

Initiatief Raadsvoorstel kadernotitie jeugdzorg – Gemeente Utrecht

Raadslid David Ikkersheim stelt de gemeenteraad voor het volgende te besluiten:

- 1) De principes 1 t/m 7 in deze kadernotitie vast te stellen als leidraad voor de voorbereidingen van de transitie van de Jeugdzorg naar de gemeente in de periode heden-2015.
- 2) De uitvoeringsaspecten i t/m xii voor de basis jeugdzorg uit deze kadernotitie vast te stellen als leidraad voor de voorbereidingen van de transitie van de Jeugdzorg naar de gemeente in de periode heden-2015.
- 3) De uitvoeringsaspecten i t/m ix voor de specialistische jeugdzorg uit deze kadernotitie vast te stellen als leidraad voor de voorbereidingen van de transitie van de Jeugdzorg naar de gemeente in de periode heden-2015.
- 4) Dat het College op basis van deze kadernotitie komt met een uitvoeringsplan, uiterlijk februari 2013.

Context

De planning is dat op 1 januari 2015 de jeugdzorg naar de gemeente komt en daarmee komt de overgang snel dichterbij, aangezien voorbereidingen getroffen dienen te worden om deze overgang soepel te laten verlopen.¹ Met dit initiatief Raadsvoorstel willen wij in de aanloop naar de overgang het College richting meegeven langs welke lijnen deze overgang vormgegeven dient te worden binnen de financiële kaders die het Rijk meegeeft.

De opbouw van dit Raadsvoorstel is als volgt: 1) We starten met een korte inleiding over de ontwikkelingen in de jeugdzorg de laatste jaren. 2) Op basis van deze ontwikkelingen komen we tot de doelstellingen en benodigde verbeteringen van de jeugdzorg. Aan de hand van deze doelstelling formuleren we leidende principes die het College richting geven in het vormgeven van de overgang. 3) Aan de hand van de geformuleerde principes beschrijven we een aantal uitvoeringsaspecten die cruciaal zijn voor het College om de beoogde doelstellingen te realiseren.

Argumenten

- 1.1 In de voorbereiding van de transitie van de jeugdzorg naar de gemeente wordt reeds 'voorgesorteerd' op nog te nemen beleidskeuzen. Met dit Raadsvoorstel geeft de Raad het College richting mee.
- 2.1 De beschreven aanpak in deze kadernotitie sluit goed aan bij de weg die ingeslagen is bij het Vernieuwend Welzijn, de pilot met buurtteams en stimuleert daarmee doelmatige jeugdzorg van hoge kwaliteit voor Utrechtse kinderen. Via de uitvoeringsaspecten voor de basis jeugdzorg worden de beschreven principes geconcretiseerd.
- 3.1 De beschreven aanpak in deze kadernotitie sluit goed aan bij de weg die ingeslagen is bij het Vernieuwend Welzijn, de pilot met buurtteams en stimuleert daarmee doelmatige jeugdzorg van hoge kwaliteit voor Utrechtse kinderen. Via de uitvoeringsaspecten voor de specialistische

¹ Uit de voortgangsbrief Jeugdzorg van 27 april 2012 aan de Tweede Kamer (kenmerk: DJ/PS-3114085), blijkt dat de overheveling inclusief de jeugd GGZ zal zijn.

jeugdzorg worden de beschreven principes geconcretiseerd.

4.1 Deze kadernotitie is een richtinggevend document op hoofdlijnen, daarom is een nadere uitwerking vereist.

1) Inleiding: de ontwikkelingen in de jeugdzorg

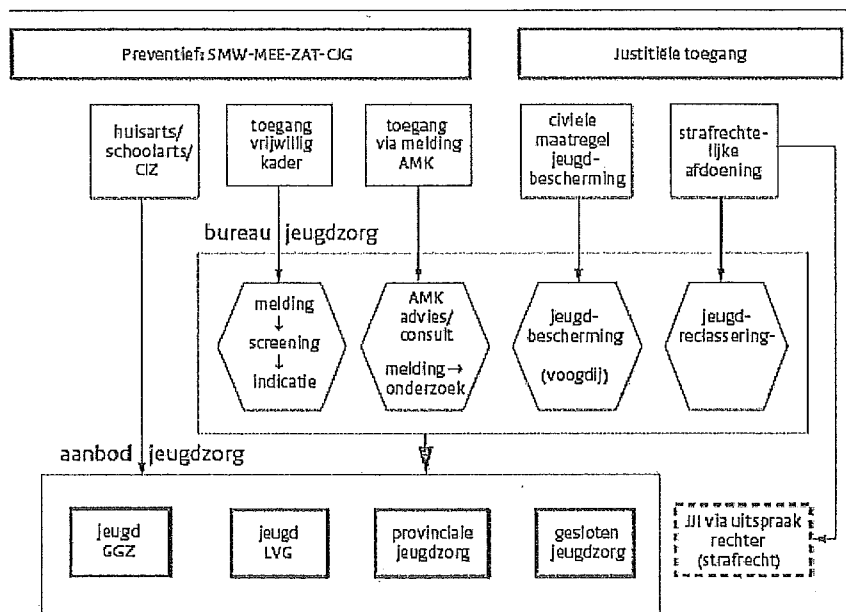
1.1 Functie jeugdzorg in de maatschappij

