

# Interventies en potentiële efficiencywinst integrale Jeugdhulp

In het kader van aanbesteding opdracht door de gemeenten Alphen aan den Rijn en Kaag en Braassem

Auteur  
Hans Broere  
Katja Crooijmans  
Koen Mulder  
Karin Bongers

Datum  
07.06.17

Status  
definitief

Klant  
Gemeenten Alpen a/d Rijn en Kaag en  
Braassem

www.rebelgroup.com  
KvK 24.40.42.27  
IBAN: NL23 ABNA 0240 3889 41

T 010 275 59 90  
F 010 275 59 99  
info@rebelgroup.com

RebelGroup Executives bv  
Wijnhaven 23  
3011 WH Rotterdam

## Inhoudsopgave

<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Analyse van effecten en efficiencywinst</b>	<b>4</b>
2.1	Van interventie, naar effect, naar efficiencywinst	4
2.2	Over het moment waarop de effecten optreden	5
2.3	Inschatting verzilveren vernieuwings- en veranderpotentieel op hoofdlijnen	6
2.4	Opbouw en ontwikkeling hulpaanbod	8
<b>3</b>	<b>Effect per interventie</b>	<b>10</b>
3.1	Interventie – Inzet op preventieve en duurzame hulp en ondersteuning	10
3.2	Interventie: slimme intake	12
3.3	Interventie: integrale hulparrangementen en -trajecten	12
3.4	Interventie: slim organiseren	14
3.5	Interventie: innovatief nieuw aanbod	16
3.6	Interventie: afschalen naar lichtere hulp	17
3.7	Interventie: van residentieel naar gezinsvervangend en ambulant	18
3.8	Interventie: normaliseren	21
3.9	Interventie: wegnemen perverse financiële prikkels	21
<b>4</b>	<b>Conclusie</b>	<b>23</b>

## 1 Inleiding

Met de opdracht beogen de gemeenten Alphen aan den Rijn en Kaag en Braassem (hierna: gemeenten) de jeugdhulp in deze gemeenten slimmer, effectiever en meer doelmatig in te richten. De twee gemeenten hebben vanaf 1-1-2018 gekozen voor een sturings- en bekostigingsmodel met als uitgangspunt dat hiermee de beleidsdoelstellingen op het gebied van de jeugdhulp beter en eerder gerealiseerd kunnen worden. Het sturings- en bekostigingsmodel dat de twee gemeenten vanaf 2018 toepassen gaat uit van een directe contractuele relatie tussen gemeenten en hulpaanbieders en voorziet in een zogenoemde integrale opdracht voor het bieden van jeugdhulp in de twee gemeenten. In deze benadering wordt niet langer onderscheid gemaakt naar producten en daaraan verbonden prijzen op basis van een pxq-bekostiging; de opdrachtnemer ontvangt een budget voor het bieden van alle hulp en ondersteuning en krijgt veel ruimte om binnen die ruimte de hulp en ondersteuning te bieden op een wijze die voldoet aan de beoogde veranderingen in de jeugdhulp.

Ter voorbereiding op de aanbesteding van de opdracht voor de periode 2018-2021 is door Rebelgroup in opdracht van de gemeenten een verkenning gedaan naar de ruimte die deze opdracht biedt tot mogelijke interventies en het effect dat zij hebben: kwalitatief, kwantitatief en voor zover mogelijk en relevant financieel. Doel van de verkenning is het bieden van een handreiking aan inschrijvers bij het opstellen van hun voorstellen. Deze notitie is de weergave van Rebelgroup van de uitkomsten van deze verkenning.

De verkenning leidt tot de conclusie dat in de eerste contractperiode aanzienlijke doelmatigheidswinsten kunnen worden geboekt. We schatten in dat het mogelijk is een efficiencywinst binnen de bandbreedte van de base case (3,2 mln euro) en best case (6,4 mln euro) te realiseren in de contractperiode van 4 jaar. In de verlengingsperiode is dan nog een verdere efficiencywinst mogelijk.

## 2 Analyse van effecten en efficiencywinst

### 2.1 Van interventie, naar effect, naar efficiencywinst

In de opdracht wordt de huidige sturing op producten en kostprijzen losgelaten en vervangen door een sturingsfilosofie die uitgaat van maatschappelijke effecten en resultaten. Om die effecten te kunnen realiseren, besteden de gemeenten de lokale inkoop jeugdhulp aan in één integrale opdracht, waarbinnen de opdrachtnemer ruimte krijgt om naar eigen inzicht de jeugdhulp en ondersteuning voor de jeugd in Alphen aan den Rijn en Kaag en Braassem vorm te geven.

In dit rapport wordt een set aan mogelijke interventies en innovaties beschreven waarmee de beoogde effecten op de doelmatigheid van de jeugdhulp gerealiseerd kunnen worden. Deze lijst van interventies is niet uitputtend, maar geeft wel een representatief overzicht van het verander- en vernieuwingspotentieel dat uitgaat van het integrale jeugdhulpmodel en van de efficiencywinsten die daarmee gehaald kunnen worden.

De effecten kennen een kwalitatieve inhoudelijke component en een financiële component, de zogenaamde efficiencywinst. We besteden hier primair aandacht aan laatstgenoemd effect. De efficiencywinst is een optelsom van effecten op prijs, doorlooptijd, intensiteit en volume.

De aannames over beoogde efficiencywinsten die van dit model uitgaan zijn voor zover mogelijk onderbouwd met (internationaal) onderzoek en vergelijkbare voorbeelden uit andere sectoren. Vervolgens is een inschatting van de kans van optreden van deze effecten gemaakt en doorgerekend in drie scenario's: een worst case, base case en best case.

De kans op het behalen van deze effecten is afhankelijk van:

- de substitutiemogelijkheden en de beïnvloedingsmogelijkheden van de opdrachtnemer, evenals van de executiekracht cq. het organisatievermogen van de opdrachtnemer om de beoogde verandering voor elkaar te krijgen.
- de mate waarin en de snelheid waarmee de opdrachtnemer zicht krijgt op kenmerken van het gebied, van de populatie en van de hulp- en ondersteuningsbehoefte. Op deze manier kan de opdrachtnemer het hulp- en ondersteuningsaanbod maximaal aan laten sluiten op de hulpbehoefte en slim inspelen op bestaande lokale structuren.

Tot slot geven we aan wanneer deze (budgettaire) effecten optreden in de tijd.

Dit laat zich vertalen in onderstaande effectenboom.

