</i>	5	13%
<i>Kan wel, maar gebeurt (nog) niet</i>	14	37%
<i>Kan niet</i>	19	50%
<i>Aantal instellingen met opgave</i>	38	100%
<i>Totaal</i>	50	
<i>Rapportcijfer flexibiliteit registratiesysteem</i>		
<i>Onvoldoende (1-5)</i>	7	18%
<i>Voldoende (6-7)</i>	12	31%
<i>Goed (8-10)</i>	20	51%
<i>Gemiddeld rapportcijfer (N=39)</i>	7,0	

Tabel B.15. Door instellingen gehanteerde registratiesystemen

<i>Registratiesystemen</i>
<i>Door meer instellingen:</i> Plancare Dossier (3 instellingen) USER (3 instellingen) Regas (3 instellingen) Octo-Q (3 instellingen)
<i>Door telkens 1 instelling:</i> XM-Care Pluriform Informatiesysteem Jeudzorg Kits GCOS Zorg voor Jeugd TLS JD-Online VIP GBA mICAS Clever/Iris MCIS (Medicare) Residentweg ISWZW-formulieren WMO (Beaverware) Swoffice EPD GIZ BRES-Behandel-Registratie-Evaluatie-Systeem Central Station van Obec Regipro
<i>Eigen systeem (5)</i>
<i>Geen systeem (2)</i>
<i>Onbekend (15)</i>

Tabel B.16. Mogelijkheden voor gegevensuitwisseling, bekend voor 41 van de 50 instellingen

<i>Export voor statistiek</i>	<i>Aantal instellingen</i>	<i>Percentage instellingen</i>
<i>Er vindt export van gegevens plaats t.b.v. statistiek</i>	32	78%
<i>Uitwisseling op cliëntniveau</i>	23	56%
<i>Registratie wordt ook door andere instellingen gebruikt</i>	24	59%
<i>Afstemming op landelijke afspraken koepelorganisatie</i>	31	74%

4.1 Omvang gebruik

Tabel B.17. Aantal cliënten in de Rijks- en provinciaal gefinancierde jeugdzorg

<i>Producten</i>	<i>Aantal cliënten</i>	<i>Binnen aantal instellingen</i>
<i>Ambulante hulp</i>	1.758	5
<i>Crisis ambulante hulp</i>	556	1
<i>Daghulp</i>	233	1
<i>24-uurshulp (open)</i>	335	3
<i>Crisis 24-uurshulp</i>	127	2
<i>Pleegzorg</i>	625	1
<i>Crisis pleegzorg</i>	80	2
<i>Gesloten jeugdzorg</i>	120	1
<i>Jeugdbescherming</i>	1.346	2
<i>Jeugdreclassering</i>	629	2
<i>Anders*</i>	7.281	3
<i>Aantal instellingen met opgave cliënten per product</i>	13.090	9
<i>Totale respons Rijks-/provinciaal gefinancierde jeugdzorg</i>		

* Anders: AMK, Toegang, Toezicht (reclassering), Advies en diagnose, Training, Gedragsinterventies, Specialistische 24-uurshulp.

Tabel B.18. Aantal cliënten in de Awbz- en zorgverzekering-gefinancierde jeugdzorg

<i>Producten</i>	<i>Awbz</i>		<i>Zorgverzekering</i>	
	<i>Aantal cliënten</i>	<i>Binnen aantal instellingen</i>	<i>Aantal cliënten</i>	<i>Binnen aantal instellingen</i>
<i>Intramurale zorg</i>	489	11	147	2
<i>Begeleiding - individueel</i>	2.212	19	10	1
<i>Begeleiding - groep</i>	359	6	0	0
<i>Behandeling</i>	444	2	7.539	4
<i>Kortdurend verblijf</i>	89	4	1	1
<i>Anders</i>	236	3	0	0
<i>Totaal aantal cliënten (incl. dubbeltellingen)</i>	3.829		7.697	
<i>Aantal instellingen met opgave cliënten per product</i>		23		6
<i>Totale respons Awbz/Zorgverzekering-I gefinancierde jeugdzorg</i>		27		8

Tabel B.19. Aantal cliënten in de gemeente-gefinancierde jeugdzorg

	<i>Aantal cliënten</i>	<i>Binnen instellingen</i>
<i>Jeugd- en jongerenwerk</i>	9.846	12
<i>Jeugdhulpverlening</i>	1.010	7
<i>Gezinsondersteuning</i>	1.055	12
<i>Algemeen maatschappelijk werk</i>	3.235	7
<i>Schoolmaatschappelijk werk</i>	726	6
<i>Jeugdgezondheidszorg</i>	0	0
<i>Anders*</i>	1.401	9
<i>Aantal instellingen met opgave cliënten per product</i>	17.273	25
<i>Totale respons gemeente-gefinancierde jeugdzorg</i>		

* Anders: LPH, Stevig Ouderschap, MIM, Instapje, Maatschappelijke opvang, Participatiebudget, Crisisinterventie huiselijk geweld, mentorproject, outreachende begeleiding vtv, zorgpeuters, gezinscoaching, stapvoort, woonbegeleiding, outreachend jeugdwerk.