Het opvoeden van kinderen is primair een taak voor de ouders. Soms zijn er echter omstandigheden dat de draagkracht van de ouders en/of het gezin (tijdelijk) niet voldoende is. Op die momenten schakelt men professionele jeugdzorg in, altijd met als doel – om waar mogelijk – zo snel mogelijk weer terug te keren naar een situatie waarin het kind (en gezin) weer op eigen benen staat én om gedurende de behandeling zo volledig mogelijk te participeren in de maatschappij. Jeugdzorg Nederland onderschrijft deze doelstelling in haar visiedocument uit 2011, zij geeft aan dat jeugdzorg in Nederland de volgende doelstelling nastreeft: *“Volwaardige participatie van het kind met (ernstige) opvoed- en opgroei problemen in de maatschappij”*.

1.2 Het huidige stelsel

In het huidige stelsel van jeugdzorg zijn er drie echelons. Allereerst is er de zogenaamde ‘nulde lijn’, die bestaat uit de gewone zorg door ouders en activiteiten door verschillende instanties die gericht zijn op preventie. Vervolgens is er de 1^e lijn die qua diagnostiek en behandeling bestaat uit de huisarts en schoolarts. Het Bureau Jeugdzorg houdt zich bezig met de indicatiestelling voor de 2^e lijn. De 2^e lijns specialistische jeugdzorg bestaat uit zowel ambulante als residentiële jeugdzorg en is te verdelen in jeugd GGZ, jeugd LVG, provinciale jeugdzorg en gesloten jeugdzorg. Dit is schematisch weergegeven in onderstaand figuur.

Het stelsel van jeugdzorg in Nederland



SMW: School Maatschappelijk Werk; MEE: Vereniging voor Ondersteuning bij Leven met een Beperking; JGGZ: Jeugdgezondheidszorg; ZAT: Zorg- en Adviesteam; CJG: Centra voor Jeugd en Gezin; CIZ: Centrum Indicatiestelling Zorg; AMK: Advies- en Meldpunt Kindermishandeling; jeugd-GGZ (Geestelijke Gezondheidszorg); Jeugd LVG (Licht Verstandelijk Gehandicaptenzorg); JJI: Justitiële Jeugdinrichtingen

Figuur 1: jeugdzorgstelsel in Nederland (bron: SCP, Jeugdzorg in de groeifase, oktober 2011)

1.3 Kostenontwikkeling de laatste jaren

Anno 2009 gaat er in jeugdzorg in Nederland € 3,4 miljard om. Het grootste deel daarvan wordt besteed aan de tweede lijns zorg; € 3,1 miljard. Van deze € 3,1 miljard wordt een deel uitgegeven aan Bureau Jeugdzorg (0,5 miljard, inclusief jeugdbescherming en reclassering) en het overige deel van het bedrag gaat in merendeel op aan zwaardere vormen van 2^e lijns jeugdzorg (pleegzorg, jeugd GGZ en residentiële zorg). Voor de gemeente Utrecht gaat om ongeveer € 70 miljoen op jaarbasis.

Overzicht van de jeugdzorgsector (jeugdigen van 0-22 jaar)