			Interventie	Effect	2018 2019	2020 2021	2022 2023
Omvang potentiële efficiencywinst	P	Prijs	Preventieve en duurzame zorg- en ondersteuning	I V	0	+	++
			Slimme intake	P D V	0	+	++
	D	Doorlooptijd	Integrale zorgtrajecten en arrangementen	P D V	+	++	++
			Slim organiseren	P D I	+	+	++
	I	Intensiteit	Innovatief nieuw aanbod	P D I	+	++	++
			Substitutie van residentieel naar ambulante en gezinsvervangend	P D	+	++	++
	V	Volume	Normaliseren (substitutie van 1 <sup>e</sup> naar 0 <sup>e</sup> lijn)	V	+	++	++
			Wegnemen perverse prikkels die samenhangen met p*q bekostiging	P I	++	++	++

We kiezen ervoor niet alle effecten te kwantificeren, en het effect van een aantal interventies in kwalitatieve zin te beschrijven. Dat doen we omdat:

- een aantal effecten op elkaar inwerkt cq. invloed heeft op dezelfde typen hulp. Beide effecten kwantificeren heeft daarmee het risico op een overschatting van de efficiencywinst in zich
- de causaliteit tussen interventie en effect in een aantal gevallen moeilijk vast te stellen is, waardoor veel aannames moeten doen. Dat staat een betrouwbare doorrekening in de weg.

Dat betekent dat de uiteindelijke optelsom van de efficiencywinsten een vrij conservatieve inschatting betreft.

## 2.2 Over het moment waarop de effecten optreden

Uit bovenstaande tabel blijkt dat de effecten van de verschillende interventies verspreid over de contractperiode optreden en een oplopend patroon laten zien. De effecten van de genoemde interventies zijn in de eerste helft van de contractperiode (2018-2019) relatief beperkt. De verklaring daarvoor is dat het jaar 2018 een overgangs- en inregeljaar is en uit deze analyse blijkt ook dat veel interventies tijd nodig hebben om te renderen en dat effecten niet instant plaatsvinden. Wat betreft 'inregeljaar' verwachten wij vooral in het eerste helft van 2018 dat de opdrachtnemer nog veel tijd en energie zal moeten steken in organisatorische zaken, back office/bedrijfsvoering etc.

Uit de analyse blijkt vervolgens dat de echte, harde effecten optreden in de tweede fase van de opdracht. Daarbij hebben we ook aangegeven dat deze effecten niet beperkt zijn tot een tijdspanne van vier jaar, maar in de periode daarna (potentiele verlengingsperiode) ook optreden.

### Overgangsregeling werkt neutraal op effecten en tempo waarin deze optreden

De gemeenten hebben in het kader van deze opdracht een overgangsregeling opgenomen, die voorziet in een gefaseerde afronding en/of overdracht van de hulp aan bestaande cliënten van huidige hulpaanbieders naar opdrachtnemer. Wij hebben de impact van deze overgangsregeling op hoofdlijnen geanalyseerd.

De periode van de overgangsregeling biedt de mogelijkheid voor opdrachtnemer om zorgvuldig te werken aan de implementatie van een integraal aanbod. De kans dat effecten optreden van de genoemde interventies hangt samen met een goede start; deze overgangsregeling biedt aan opdrachtnemer de kans om deze 'goede start' te maken. Deze goede start is een voorspeller van het optreden en de omvang van de effecten in latere jaren.

Gezien de overgangsregeling heeft opdrachtnemer in het eerste jaar vooral te maken met nieuwe instroom, en daarmee is er een kleinere omvang van de doelgroep in het eerste jaar. De effecten van de nieuwe aanpak van opdrachtnemer met betrekking tot nieuwe cliënten zijn in het eerste jaar beperkt. Omdat de effecten voor een belangrijk deel samenhangen met de omvang van de doelgroep zijn deze dus ook beperkt.

Beide zaken in overweging nemende schatten we de effecten van de overgangsregeling neutraal in.

### Monetariseren van effecten

De belangrijkste kansen die resulteren in kostenbesparingen in de eerste contractperiode (2018-2021) hebben we gemonetariseerd. In de tabel hieronder zijn de financiële effecten van vijf interventies samengevat. De efficiencywinst is het saldo van extra kosten (investeringskosten en negatieve effecten) en vermeden kosten (besparingen en positieve effecten).

Effect	Worst case	Base case	Best case	Waar besparen?
Integrale trajecten, dubbelingen eruit	0	0,51 mln	1,03 mln	Integratie van trajecten van jeugdigen met multi-problematiek, met name verblijf J&O en LVB in relatie tot GGZ.
Slimmer organiseren	0	0,68 mln	1,37 mln	Algehele kostprijsreductie door 'lean' organiseren, ontwikkelen van nieuwe en innovatieve arrangementen, ICT toepassingen, gezamenlijke back office en her-allocatie personeel.
Substitutie van residentiële hulp naar gezinsvervangend en ambulante	0	0,56 mln	1,13 mln	Van verblijf naar ambulante hulp of een gezinsvervangende situatie voor J&O en LVB jongeren
Normaliseren (substitutie van 1 <sup>e</sup> naar 0 <sup>e</sup> lijn)	0	0,97 mln	1,94 mln	Minder instroom, door meer hulp en ondersteuningsvragen op te lossen in de lokale basisvoorzieningen
Wegnemen perverse prikkels die samenhangen met P*Q bekostiging	0	0,44 mln	0,88 mln	Voorkomen overbehandeling en upcoding, met name in GGZ en dyslexie vanwege DBC-systematiek
<b>Totaal</b>	<b>0</b>	<b>3,2 mln</b>	<b>6,4 mln</b>	

We schatten in dat het mogelijk is een efficiencywinst binnen de bandbreedte van de base case en best case te realiseren in de contractperiode van 4 jaar. Er zal sprake zijn van een ingroeipad, niet alle doelmatigheidswinst wordt direct in de eerste twee jaar behaald.

Hierna lichten we toe hoe we tot dit bedrag zijn gekomen.

### 2.3 Inschatting verzilveren vernieuwings- en veranderpotentieel op hoofdlijnen

Het vernieuwings- en veranderpotentieel dat uitgaat van de opdracht is groot. De kans dat de opdrachtnemer dit potentieel ook weet te verzilveren schatten we hoog in. Die conclusie baseren we op onderstaande analyse.

#### **Substitutiemogelijkheden zijn maximaal**

- Er is sprake van één integrale opdracht, waarbinnen maximaal ruimte is om te substitueren tussen verschillende vormen van hulp. Budget is niet gekoppeld aan producten, trajecten of arrangementen, maar aan het totaal van de opdracht met de daarmee samenhangende uitkomsten.
- Er is sprake van een meerjarig contract, de opdrachtnemer bepaalt zelf de hoogte van het budget voor de verschillende jaren.