4.2 Klanttevredenheidsmetingen

Tabel B.20. Klanttevredenheidsmetingen

<i>Meting klanttevredenheid</i>	<i>Aantal instellingen</i>	<i>Percentage instellingen</i>
<i>Klanttevredenheid wordt gemeten</i>	34	76%
<i>Gecertificeerde methodiek (van de instellingen met meting)</i>	26	79%
<i>Frequentie metingen</i>		
Minder dan 1 keer per jaar	6	18%
1 keer per jaar of vaker	17	50%
Niet periodiek, wisselende intervallen	2	6%
Niet periodiek, continu (tijdens zorggebruik, exit-enquêtes, etc)	9	26%
Totaal instellingen met klanttevredenheidsmeting	34	100%
<i>Bij wie wordt klanttevredenheid gemeten?</i>		
Alle cliënten (generiek)	23	68%
Aselecte steekproef uit cliënten	5	15%
Selecte steekproef uit cliënten	1	3%
Alleen bij uitstroom van cliënten	5	15%
Totaal instellingen met klanttevredenheidsmeting	34	100%
<i>Reden voortijdige stopzetting hulp gevraagd (N=12)</i>	6	50%
<i>Wijze meting klanttevredenheid</i>		
Telefonisch	9	26%
Tijdens cliëntcontact (uitreiking formulier)	20	59%
Schriftelijk (toegezonden formulier)	18	53%
Via internet, individueel	7	21%
Via internet, klantpanel	0	0%
Via vertegenwoordiging van cliënten	5	15%
Via groepsbijeenkomsten met cliënten	10	29%
Anders	10	29%
Totaal instellingen met klanttevredenheidsmeting	34	100%
<i>Rapportage klanttevredenheid minimaal 1 keer per jaar</i>	25	74%
<i>Rapportage klanttevredenheid, aan wie?</i>		
Toezihtsorgaan	18	55%
Bestuur	22	67%
Directie	31	94%
Managementteam	28	85%
Team, uitvoerenden	29	88%
Cliëntenraad	28	85%
Anderen	9	27%

6.1 Voorbereidingen op decentralisatie

Tabel B.21. Ketendenken: functies en niveaus van ondersteuning en zorg

	<i>Instellingen die iets doen aan</i>		<i>Verdeling inzet van tijd of geld over ...</i>
	<i>Aantal instellingen</i>	<i>Percentage instellingen</i>	<i>Gemiddeld percentage tijd / budget</i>
<i>Functie</i>			
Preventie	29	67%	20%
Signalering	28	65%	10%
Toeleiding	27	63%	9%
Hulpverlening	41	95%	60%
Totaal dat info over functies heeft gegeven	43	100%	100%
Totale respons	50		
<i>Niveau</i>			
Eigen kracht en sociaal netwerk	31	78%	31%
Algemene voorzieningen	22	55%	8%
Collectieve voorzieningen	28	70%	21%
Individuele voorzieningen	36	90%	39%
Totaal dat info over niveaus heeft gegeven	40	100%	100%
Totale respons	50		

Tabel B.22. Voorbereiding op de decentralisatie door gemeenten

	<i>Aantal gemeenten</i>	<i>Percentage gemeenten</i>
<i>CJG versterkt</i>	16	70%
<i>Vorbereidende handelingen</i>		
Verkenning en oriëntatie	22	96%
Overleg met aanbieders	12	52%
Overleg met cliënten(organisaties)	3	13%
Beleidskeuzes uitgangspunten gemaakt	10	43%
Beleidskeuzes inrichting jeugdzorg gemaakt	3	13%
Pilot(s)	10	43%
Voorlichting	10	43%
Anders*	8	35%
Totaal aantal gemeenten	23	100 %

* Toelichting op anders: bestuursopdracht DAL voor de 3 transitie (3 keer), volgen van het provinciale traject (4 keer), aantrekken van een projectleider.