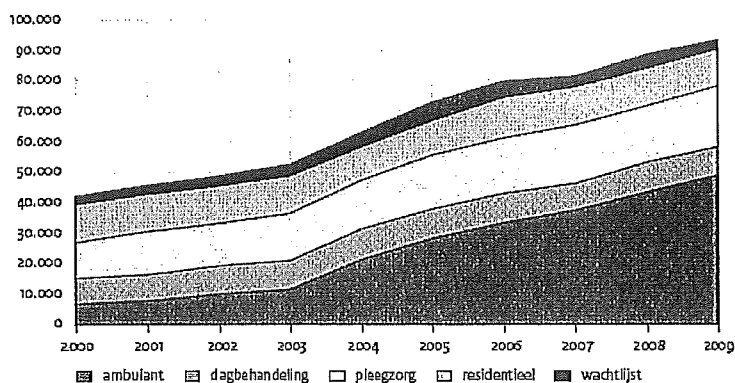
voorziening	afkorting	financiering	gebruik/trajecten in 2009 (*1000)	overheidsuitgaven in 2009 (mln. euro)
eerstelijns			^b	347
schoolmaatschappelijk werk	SMW			-
MEE cliëntondersteuning ^c	MEE	rijk/vws		
jeugdgezondheidszorg	JGZ	rijk/vws/GF		
zorg- en adviesteams	ZAT	rijk/vws/GF		347
centra voor jeugd en gezin	CJG	rijk/vws/GF		
tweede lijn			377.340	3.072
Bureau Jeugdzorg: indicatie	Bjz	rijk/vws	(100.690)	145
Bureau Jeugdzorg: AMK	Bjz	rijk/vws	(59.440)	41
jeugdzorg: ambulant	JZA	rijk/vws	48.250	200
jeugdzorg: pleegzorg	JZP	rijk/vws	21.730	170
jeugdzorg: dagbehandeling	JZD	rijk/vws	9.350	180
jeugdzorg: open residentiële	JZR	rijk/vws	11.530	325
jeugdzorg: spoedeisend	JZS	rijk/vws	10.700	42
gesloten jeugdzorg ^a	JZG	rijk/vws	3.210	160
jeugd-GGZ in natura ^d		Zvw	158.500	470
jeugd-LVG in natura		AWBZ	13.000	510
jeugd-GGZ pgb		Zvw		329
jeugd-LVG pgb		AWBZ	26.870	168
jeugdbescherming	JB	rijk/Justitie	51.010	275
jeugdreclassering	JR	rijk/Justitie	23.190	57
			1.290	325
justitiële jeugdinrichtingen ^a	JJI	rijk/Justitie	1.290	325

Tabel 1: Kosten van de jeugdzorg anno 2009 (bron: SCP, Jeugdzorg in de groeifase, oktober 2011)

Wanneer men de kosten van de jeugdzorg in historisch perspectief plaatst, dan blijkt er de laatste jaren sprake te zijn geweest van een forse groei in de kosten, die voornamelijk veroorzaakt is doordat meer kinderen gebruik maken van jeugdzorg, hetgeen op basis van demografie niet verklaarbaar is. Daarnaast blijken kinderen die eenmaal in behandeling zijn meer of zwaardere behandeling te krijgen, hetgeen ook een kostenopdrijvend effect heeft.

Zo stijgen de voor inflatie gecorrigeerde kosten van provinciale jeugdzorg (die totaal in 2008 1,5 miljard bedraagt) over de periode 2000-2009 met 6,2% per jaar. Ondanks deze forse stijging in de kosten nemen de wachtlijsten niet of nauwelijks af zoals zichtbaar in de onderstaande figuur.

Ontwikkeling van het gebruik van provinciaal gefinancierde jeugdzorg, 2000-2009



Gebruikersdefinitie: aantallen jeugdigen die op 1 januari van het betreffende jaar reeds gebruikmaakten van zorg plus degenen bij wie de zorg in de loop van dat jaar aanving (instroom). Het gebruik residentieel is een gewogen optelling van residentieel (exclusief crisisopvang) en crisisopvang op basis van de gewogen gemiddelde verblijfsduur. Wachtenden zijn unieke cliënten; gebruikers kunnen meerdere jeugdvoorzieningen gebruiken. Daarom zijn wachtenden via een opslagfactor (gemiddeld 1,15) bij de gebruikers geteld.

Bron: SRJV (1995-2003); MO-groep (2004-2009) SCP-bewerking.

Figuur 2: groei provinciaal gefinancierde jeugdzorg in Nederland (bron: SCP, Jeugdzorg in de groeifase, oktober 2011)

De laatste jaren is er door verschillende instanties onderzoek gedaan naar de oorzaken van de kostenstijgingen in de jeugdzorg.² Uit deze onderzoeken blijkt dat verschillende oorzaken ten grondslag liggen aan de kostengroei. Allereerst wordt gesteld dat een mogelijke oorzaak is de complexer wordende maatschappij en de hogere verwachtingen van ouders. Daarnaast is ook een intensivering van de diagnosticering en de vroegopsporing binnen de jeugdzorg zelf gaande waardoor kinderen eerder en uitgebreider in zorg komen. Daarnaast wordt stevast als majeur factor in de kostenontwikkeling genoemd de versnippering in de bekostiging, hetgeen versnipperde zorg tot gevolg heeft (zie kader).