***Beïnvloedingsmogelijkheden hulpvraag zijn hoog***

- De opdrachtnemer heeft invloed op de toegang en kan daarmee eigenstandig aan de volumeknop draaien. Wel met de kanttekening dat opdrachtnemer geen cliënten mag weigeren; opdrachtnemer heeft wel invloed op type hulp dat wordt ingezet.
- De opdrachtnemer heeft volledige regie op de inzet van hulp in termen van uren, deskundigheidsniveau, doorlooptijden etc. (vanzelfsprekend binnen de wettelijke kaders).
- Een deel van de toegang loopt via de huisarts; in het bijzonder de jeugd GGZ. Ook op deze instroom kan de opdrachtnemer voldoende invloed uitoefenen. Die conclusie baseren wij op de volgende argumenten: 1) de huisarts treedt op als verwijzer en niet als zogenaamde 'indicatiesteller'. De beoordeling welke hulp nodig is, is voorbehouden aan de opdrachtnemer die daarmee maximaal invloed heeft op aard en omvang van de in te zetten hulp, en daarmee op de belangrijkste kostendrijver; 2) in de opdracht is nadrukkelijk opgenomen dat van de opdrachtnemer verwacht wordt dat deze zichtbaar aanwezig is in de huisartsenpraktijk om integrale diagnose en planvorming mogelijk te maken en medicalisering te voorkomen. Door enkele dagen per week praktijk te houden op het adres van de huisarts kan naar verwachting een deel van de jeugdhulpvragen afgevangen worden. Tot slot kan nog gesteld worden dat de huisarts wel degelijk een belangrijke toegangsfunctie heeft en houdt waar het enkelvoudige ggz-vraagstukken betreft. Daarmee neemt de huisarts ook een deel van het werk van de JGT's uit handen.
- Onze ervaring is dat vernieuwen en innoveren in de jeugdhulp 'taaiere' processen zijn en dat de investering vaak voor de baten uitgaat. De beïnvloedingsmogelijkheden van opdrachtnemer hangen dus sterk samen met snelheid waarmee interventies kunnen worden toegepast.

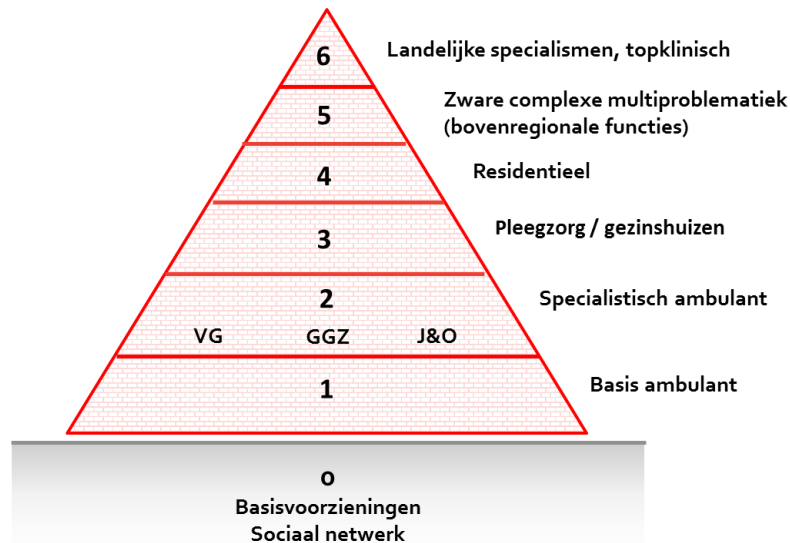
***Executiekraacht is voldoende tot potentieel hoog***

- De opdracht biedt inschrijvende partijen de mogelijkheid zich anders te organiseren. Zo is het denkbaar dat een nieuwe entiteit wordt opgericht, waardoor de wendbaarheid en de flexibiliteit van de samenwerkende organisaties wordt vergroot om de hulp anders en innovatie te organiseren. Men zit immers niet vast in organisatiestructuren van de oorspronkelijk organisatie.
- Zeker wanneer we dit vergelijken met de huidige circa 67 contractpartners, kan gesteld worden dat van dit model veel meer slagkracht en doorzettingsmacht uitgaat.
- Eén contractpartner, betekent ook één stevige gesprekspartner in de richting van gemeenten en ketenpartners in aanpalende domeinen als (speciaal) onderwijs, huisartsen, welzijn, werk & inkomen etc.
- Betekent ook meer regie in het organiseren van samenhang in het hulpaanbod rondom kind en gezin, en op het niveau van een gebied (buurt, wijk). Dat draagt bij aan kwaliteit en doelmatigheid van de hulp.
- Gemeenten verwachten van opdrachtnemer dat deze aansluit bij de kracht en initiatieven van de samenleving en aantoonbaar lokale binding heeft met de gemeenten Alphen aan de Rijn en Kaag en Braassem. Een groot lokaal netwerk, bestaande uit formele en informele contacten en het kennen van de zogenaamde 'olifantenpaadjes' vergroot de executiekraacht.
- De gemeenten schrijven het werken met één registratie- en dossiersysteem voor, waardoor uniformiteit en synergie in werkprocessen wordt bevorderd. Het is aan de opdrachtnemer om te bepalen welk systeem dat is.
- De context is aanwezig om de transformatie-effecten snel te verzilveren. In beide gemeenten is al 3 a 4 jaar geïnvesteerd in de transformatie van het Sociaal Domein, waarvan de specialistische jeugdhulp een sluitstuk is. Dit betekent dat de context aanwezig is waarbinnen de nieuwe uitvoering van de jeugdhulp ingevoegd kan worden: Serviceplein, integrale intake, multidisciplinaire wijkteams, wijknetwerken en binnen de jeugdhulp de JGT's en het Kernteam. Opdrachtnemer kan zegge profiteren van dit voorwerk.

De executiekraacht van de opdrachtnemer kan groot worden indien deze inzet op bundeling c.q. integratie van werkprocessen. Door alle jeugdhulp integraal te organiseren (een bedrijfsvoering, geïntegreerde werkprocessen etcetera) en niet langer te werken als zelfstandige organisaties kunnen mogelijke effecten op kwaliteit en doelmatigheid versneld worden behaald.

## 2.4 Opbouw en ontwikkeling hulpaanbod

De omvang van het effect van de beschreven interventies verschilt. Dit is mede afhankelijk van het verschil tussen de uitgangssituatie en de nieuwe situatie; hoeveel winst is er nog te behalen? De transformatie begint immers niet vanaf 2018 en er zijn de laatste jaren her en der al stappen gezet in bijvoorbeeld de afbouw van residentiele hulp. Om een zo realistisch mogelijke inschatting te doen, relateren we de effecten aan de verschillende typen hulpaanbod, waarbij we kiezen voor een indeling naar intensiteit van de hulpvraag. Dat laat zich vertalen in onderstaande hulppiramide.<sup>1</sup>



**0. Basisvoorzieningen:** Een stevigere basis in de nulde lijn, leidt tot een afname van de totale hulppiramide. Als gevolg van minder instroom, en snellere afschaling. Een belangrijke doestelling van de Jeugdwet, evenals van de voorliggende opdracht, is de-medicaliseren, ontzorgen en normaliseren. Wat betekent dat een deel van de vragen die nu nog wordt opgelost in het hulpdomein (de rode piramide) in de toekomst in het reguliere maatschappelijk domein (het grijze gebied) wordt opgelost. Denk daarbij aan het oplossen van lichte opvoed- en opgroevraagstukken op school, de kinderopvang, op de sportclub en door het steviger positioneren van het sociaal netwerk rondom kwetsbare gezinnen.