Tabel B.23. Onderwerpen van beleidskeuzen bij gemeenten die hiermee reeds bezig zijn

<i>Onderwerp beleidskeuzen</i>	<i>Aantal gemeenten</i>	<i>Percentage van alle gemeenten</i>
<i>Eigen kracht/eigen sociaal netwerk eerst</i>	11	48%
<i>Algemene vs. Specifieke voorzieningen</i>	8	35%
<i>Relatie preventie - zorg verlenen</i>	10	44%
<i>Regierol gemeente</i>	9	39%
<i>Organisatie aanmelding - indicatiestelling</i>	4	17%
<i>Aantal aanbieders</i>	3	13%
<i>Kostenbeheersing</i>	1	4%
<i>Organisatie inkoop</i>	1	4%
<i>Contractvormen met instellingen</i>	2	9%
<i>Anders*</i>	1	4%
<i>Gemeenten die al beleidskeuzen hebben gemaakt</i>	11	48%
<i>Totale respons</i>	23	100%

* Meeliften op ontwikkelingen in Groningen en VGG.

Tabel B.24. Onderwerpen van pilots bij gemeenten die hiermee reeds bezig zijn

<i>Onderwerpen pilot</i>	<i>Aantal gemeenten</i>	<i>Percentage van alle gemeenten</i>
<i>Eigen kracht/eigen sociaal netwerk eerst</i>	9	39%
<i>Algemene vs. Specifieke voorzieningen</i>	4	17%
<i>Relatie preventie - zorg verlenen</i>	8	35%
<i>Regierol gemeente</i>	4	17%
<i>Organisatie aanmelding - indicatiestelling</i>	8	35%
<i>Aantal aanbieders</i>	4	17%
<i>Kostenbeheersing</i>	4	17%
<i>Organisatie inkoop</i>	0	0%
<i>Contractvormen met instellingen</i>	1	4%
<i>Anders*</i>	3	13%
<i>Gemeenten die met pilots bezig zijn</i>	11	48%
<i>Totale respons</i>	23	100%

* Toelichting op anders : combinatie van onderwijs en zorg (2 keer), samenwerking lokale en provinciale zorg vanuit CJG.

De namen waaronder de pilots worden uitgevoerd, zijn:

Begeleiding jongeren psychiatrische stoornis (3 keer), Aandacht voor kwetsbare kinderen in de wijk, Doorbraak project in de jeugdhulpverlening, Pilot decentralisatie indicaties Awbz-jeugd en BJZ, Het kind centraal en de zorg lokaal, Onderwijs Zorg Centrum, Spoedhulp, Integrale aanpak De Deel, Voorlopersaanpak Awbz en Passend onderwijs.

Tabel B.25. Doelgroepen waarop voorlichting zich tot nu toe heeft gericht

<i>Doelgroepen voorlichting</i>	<i>Aantal gemeenten</i>	<i>Percentage van alle gemeenten</i>
<i>Burgers</i>	2	9%
<i>Ambtenaren</i>	10	44%
<i>Politiek</i>	10	44%
<i>Instellingen</i>	5	22%
<i>Gemeenten die al met voorlichten bezig zijn</i>	10	44%
<i>Totale respons</i>	23	100%

6.2 Beoordeling kansen en bedreigingen (mogelijke) ontwikkelingen

Tabel B.26. Optiek van gemeenten ten aanzien van ontwikkelingen (% van de gemeenten; respons 22 gemeenten)

<i>Stelling</i>	<i>(zeer) positief</i>	<i>weet niet</i>
<i>Integratie jeugdzorg in Wmo</i>	73%	5%
<i>Kanteling Wmo</i>	91%	0%
<i>Decentralisatie BG-Awbz, waaronder jeugddeel</i>	77%	5%
<i>Koppeling veranderingen WWB (WWnV)</i>	50%	0%
<i>Verkokering doorbreken; integrale aanpak</i>	91%	5%
<i>Eigen kracht/eigen netwerk eerst</i>	86%	5%
<i>Sturen op resultaat</i>	64%	5%
<i>CJG als loket</i>	64%	18%
<i>Versterking huisartsfunctie met POH_GGZ als spil (GGZ-akkoord)</i>	27%	14%
<i>De indeling van de jeugdzorg per gemeente</i>	41%	5%
<i>(Regionale) samenwerking tussen gemeenten</i>	86%	14%
<i>Efficiencyslag (10% doelmatigheidskorting* bij decentralisatie)</i>	0%	0%

* Inmiddels is in het regeerakkoord 'Bruggen slaan' een doelmatigheidskorting van 15% opgenomen.