De laatste jaren hebben zich verschillende schrijnende gevallen voorgedaan in de jeugdzorg waarin kinderen en gezinnen door een veelheid aan hulpverleners (soms meer dan 10 (!)) ‘geholpen’ worden, zonder dat er één overkoepelend plan van aanpak is. Deze versnippering wordt veroorzaakt doordat de verschillende hulpverleners (ambulante jeugdhulpverleners, residentiële jeugdhulpverleners, CJG, maatschappelijk werk, etc.) betaald worden vanuit verschillende potjes. Alhoewel deze hulpverleners individueel vaak met de beste bedoelingen aan het werk zijn, leidt deze versnippering ertoe dat resultaten suboptimaal zijn. Verder wordt er veel tijd besteed aan overleg tussen de verschillende instanties waardoor de hulpverlening ook ondoelmatig is.

De huidige zogenaamde “PxQ” financiering van jeugdzorgaanbieders speelt een belangrijke rol in de kostengroei. In de huidige systematiek verleent de Provincie subsidie aan jeugdzorg instelling op basis van de prognose die de instelling aanlevert. De verantwoording van deze subsidie verloopt via zogenaamde bekostigingseenheden die elk een prijs (P) en een volume (Q) (PxQ) kennen. Deze bekostigingseenheden zijn geen producten die een integraal antwoord bieden op de hulpvraag van een kind of gezin, maar zijn gevormd rondom (versnipperde) activiteiten van de aanbieders. Voorbeelden van deze bekostigingseenheden

² Zie bijvoorbeeld: BMC (2009). *Evaluatieonderzoek Wet op de jeugdzorg – eindrapport*. Amersfoort: BMC, WTJ (2010). *Jeugdzorg dichterbij*. Den Haag: Werkgroep Toekomstverkenning Jeugdzorg en TNO (2007). *Toename gebruik ondersteuning voor jongeren met een gezondheidsbeperking*. Hoofddorp: TNO.

zijn: ‘gesloten behandelgroep’ of ‘behandelgroep crisis’: dit zijn activiteiten van aanbieders, maar geen zorgproducten die het antwoord vormen op een hulpvraag vanuit een kind of gezin. In de praktijk leidt dit ertoe dat jeugdzorg aanbieders een financieel belang hebben bij het ‘vol declareren’ van hun subsidie met relatief zware jeugdzorg, aangezien zij anders financieel gekort worden. Deze dynamiek verklaart ook waarom extra geld niet leidt tot een vermindering van wachtlijsten. Immers, wanneer de subsidie verhoogd wordt, heeft de instelling een financieel belang bij het ‘vol declareren’ van dit nieuwe verhoogde subsidiebedrag om de begroting voor het komende jaar veilig te stellen (zie het kader hieronder voor meer perverse prikkels).

Perverse prikkels PxQ bekostiging in de praktijk:

- Instellingen hebben een financieel belang bij het leveren van veel (dure) jeugdzorg.
- Met een prijsstijging is een daling in aantal uitgevoerde handelingen te compenseren, waardoor het budget eenvoudig vol te krijgen is (zolang de instelling binnen het overeengekomen plafond blijft).
- Instellingen proberen niet méér te produceren dan je prognose, ook als je capaciteit vrij hebt (productie boven het plafond is immers niet gedekt) .
- Groepsconsulten zijn erg lucratief (1u medewerker met 5 cliënten = 5 uur declarabel).
- Veel bureaucratie rondom indicatiestelling.
- Geen prikkel tot effectieve indicatiestelling.

1.4 Effectiviteit van de jeugdzorg

Het is moeilijk om uitspraken te doen over de effectiviteit van de jeugdzorg de laatste jaren aangezien een eenduidige landelijke registratie ontbreekt. Gelet op de forse kostenstijging van de jeugdzorg de laatste jaren moet de effectiviteit wel zeer fors gestegen zijn wil de waarde (prijs/effectiviteit verhouding) van de jeugdzorg de laatste jaren verbeterd zijn.

Positief nieuws is dat er op onderdelen van de jeugdzorg zogenaamde kwaliteitskaders ontwikkeld zijn. Zo is er door de Inspectie voor de Volksgezondheid in samenwerking met veldpartijen 2008 bijvoorbeeld het kwaliteitskader voor de gesloten jeugdzorg ontwikkeld. Echter, wanneer men deze kwaliteitskaders nader beschouwt, blijkt dat deze kwaliteitskaders nog erg gericht zijn op structuur en proces prestatie-indicatoren. Een voorbeeld is de prestatie-indicator: “een behandelplan aanwezig”. Het hebben van een behandelplan sec, zegt natuurlijk nog niets of het behandelplan ook daadwerkelijk uitgevoerd wordt, laat staan of dat de doelen bereikt worden of dat er de juiste doelen gesteld worden. Kortom, om echt de effectiviteit van een behandeling in kaart te brengen, dienen de kwaliteitskaders verder ontwikkeld te worden.