**1. Basis ambulante.** Zal met name in de eerste jaren toenemen, omdat steviger ingezet wordt op vroegsignalering en nabijheid waardoor hulpmijders en onzichtbare problematiek in beeld komt. Door het afschalen van specialistische hulp naar basishulp, worden meer vragen opgelost in 1.

**2. Specialistisch ambulante.** Zal qua aantallen cliënten toenemen, omdat dit voor een deel vervanger wordt van residentiele hulp. Maar zal qua intensiteit en trajectduur afnemen, omdat het integraal organiseren van hulp maakt dat hulp korter en efficiënter ingezet kan worden.

**3. Pleegzorg/gezinshuizen.** Zal toenemen omdat deze vorm van 24u hulp prevaleert t.o.v. residentiele hulp. Mogelijk kan een deel vervangen worden door intensieve ambulante trajecten, evt. in combinatie met kortdurend verblijf (crisis en logeervoorzieningen).

**4. Residentieel.** Zal sterk afnemen omdat residentiele opname een ultimatum remedium wordt voor crisishulp, kortdurende behandeling en voor een zeer kleine groep jongeren die niet in een gezinsvervangende voorziening kan verblijven.

**5. Zware complexe multiproblematiek.** Zal afnemen, omdat sneller juiste hulp leidt tot minder escalaties naar zeer zware problematiek en een deel mogelijk met intensief ambulante traject kan worden opgelost. Grootste winst zit 'm hier in het integreren van trajecten, waardoor dubbele handelingen voorkomen worden. Voor een deel hardnekkige chronische problematiek die ook door de hulp anders te organiseren zal blijven bestaan of in ieder geval een veel langer tijdspad kent om af te nemen. Geldt ook voor voogdkinderen die tot 18<sup>e</sup> levensjaar ingeschreven blijven staan in gemeente van verblijf.

**6. Betreft een hele kleine groep jeugdigen met zeer zware specialistische hulpvragen. Zeer dure trajecten, met een hoog risicoprofiel.**

<sup>1</sup> Dat betekent dat we bestaande percelen en productcategorieën hebben geabstraheerd en vertaald naar een indeling in 6 zorgintensiteiten. Deze indeling doet meer recht aan het toekomstig zorglandschap, waarin de hulp integraal en ontschot georganiseerd wordt en flexibele op en afschaling plaats kan vinden. Deze vertaalslag is opgenomen in de bijlage.



Belangrijk: de kosten van de hulp per cliënt/hulptraject nemen toe naarmate men hoger in de hulppiramide verblijft. De inzet is dan ook om deze opwaartse beweging zoveel als mogelijk te beperken en hulpvragen zo laag mogelijk in de piramide aan te bieden met passend aanbod.

Onze conclusie is dat door het beoogde sturings- en bekostigingsmodel en de effecten van de verschillende interventies de hele 'jeugdhulppiramide' kleiner wordt, omdat meer hulpvragen in de basis worden afgevangen en opgelost, omdat minder dubbelingen optreden door integraal werken, omdat sneller afgeschaald kan worden naar lichtere hulp, omdat de gemiddelde trajectduur omlaag gaat en omdat overall de gehele hulp effectiever en efficiënter ingericht kan worden.

### 3 Effect per interventie

In deze paragraaf berekenen we het effect per interventie. Dat doen we door de kans van optreden in te schatten en dit vervolgens te vertalen in drie scenario's: worst case, base case en beste case.

Daarbij baseren we ons op de feiten en cijfers ten aanzien van de huidige situatie in beide gemeenten. We onderbouwen onze aannames met nationaal en internationaal onderzoek uit de jeugdhulp en uit aanpalende sectoren waar vergelijkbare vraagstukken spelen of hebben gespeeld.

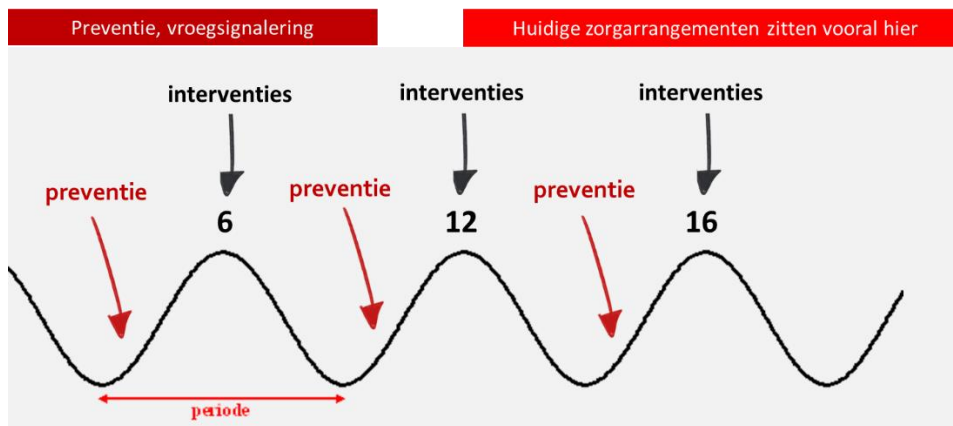
#### 3.1 Interventie – Inzet op preventieve en duurzame hulp en ondersteuning

##### **Kans = Minder escalaties en terugdringen herhaaldelijk hulpgebruik**

Een groot deel van de jongeren die in een zwaar jeugdhulptraject terecht komt (primair residentiele voorzieningen) heeft daarvoor al een lange carrière in de jeugdhulp achter de rug van gemiddeld 5 jaar.

Deze opdracht biedt een kans om herhaaldelijk hulpgebruik tegen te gaan. Die conclusie baseren we op de volgende overwegingen:

- De opdrachtnemer is verantwoordelijk voor alle hulp voor alle jeugd, wat betekent dat het doorschuiven van moeilijke gevallen niet langer lonend is. Dat geldt ook voor het terugkerend in hulp nemen van dezelfde cliënten. Er wordt immers niet langer per cliënt, per dag of per arrangement betaald, maar opdrachtnemer ontvangt een vast bedrag voor het totaal aan jeugdhulp.
- De opdrachtnemer kan meerjarige regie op de keten voeren. Dit biedt tevens de mogelijkheid een goede informatiepositie op te bouwen. Daardoor kan het hulp- en ondersteuningsaanbod zo goed mogelijk afgestemd worden op de populatie van Alphen en Kaag
- De lokale en integrale aanpak maakt het mogelijk snel (en kortdurend) in te grijpen als problemen zich voor het eerst openbaren. En biedt tevens de mogelijkheid om na afsluiting van een hulptraject langdurig vinger aan de pols te houden en waar nodig tussentijds tijdelijke ondersteuning te bieden.
- Met name de chroniciteit van de problematiek van jeugdigen met een licht verstandelijke beperking wordt onvoldoende onderkend in de huidige organisatie en bekostiging van jeugdhulp. De hulpvraag van deze jeugdigen kenmerkt zich vaak door levensfaseproblematiek. Zie onderstaand schema.



- Nu zien we vaak dat hulp te laat wordt ingezet; als de hulpvraag escaleert tijdens de pubertijd in de periode 12-16 jaar (combinatie van de beperking en verslavingsproblematiek, ernstige gedragsproblemen etc.) De problematiek ontvouwt zich in de meeste gevallen al op jonge leeftijd, maar wordt vaak niet gesignaleerd. Deze opdracht biedt de mogelijkheid er veel eerder bij te zijn door de hulp in de nabijheid van het kind en het gezin aan te bieden, waardoor er eerder zicht komt op mogelijke problematiek. Een meerjarig contract biedt daarnaast de mogelijkheid een langetermijnrelatie met de cliënt op te bouwen, waardoor sneller en effectievere hulp ingezet kan worden. Hulp die primair gericht is op preventie en lichte ondersteuning.

- Mooi voorbeeld is de strippenkaart voor jeugdigen met chronische problematiek. Voorspelbare terugkerende vragen zijn in een standaard aanbod gegoten. Na een hulptraject krijgen jongeren een strippenkaart mee die ze direct in kunnen zetten op het moment dat het nodig is. Effect van deze methodiek is dat behandeling sneller kan worden afgerond, omdat er nog een follow up bestaat, bij het 2<sup>e</sup> contact kan de jongere snel terecht (geen intake, geen wachtlijst), en het systeem wordt ontlast omdat er minder her-aanmeldingen zijn. (Best practice uit de Praktijkgids Slimmer Organiseren).
- Een ander voorbeeld is een programma als Alert4 You<sup>2</sup>. Door samenwerking tussen kinderopvang en jeugdhulp krijgen kinderen sneller de nodige hulp. Door overdracht van expertise richting kinderopvang profiteren ook andere kinderen: duurzaam en preventief. Dergelijke programma's kunnen ook binnen peuterspeelzalen, onderwijs en andere basisvoorzieningen worden ingezet.
- Duurzame hulp betekent ook voorzien in goede nazorg: invullen van de voorwaarden om weer volledig deel te kunnen nemen aan de maatschappij alvorens de hulp wordt afgesloten. Bijvoorbeeld het versterken van het sociale netwerk om het gezin heen, gerichte inzet van vrijetijdsbesteding (scouting, sportvereniging), vrijwilligerswerk of bijbaantje voor een jongere. Zonder goede nazorg is goedkoop, duurkoop. Niemand is immers gebaat bij kortdurende hulp, als dit betekent dat iemand een jaar later weer hulp nodig heeft. De opdracht biedt kansen om deze integrale ondersteuning te bieden. Dit is verweven in de opdracht die voorschrijft nauw samen te werken met het Serviceplein en het Kernteam waar de Wmo, werk & inkomen en jeugd zijn gebundeld. En door de jeugdhulp nadrukkelijk te verbinden aan de lokale infrastructuur. Er is in de gemeenten de laatste jaren hard gewerkt aan de opbouw van die integrale lokale basis. Bovendien biedt dit ook de mogelijkheid om oplossingen voor problemen buiten het jeugdhulpdomein op te lossen. Daarbij kan gedacht worden aan werk als beste medicijn en schuldhulpverlening om stress in gezinnen te verkleinen waarmee veel opvoedproblemen als vanzelf verdwijnen.<sup>3</sup>

We gaan ervan uit dat inzet op preventie en duurzaamheid op termijn leidt tot een stevige reductie van herhaaldelijk jeugdhulpgebruik. Daarbij is een eventueel tweede hulptraject goedkoper, omdat de cliënt al een bekende is van de opdrachtnemer waardoor hulp sneller kan worden ingezet en herhalingsdiagnostiek wordt voorkomen. De vinger aan de pols mogelijkheid zorgt voor minder escalaties en crisissituaties.

We beschrijven de effecten van deze interventie kwalitatief, omdat het grootste deel van de financiële effecten waarschijnlijk na de eerste contractperiode zichtbaar wordt. Inzetten op preventie en duurzame hulp vergt in eerste instantie een investering, die zich later in de tijd terugverdient. Daarbij interfereert deze interventie met een aantal andere interventies die we hierna beschrijven, 'normaliseren' en substitutie van specialistische naar basishulp'. Voor deze interventies wordt de efficiëncywinst wel doorgerekend.

### Onderbouwing

- Preventie en vroegsignalering heeft positief effect op voorkomen herhaaldelijk jeugdhulpgebruik De Regio Rotterdam Rijnmond heeft cliëntgegevens uit 2008 vergeleken met die van 2010-2011. Ruim 71% van de jongeren die in 2006 hulp ontvingen ontvangt in 2010-11 wederom hulp. Waarvan 68% geïndiceerde hulp. Van de jeugdige die in 2006 preventieve jeugdhulp ontving, heeft 5 jaar later nog 36% jeugdhulp. Dit percentage ligt veel lager dan de groep die destijds geïndiceerde jeugdhulp ontving, en laat daarmee zien dat inzet op preventie en vroegsignalering lonend is.
- Jeugdigen in zowel open als gesloten residentiële hulp hebben vaak een lange hulpcarrière van gemiddeld meer dan 5 jaar. De gemiddelde leeftijd binnen een gesloten jeugdhulpinstelling is 15,7. De leeftijd waarop de eerste problemen zich openbaren is 9,3 jaar, en de leeftijd waarop de jeugdigen voor de eerste keer professionele hulp ontvangen is 10,3 jaar. <sup>4</sup> Dat wil zeggen dat vroegtijdige inzet van jeugdhulp een lange hulpcarrière kan voorkomen dan wel verminderen

<sup>2</sup> www.nji.nl

<sup>3</sup> MO Groep. (2014). (Vroeg)hulp bij huiselijk geweld en kindermishandeling. 'De grootste aanleiding voor huiselijk geweld zijn schulden en relationele problemen.' Tijdschrift voor Kindermishandeling, (januari 2012). Alleen opvoedondersteuning heeft in sommige gezinnen weinig zin. Ontleend aan: [https://www.sociaalwerknederland.nl/uploads/Webwinkel/pdf\\_brochure\\_Vroeghulp\\_bij\\_huiselijk\\_geweld\\_en\\_kindermishandeling.pdf](https://www.sociaalwerknederland.nl/uploads/Webwinkel/pdf_brochure_Vroeghulp_bij_huiselijk_geweld_en_kindermishandeling.pdf).