Dat er grote publieke behoefte is aan een goede effectiviteit van de jeugdzorg blijkt als er sprake is van ernstige incidenten die veel media aandacht genereren. Deze incidenten laten zien hoe belangrijk een goede effectiviteit van de jeugdzorg is, omdat de gevolgen als het misgaat groot zijn voor de betrokken kinderen en gezinnen en terecht veel maatschappelijke onrust veroorzaken. Daarnaast komen dergelijke incidenten het imago van de jeugdzorg sector niet ten goede, waar natuurlijk ook veel wél goed gaat. In ieder geval komt met de overheveling van de jeugdzorg een grote verantwoordelijkheid te liggen bij het College, die ook maatschappelijk met veel interesse gevolg zal worden. Dit onderstreept nogmaals het belang van een *aantoonbaar* effectieve jeugdzorg.

1.5 Doelstellingen voor de jeugdzorg in Utrecht

De overheveling van de jeugdzorg gaat (volgens het regeerakkoord van het kabinet Rutte I) gepaard met een doelmatigheidskorting. Los van deze door het Rijk opgelegde doelmatigheidskorting die erop gericht efficiënter jeugdzorg te leveren, lijkt er – gelet op de forse deels onverklaarde groei van de laatste jaren – ook een doeltreffendheidslag te maken valt. Immers, de doelstelling van de jeugdzorg is ervoor zorgen dat kinderen *in de eigen omgeving* maximaal kunnen participeren. Dit houdt dus in: inzetten op demedicalisering, primair kijken naar wat kinderen en gezinnen zelf kunnen. Uitgaan van eigen kracht dus, en het informele netwerk, geheel in lijn met de ingeslagen richting van het Vernieuwend Welzijn.

Hieruit volgt dat de effectiviteit van de jeugdzorg inzichtelijk moet worden en de gemeente in de jeugdzorg inkoopt bij de meest effectieve aanbieders, zodat de Utrechtse kinderen en gezinnen –indien nodig- het beste én tijdig (dus zonder wachtlijsten) geholpen worden. Wil de jeugdzorg effectief zijn dan moet de versnippering in de jeugdzorg drastisch verminderd worden.

2) Richtinggevende principes jeugdzorg in Utrecht

Redenerend vanuit deze doelstellingen stellen we in dit deel van de kadernotitie richtinggevende principes op. Deze principes gelden als beleidskader voor het College bij het vormgeven van de overgang van de jeugdzorg naar de gemeente Utrecht. Deze principes – die nu ook al (deels) gehanteerd worden in de lopende pilots - de vormen gezamenlijk met de uitvoeringsaspecten de ‘Utrechtse aanpak’ voor de jeugdzorg.

- 1) Jeugdzorg is primair de verantwoordelijkheid van ouders. Het beleid is gericht op eigen kracht van de burger en kijkt eerst wat er mogelijk is in het informele netwerk van het gezin dat een hulpvraag heeft.
- 2) Indien besloten wordt dat er professionele hulp noodzakelijk is, dan wordt die hulp zoveel mogelijk geboden in de eigen omgeving van het kind en het gezin. Er wordt dus gekozen voor een ‘matched care’ model, waarbij in principe in eerste instantie lichte vormen van professionele hulp worden aangeboden.
- 3) Indien het echter meteen duidelijk is dat kinderen en gezinnen behoefte hebben aan intensievere zorg, moeten zij niet ‘verplicht’ de hele keten doorlopen. In die gevallen kan meteen structureel moet worden ingegrepen.
- 4) De hulpverlening wordt ingericht rondom het principe van ‘1 kind, 1 plan’. Dit houdt in dat er 1 aanspreekpunt is, en dat het beleid erop gericht is hulpverleners van verschillende disciplines met elkaar te laten samenwerken, maar dat er uiteindelijk 1 partij is die de verantwoordelijkheid draagt over de zorg.
- 5) De effectiviteit, toegankelijkheid en doelmatigheid van jeugdzorg wordt gemeten, gemonitord en transparant voor het Utrechtse publiek weergegeven. Zo creëren we keuzevrijheid voor de Utrechtse burger.
- 6) De gemeente kijkt bij de inkoop van jeugdzorg niet alleen naar prijs, maar nadrukkelijk ook naar de kwaliteit van de jeugdzorg. Op basis van de beste prijs-/kwaliteitverhouding koopt de gemeente jeugdzorg in bij aanbieders, die ook van buiten de Utrechtse regio kunnen zijn.
- 7) Voor specialistische jeugdzorg werkt de gemeente Utrecht waar nodig samen met andere gemeenten in de regio Utrecht, om zo de gewenste schaalvoordelen vanuit zowel doelmatigheid als kwaliteitsperspectief voor specialistische activiteiten te realiseren.

3) Uitvoeringsaspecten jeugdzorg in Utrecht

Op basis van de hiervoor benoemde doelstellingen en principes, komen we tot de vormgeving van uitvoeringsaspecten voor de jeugdzorg in Utrecht.

Een substantieel deel van de Jeugdzorg is te typeren als '*basis Jeugdzorg*'. Op dit moment wordt veel van deze basiszorg geleverd door zeer gespecialiseerde instellingen met als gevolg dat kinderen onnodig zware jeugdzorg krijgen, buiten hun eigen omgeving. Dit leidt tot onnodige kostenstijgingen en verminderde toegankelijkheid van deze voorzieningen voor diegenen die het echt nodig hebben. Om ervoor te zorgen dat zoveel mogelijk zorg in de eigen omgeving wordt aangeboden wordt er een onderscheid gemaakt tussen een basis jeugdzorg en specialistische jeugdzorg (analoog aan bijvoorbeeld de huisarts die basis geneeskundige zorg levert vs. het ziekenhuis dat gespecialiseerde geneeskundige zorg levert). De basis jeugdzorg wordt als volgt vormgegeven:

- i. De basis jeugdzorg wordt geleverd door teams van professionals die werkzaam zijn in de wijk en expertise hebben in het (kortdurend) ambulant helpen van kinderen en gezinnen met een hulpvraag. Deze teams moeten ook verbinding leggen met bijvoorbeeld de huisartsen in de wijk en andere domeinen zoals het welzijnswerk, het onderwijs en de jeugdgezondheidszorg (GG&GD).
- ii. Op basis van deze behoefteraming wordt een programma van eisen opgesteld voor het opvragen van biedingen op een subsidie van vier jaar, conform de aanpak die gevolgd wordt bij het Vernieuwend welzijn. Dit houdt in dat de gemeente per wijk op basis van cijfers uit het verleden een raming maakt hoeveel kinderen in de wijk een behoefte hebben aan basis jeugdzorg. Er worden minimaal twee verschillende aanbieders in de gemeente Utrecht gecontracteerd, maar slechts één aanbieder per wijk.
- iii. In dit programma van eisen staat helder geformuleerd wat de gewenste *uitkomsten* (effectiviteit) van de specialistische jeugdzorg is, waarbij de volgende vier effecten leidend zijn:
 - % kinderen/gezinnen dat specialistische jeugdzorg nodig heeft
 - % kinderen/gezinnen dat na 1 jaar geen jeugdzorg meer nodig heeft (immers (een deel van) de behandelingen moet eindig zijn)
 - % kinderen dat school met diploma verlaat
 - % kinderen dat in aanraking komt met JustitieHet college formuleert meerjarige doelstellingen voor elk van deze domeinen en vraagt aanbieders een plan van aanpak te formuleren op het aantoonbaar behalen van deze doelen. De kwaliteit van dit plan van aanpak maakt minimaal 50% van de weging van het voorstel uit. De aanbieders rapporteert halfjaarlijks de resultaten op deze indicatoren aan de gemeente en publiceert deze indicatoren toegankelijk op haar website.
- iv. Onderdeel van het programma van eisen is een maximale wachttijd voor de aanvang van de behandeling vanaf het moment van aanmelding bij de basis jeugdzorg van maximaal 4 weken.
- v. Het college stelt in het programma van eisen verplicht dat deze wachttijd eenduidig gemeten wordt en halfjaarlijks gerapporteerd aan de gemeente en publiekelijk beschikbaar is op de website van de aanbieder.
- vi. In het programma van eisen wordt opgenomen dat het overschrijden van de maximale wachttijd gedurende enig moment in de subsidieperiode is een ontbindende

voorwaarde: dat wil zeggen de gemeente kan dan de subsidierelatie per direct beëindigen en op zoek gaan naar een andere aanbieder.