<sup>4</sup> Scholte en van der Ploeg. (2012). Doelgroepkenmerken van De Hoenderloo Groep en Horizon-Prisma vergelijkenderwijs. Leiden.

- Dit punt wordt verder onderbouwd door onderzoek van de Universiteit Leiden onder jongeren in de residentiële jeugdhulp laat zien dat kinderen gemiddeld 12 jaar zijn als ze in de residentiele hulp terecht komen. 70% heeft daarvoor al pleegzorg ontvangen. Gemiddelde leeftijd waarop men voor het eerst hulp ontvangt is 6 jaar, problemen openbaren zich rond de leeftijd van 5 (startfoto Rotterdam Rijnmond).

### 3.2 Interventie: slimme intake

Inzetten van meer specialistische kennis aan de voorkant, waardoor multidisciplinaire diagnostiek kan worden toegepast en direct een goede diagnose wordt gesteld.

- Mogelijk resulteert dit in een (kortdurend) intensief en specialistisch traject. Dit is op korte termijn duurder, maar op lange termijn levert het winst op om direct de meest passende hulp geboden wordt. Een korter traject, met een groter effect
- Inzet van specialistische kennis aan de voorzijde biedt ook gelegenheid tot een kritische toets of er eigenlijk wel sprake is van een vraag naar jeugdhulp. Mogelijk kan het gezin, of de school, na consultatie en advies op eigen kracht weer verder. Dit leidt tot minder instroom. Keerzijde is een mogelijk aanzuigende werking omdat de hulpverlener dichterbij en laagdrempelig aanwezig is. Echter, het is aannemelijk te veronderstellen dat een deel van dit incidentele effect al heeft plaatsgevonden. Beide gemeenten werken immers al enkele jaren met Jeugd- en Gezinstteams en Kernteam, waardoor een deel van de latente vraag al is afgevangen.
- Meest passende match tussen cliënt en hulpverlener tot stand brengen. Dit leidt tot minder uitval (voortijdig beëindigde hulptrajecten op initiatief van ofwel jeugdige/gezin, ofwel de hulpverlenende instantie) en een hoger effect van de geboden hulp en ondersteuning<sup>5</sup>.
- Met het realiseren van één integrale intake en, indien nodig, één integraal diagnostisch onderzoek en de vastlegging daarvan in één integraal dossier kan een flinke efficiëncyslag worden gemaakt. In de praktijk worden intake en diagnostisch onderzoek na een verwijzing min of meer over gedaan. Inclusief de bijbehorende collegiale besprekingen intern en extern, verslaglegging en terugkoppeling<sup>6</sup>. Omdat opdrachtgever de bekostigingsstructuur van de DBC's loslaat is het niet langer noodzakelijk om eerst een diagnose te stellen en dan pas tot behandeling over te kunnen gaan. Interventies voor drukke kinderen kunnen worden ingezet, ook als er (nog) geen diagnose ADHD is bijvoorbeeld.<sup>7</sup>

Daarbij zorgt de integrale werkwijze van 1 loket, 1 plan, 1 administratief proces etc. voor een efficiënte inzet van hulp en ondersteuning.

We schatten het effect van deze interventie voor de eerste contractperiode positief in. Door versterking van de intake middels inzet van grotere deskundigheid en vooral ervaring op het gebied van 'triage' kunnen kostenvoordelen ontstaan als gevolg van minder doorverwijzingen en het sneller kunnen bieden van passende hulp. Naar verwachting heffen deze positieve effecten de investering van extra inzet van extra deskundigheid in de JGT-teams en in de eerstelijns op. De met deze interventie samenhangende kostenvoordelen komen terug in de gemonetariseerde interventie 'slimmer organiseren'.

### 3.3 Interventie: Integrale hulparrangementen en -trajecten

#### ***Kans = dubbelingen eruit***

Een groot deel van de jongeren dat gebruik maakt van jeugdhulp kampt met multi-problematiek. Dat geldt zowel landelijk, als voor de gemeenten. In veel gevallen betekent dit dat ze meerdere trajecten doorlopen, bij verschillende hulpaanbieders. Dit leidt ertoe dat allerlei dubbele handelingen worden verricht. Er wordt bijvoorbeeld twee keer een intake gedaan, twee keer diagnostisch onderzoek verricht, twee keer gerapporteerd. Ook zijn de zogenaamde transactiekosten hoog omdat afstemming plaats dient te vinden tussen hulpaanbieder A en hulpaanbieder B. Met als

<sup>5</sup>Er is veel onderzoek gedaan naar het belang van de relatie tussen cliënt en hulpverlener. Hoe hoger de kwaliteit van de alliantie tussen hulpverlener en cliënt wordt gewaardeerd, hoe groter het effect van de hulp (Wampold & Baldwin, 2000). In sommige overzichten wordt de hele groep van algemene werkzame factoren zelfs vervangen door alleen die relatiefactor (zie bijvoorbeeld Asay en Lambert, 1999; Thomas, 2006)

<sup>6</sup> Praktijkgids Tijd voor Jeugd (Partners in jeugdbeleid, 2012)

<sup>7</sup> Slimmer organiseren, praktijkgids voor de jeugd-ggz (Partners in jeugdbeleid 2011)

risico dat niet alle relevante informatie gedeeld wordt waardoor trajecten onvoldoende op elkaar zijn afgestemd en langer duren dan nodig.

Dubbelingen doen zich vooral voor tussen J&O en GGZ en tussen LVB & GGZ, in de specialistische ambulante hulp (niveau 2 van de piramide), in de residentiele hulp (niveau 4) en in de zware multi-problematiek (niveau 5).