- vii. Indicatiestelling is een *integraal onderdeel* van het zorgproces en moet daarom plaatsvinden door professionals. De indicatiestelling zoals we die nu kennen via Bureau Jeugdzorg komt te vervallen. De teams die basis jeugdzorg leveren, kunnen op basis van professionele expertise eventueel in samenspraak met de huisarts verwijzen naar tweede lijns specialistische jeugdzorg, zonder enige vorm van indicatiestelling (conform het model van verwijzen tussen huisarts en ziekenhuis). Dit voorkomt bureaucratie voor ouders, jeugdzorginstelling en stimuleert het werkplezier van professionals.
- viii. Tegelijkertijd betekent de keuze van het afschaffen van de indicatiestelling een potentieel risico voor een oplopend volume van tweede lijns jeugdzorg. Daarom maakt de gemeente afspraken met de basis jeugdzorg aanbieder over een te verwachten aantal verwijzingen naar de tweede lijn op basis van een behoefteraming aan de hand van het huidige gebruik van tweede lijns jeugdzorg door Utrechtse kinderen.
- ix. Om inzicht te krijgen de zorgvraag van de basis Jeugdzorg en in het type en aantal verwijzingen naar de specialistische jeugdzorg, dient de basis jeugdzorgaanbieder de hulpvraag van de cliënt aan te geven, conform een nog door de gemeente Utrecht (evt. in samenspraak met andere gemeenten, zie punt ix specialistische jeugdzorg) op te stellen categorisering van (integrale) hulpvragen. Deze hulpvragen gaan uit van de *zorgvraag* in plaats van het bestaande aanbod en zijn dus fundamenteel anders ingericht dan de huidige “PxQ” productstructuur.
- x. Het CJZ heeft een loketfunctie. Dit houdt in dat zij voorlichting geven in de wijk, als vraagbaak dient en ouders en kinderen met een hulpvraag kunnen doorgeleiden richting de basis jeugdzorg. Het CJZ verleent zelf geen basis jeugdzorg.
- xi. Per wijk is er één basis jeugdzorg team. Om keuzevrijheid te garanderen zorgt de gemeente ervoor dat er in de stad Utrecht minimaal twee verschillende aanbieders van basis jeugdzorg zijn verspreid over de verschillende wijken.
- xii. Verder verleent de gemeente de opdracht voor het aanbieden van basis jeugdzorg in een wijk voor een maximale periode van vier jaar, zodat minimaal eens in de vier jaar andere aanbieders een kans maken om de basis jeugdzorg in de wijk te verlenen.

Ook met de nieuwe Utrechtse aanpak zal een deel van de kinderen en gezinnen behoefte hebben aan specialistische jeugdzorg. De specialistische jeugdzorg wordt apart ugevraagd aan partijen, los van de basisjeugdzorg. De specialistische jeugdzorg wordt als volgt vormgegeven:

- i. De hoeveelheid benodigde specialistische Jeugdzorg (uitgesplitst naar de verschillende functies binnen de specialistische Jeugdzorg zoals ambulante, dagbehandeling, pleegzorg, residentieel) die ingekocht wordt door de gemeente wordt bepaald aan de hand van een behoefteraming, waarbij gekeken wordt wat een gepast gebruik is van specialistische Jeugdzorg, door Nederlandse steden/regio's met elkaar te vergelijken, rekening houdend met zaken zoals grote steden problematiek.³
- ii. Op basis van deze behoefteraming wordt een programma van eisen opgesteld voor het opvragen van biedingen op een subsidie van vier jaar, conform de aanpak die gevolgd wordt bij het Vernieuwend welzijn. Er worden minimaal twee verschillende aanbieders in

³ Tijdens het eerste kenniscafé Jeugdzorg, vertelde de directeur van het bureau Jeugdzorg dat Nederland in vergelijking met de EU als geheel relatief hoog zit qua gebruik van specialistische voorzieningen in de Jeugdzorg én dat Utrecht binnen Nederland weer hoog zit. Er zijn hiermee dus aanwijzingen voor overgebruik van specialistische Jeugdzorg in Utrecht.

de gemeente Utrecht gecontracteerd, die wijkoverstijgend werken (dit houdt dus in dat in één wijk, twee aanbieders actief kunnen zijn).

- iii. In het plan van eisen staat opgenomen dat voor ieder kind/gezin één 'hoofdaannemer' (een aanbieder voor de specialistische jeugdzorg) verantwoordelijk is voor het gehele traject van diagnostiek, behandeling en nazorg. Dit houdt dus in dat een aanbieder die een bieding doet op de specialistische jeugdzorg de verschillende functies moet aanbieden (zoals ambulant, dagbehandeling, pleegzorg en residentiële jeugdzorg, jeugd-GGZ, etc.), of via onderaannemen constructies moet inkopen bij derde partijen. Hiermee wordt gewaarborgd dat één plan wordt getrokken per kind en dat één partij aanspreekbaar is voor de effectiviteit en toegankelijkheid van de geleverde jeugdzorg.
- iv. Het College onderzoekt of (een deel van) het vanuit het perspectief van kwaliteit en/of doelmatigheid de inkoop van specialistische jeugdzorg (bijvoorbeeld voor de jeugd-GGZ, jeugd-LVG en de gesloten jeugdzorg) in gezamenlijkheid met andere gemeenten in de provincie Utrecht wenselijk is.
- v. In dit programma van eisen staat helder geformuleerd wat de gewenste *uitkomsten* (effectiviteit) van de specialistische jeugdzorg is, per type zorgvraag (zie punt ix onder basis Jeugdzorg) waarbij de volgende drie effecten leidend zijn:
 - % kinderen/gezinnen dat na 1 jaar geen specialistische jeugdzorg meer nodig heeft (immers (een deel van) de behandelingen moet eindig zijn)
 - % kinderen dat school met diploma verlaat
 - % kinderen dat in aanraking komt met JustitieHet college formuleert meerjarige doelstellingen voor elk van deze drie domeinen en vraagt aanbieders een plan van aanpak te formuleren op het aantoonbaar behalen van deze doelen. De kwaliteit van dit plan van aanpak maakt minimaal 50% van de weging van het voorstel uit. De aanbieders rapporteert halfjaarlijks de resultaten op deze indicatoren aan de gemeente en publiceert deze indicatoren toegankelijk op haar website.
- vi. Onderdeel van het programma van eisen is een maximale wachttijd voor de aanvang van de behandeling vanaf het moment van aanmelding bij de specialistische jeugdzorg van maximaal 6 weken. Mogelijk dient deze wachttijd voor sommige functies binnen de specialistische jeugdzorg langer zijn, aangezien voor bijvoorbeeld de pleegzorg (het onderbrengen van een jongere in een pleeggezin), meer tijd nodig kan zijn voor een adequate 'matching'. Echter ook voor deze vormen van jeugdzorg wordt een maximale wachttijd geformuleerd.
- vii. Het college stelt in het programma van eisen verplicht dat deze wachttijd eenduidig gemeten wordt en halfjaarlijks gerapporteerd aan de gemeente en publiekelijk beschikbaar is op de website van de aanbieder.
- viii. In het programma van eisen wordt opgenomen dat het overschrijden van de maximale wachttijd gedurende enig moment in de subsidieperiode is een ontbindende voorwaarde: dat wil zeggen de gemeente kan dan de subsidierelatie per direct beëindigen en op zoek gaan naar een andere aanbieder.

- ix. Om betekenisvol prestaties (zoals % kinderen dat een diploma haalt, % kinderen dat in aanraking komt met Justitie, etc.) van basis en specialistische jeugdzorg aanbieders te kunnen meten is een eenduidige registratie van type behandelingen én uitkomsten randvoorwaardelijk, waarbij het ook mogelijk moet zijn om aanbieders met elkaar te vergelijken gecorrigeerd voor 'zorgzwaarte' factoren zoals de sociaal economische achtergrond van kinderen. Om dergelijke metingen betrouwbaar vorm te geven zijn drie zaken essentieel⁴:
1. Een eenduidige categorisering van zorgvragen, zodat vergelijkbare groepen kinderen ontstaan die jeugdzorg ontvangen (zie punt ix onder basis jeugdzorg);
 2. De uitkomsten van de behandeling (zie de voorgestelde indicatoren onder punt iii van de basis jeugdzorg en punt v specialistische jeugdzorg) dienen opgeslagen te worden.
 3. Een registratie dient een voldoende grote populatie te bevatten zodat voor zorgzwaarte gecorrigeerde uitkomsten betrouwbaar gemeten kunnen worden.

Om dit te bewerkstelligen zet de gemeente Utrecht een registratie op samen met andere (grotere) gemeenten, eventueel via de Vereniging Nederlandse Gemeenten. Doelstelling is om in totaal een populatie met een omvang van zo'n 2 miljoen burgers horend bij verschillende gemeenten op te nemen in deze database (te denken valt bijvoorbeeld aan de G4-gemeenten en een deel van de G32-gemeenten). De uitkomsten van deze prestatiemeting worden online toegankelijk voor burgers gepubliceerd en worden gebruikt door de gemeenten voor behoefteramingen, keuze-informatie voor burgers en sturing op doelmatigheid en kwaliteit van de jeugdzorg door gemeenten.

⁴ Voor bijvoorbeeld de huisartsen- en de ziekenhuiszorg hebben *alle* zorgverzekeraars deze gegevens centraal ondergebracht in een database, die sinds kort gebruikt wordt voor het eenduidig meten van prestaties van aanbieders rondom zorgvragen. Deze informatie is essentiële stuurinformatie om de kwaliteit van de zorg blijvend te verbeteren.