Scenario	Beschrijving	Saldo / Effect
<b>Uitgangssituatie</b>	<p>Hulp voor cliënten die meerdere trajecten doorlopen bij verschillende aanbieders kan efficiënter georganiseerd worden.</p> <p>We verwachten dat er in Alphen en Kaag 514 cliënten zijn waar besparing mogelijk is * 2000 euro besparing = 1,03 mln euro (maximaal haalbare besparing)</p> <p>Dit is gebaseerd op: 3.675 (aantal cliënten met jeugdhulp 2016 in Alphen en Kaag volgens CBS excl jeugdbescherming en reclassering) * 43% (aandeel dubbeling landelijk volgens SCP) * 65% (correctie dubbeling dezelfde aanbieder) * 50% (correctie 'logische' dubbelingen)</p> <p>(voor toelichting op gehanteerde parameters, zie onderbouwing onder de tabel).</p>	
<b>Best case</b>	100% van maximaal haalbare besparing in 4 jaar	Besparing EUR 1,03 mln
<b>Worst case</b>	Geen verandering: er wordt niet of onvoldoende ingezet op integratie waardoor dubbelingen blijven bestaan, op hetzelfde niveau als nu.	Besparing nul
<b>Base case</b>	50% van maximaal haalbare besparing in 4 jaar (helft van best case)	Besparing EUR 0,51 mln

#### Onderbouwing

- Onderzoek van het SCP laat zien dat 43% van de jeugdigen gedurende een jaar gebruik maakt van meer regelingen. Overlap zit met name tussen de Jeugd & Opvoedhulp en GGZ en tussen de LVB-hulp en GGZ. Eenzelfde beeld komt naar voren uit de startfoto jeugdhulp van de regio Rotterdam Rijnmond.
- We gaan uit van CBS om het totaal aantal jongeren in beeld te krijgen: 3675 jongeren met jeugdhulp die samen 5.857 trajecten doorlopen in de gemeenten (cijfers CBS Jeugdstatline 2016, excl jeugdbescherming en reclassering).
- Nadere analyse obv database declaraties Alphen aan den Rijn 2016: 2451 unieke cliënten, waarvan 687 (28%) meerdere trajecten doorloopt. 240 (=35% daarvan) doorlopen meerdere trajecten bij dezelfde aanbieder, 447 ontvangen hulp bij verschillende aanbieders. Besparing door ontduubeling is vooral mogelijk voor de laatste groep (447 cliënten, 65% van de groep 'dubbele trajecten').
- Gemiddelde kosten van de 447 cliënten zijn ca 20.500 euro (gefactureerd bedrag in 2016). Op basis van een steekproef verwachten we dat voor ongeveer de helft van die trajecten een besparing mogelijk is, en dat er per traject ca 2000 euro bespaard kan worden. De andere 50% dubbele trajecten is logisch verklaarbaar en zal niet verdwijnen bij een andere organisatievorm (bijvoorbeeld doorverwijzing naar een specialistische GGZ aanbieder bij een crisissituatie, en afschaling naar een reguliere GGZ behandeling als de situatie genormaliseerd is).

### 3.4 Interventie: slim organiseren

#### ***Kans = wachtlijsten wegwerken, doorlooptijden verkorten en productiviteit verhogen***

De opdracht biedt ruime mogelijkheden de hulp anders te organiseren. Begrippen als integraal werken en lean organiseren staan daarin centraal.

Door de integrale opdracht is het bestaan van wachtlijsten niet relevant; door de breedte van het hulpaanbod wordt het mogelijk elke hulpvraag direct aan te pakken. Dit kan uiteraard betekenen dat directe behandeling niet altijd direct beschikbaar is, maar betekent wel dat er altijd direct contact mogelijk is met cliënt en gezin en dat een vorm van ondersteuning ingezet kan worden.

De opdrachtgever stelt het werken met 1 systeem voor registratie en dossiervorming verplicht, waardoor de administratietijd enorm kan worden gereduceerd. Nu gaat veel tijd verloren aan het uitwisselen van informatie en overleg daarover, met het risico dat niet alle informatie wordt gedeeld.

Het aantal partijen wordt sterk gereduceerd. Om in bedrijfskundige termen te spreken: Hoe minder partijen, hoe minder interfaces, hoe lager de transactiekosten.

Het slimmer organiseren van de hulp leidt naar verwachting ook tot een herallocatie van personeel, waardoor de productiviteit stijgt. De opdracht biedt – door de breedte van het hulpaanbod binnen de organisatie van de opdrachtnemer – de kans om personeel meer intensief en meer gericht in te zetten. Daarbij zijn huidige personeelsformaties veelal gebaseerd op (de maximale) prestatieafspraken. Niet op de daadwerkelijke hulpvraag vanuit het perspectief 'wat is nodig'. Administratieve handelingen kunnen voor een deel worden gedigitaliseerd en niet cliëntgebonden activiteiten kunnen worden beperkt.

In deze constructie wordt het gemakkelijker om een aantal vaste specialisten lokaal in te zetten, vaste gezichten intern en extern. Dat geeft korte lijnen, rust en voorspelbaarheid in deskundigheid en samenwerkingspatronen.

De effecten van deze interventie in het organisatiemodel waarin een consortium van hulpaanbieders optreedt als hoofdaannemer zijn potentieel groot. Met het perspectief op een uitvoerings-/contractperiode van maximaal 8 jaar, is het voor de opdrachtnemer aantrekkelijk om te investeren in efficiency in de werkprocessen rondom de hulpverlener en kind & gezin. Slim organiseren van de back office in combinatie met stroomlijnen van het hulpproces rondom kind & gezin kunnen reeds binnen een jaar na operationele start positieve, financiële effecten sorteren.

Ook verwachten we hierdoor verbeteringen rondom enkelvoudige dyslexie en de afname van hulpgebruik die daarin te verwachten is. Wat betreft hulpverlening in- en rondom scholen: nu veel hulpverleners vanuit verschillende organisaties en dat door opdrachtnemer hier veel winst is te verwachten door het aanstellen van 1 persoon. Deze twee interventies hebben we niet apart gekwantificeerd.

We schatten in dat het realistisch is dat van de interventies die samenhangen met 'slim organiseren' tezamen een algehele kostprijsreductie van 2,5 tot 5% uitgaat.

Scenario	Beschrijving	Saldo/Effect
<b>Uitgangssituatie</b>	De opdracht biedt maximaal ruimte de hulp anders en vooral slimmer te organiseren: inzet nieuwe en innovatieve producten en arrangementen, een gezamenlijke back office, toepassing van ICT, herallocatie van personeel etc. Hier gaat een algehele kostprijsreductie van uit.	
<b>Best Case</b>	Algehele kostprijsreductie van 5% op het totaal aan hulpkosten (geschat op 27,3 mln obv prognose realisatie 2016 minus LTA).	Besparing EUR 1,37 mln
<b>Worst Case</b>	Geen verandering	Besparing nul
<b>Base Case</b>	Algehele kostprijsreductie helft van base case (2,5%)	Besparing EUR 0,68 mln

### Onderbouwing

Een grootschalig project in de jeugd-GGZ, Doorbraakprojecten Versnelling, waarin 50 teams voor poliklinische jeugdpsychiatrie experimenteerden met het slimmer organiseren van de hulp, laat zien dat op dit punt veel winst te behalen is. Resultaat van de verschillende pilotprojecten is een forse reductie van wacht- en doorlooptijden van 50 tot 90%. Een aantal voorbeelden:

- Wachlijsten zorgen voor meerwerk. Het beheren van wachlijsten en overleg daarover kost tijd en geld. Zo ook de vele telefoontjes van verwijzers die vragen of er nog wat gebeurt en van cliënten of bezorgde ouders die druk uitoefenen om terecht te kunnen. Geldt ook voor het vooruitschuiven van werk o.b.v. urgentie-inschatting. Alleen al het maken van die inschatting kost veel tijd. Een pilot waarin alles op de dag zelf wordt afgehandeld zorgde voor 15% efficiencywinst.
- De opzet van een ASS en ADHD poli voor diagnostiek en psycho-educatie. Medicatiebegeleiding, verbeterde terugkeer naar de huisarts, telefonisch medicatiesprekuren, laagdrempelige terugkeer voor behandeling op de poli. Medicatievragen per mail scheelt de psychiater een uur per dag. 90% van alle vragen blijkt binnen een dag door de verpleegkundig specialist van de poli te kunnen worden afgehandeld.
- Het vereenvoudigen van de papierstroom door 1 sjabloon te ontwikkelen voor de intakerapportage dat direct een tekst oplevert die integraal als huisartsenbrief en behandelplan kan dienen.
- Clientvolgsysteem inrichten, wachlijsten integreren en cliënten na aanmelding op basis van affiniteiten matchen aan een hulpverlener heeft geleid tot aanzienlijke winst in doelmatigheid en klanttevredenheid.

Praktijkvoorbeelden laten zien dat een afname van de overhead binnen de hulp en jeugdhulp mogelijk is. Een voorbeeld hiervan is de JP van der Bent Stichting die zijn overhead wist terug te brengen tot 4%, een ander voorbeeld is Buurtzorg.

Ook de behandelduur van jeugdhulptrajecten is terug te brengen door het slim organiseren van instroom, behandeltraject en uitstroom. Zo blijkt uit de doorbraakprojecten binnen 11 organisaties voor jeugd en opvoedhulp (zie Praktijkgids tijd voor jeugd). Uitstroom blijkt vaak een knelpunt. Wanneer alle jeugdhulp vanuit één opdracht wordt geboden is doorstroming geheel zelf te regelen en kan de behandelduur worden teruggebracht.

De poliklinieken van zestien ziekenhuizen hebben de gemiddelde wachttijd weten terug te dringen van 47 naar 21 dagen. De halvering van de wachttijd is het resultaat van deelname aan het lean-project Werken zonder wachtlijst (WZW).<sup>8</sup>

Een verkennende studie van het Trimbos Instituut op basis van enkelvoudige scenarioanalyses (waarbij telkens één innovatie wordt beschouwd) wijst uit dat het simultaan doorvoeren van de combinatie van maatregelen leidt tot een hulpsysteem dat 16 tot 31% kosteneffectiever is ten opzichte van de huidige ggz in de eerste lijn.<sup>9</sup> Het gaat om een combinatie van innovaties gericht op 1) het terugbrengen van het aantal sessies psychotherapie, 2) het aanbieden van evidence-based zorg, 3) het opschalen van e-health, 4) het strategisch inzetten op verhoogde therapietrouw, 5) het substitueren van zorg.

<sup>8</sup> Promotieonderzoek M. Rouppe van der Voort, onder begeleiding voor onderzoeksinstituut CAPHRI (UM/MUMC+), TIAS (UvT), Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis en St. Antonius Ziekenhuis Utrecht/Nieuwegein.

<sup>9</sup> <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2012/05/07/strategische-verkenning>

Ook uit de evaluatie van de Wet op de jeugdhulp blijkt dat er nog een wereld te winnen is wat betreft het efficiënter organiseren van de hulp:

- "de gescheiden toegang tot en de verschillende bronnen van financiering van de verschillende hulpvormen leiden tot bureaucratie: zowel cliënten als professionals zijn veel tijd kwijt met papierwerk, en veel energie gaat verloren aan afstemming of het overdoen van andermans werk. Als gevolg daarvan is het bij hulpvragen die de grenzen van het bestaande aanbod te buiten gaan voor professionals makkelijker om door te verwijzen dan om te onderzoeken hoe maatwerk geboden kan worden."
- "wachtlijsten en een bureaucratische vormgeving van de indicatiestelling staan snelle hulp in de wacht: het kost soms zelfs meer tijd en geld om de indicatie te verkrijgen dan dat de benodigde jeugdhulp duurt en kost. Verder heeft het recht op jeugdhulp onbedoeld het denken in behandel eenheden bevorderd, waardoor het actief meedenken met cliënt over de meest passende oplossing wordt belemmerd met als gevolg dat te zware en niet passende hulp is geleverd."

### 3.5 Interventie: innovatief nieuw aanbod

**Kans = lichtere hulptrajecten en sneller afschalen door de ontwikkeling van innovatief nieuw aanbod.** De opdracht biedt maximale vrijheid om nieuwe hulparrangementen te ontwikkelen, omdat bekostiging niet meer gebonden is aan specifieke productcategorieën. We focussen ons hier op de potentiële efficiencywinst van twee ontwikkelingen. Het introduceren van nieuwe en collectieve (basis)arrangementen en de inzet van innovatieve ICT-toepassingen waardoor het mogelijk wordt om sneller af te schalen en (doorlopende) hulp op afstand te bieden.

#### Onderbouwing

- Door de inzet van minder individueel aanbod en meer en beter groepsaanbod is de behandelduur in de ADHD groepen afgenomen van 63 naar 21 dagen. Bij ASS is een trapsgewijze behandeling ingevoerd met een basis- en vervolgroep in de verhouding 2:1. De behandelduur is daarmee afgenomen van 70 naar 30 dagen. (Praktijk gids Slimmer Organiseren)
- De introductie van een basisbehandeling voor alle kinderen die instromen. Alleen bij gegronde reden volgt nog een doorverwijzing naar specialistisch aanbod. Met als resultaat geen wachtlijsten, o.a. door een flexibele instroom in plaats van één vaste datum om te starten. 2/3 van de kinderen heeft baat bij deze basisbehandeling, waardoor de instroom naar een specialistisch traject aanzienlijk is afgenomen. (Praktijk gids Slimmer Organiseren).
- Andere vormen van innovatief jeugdhulp aanbod zijn bijvoorbeeld het organiseren van Webinars, minder kinderen in dure dagbehandelingstrajecten door inzet van expertise en hands on begeleiding in de reguliere kinderopvang met inzet, inzet van een combinatie van professionele groepsleiding, huishoudelijke hulp, sociaal netwerk, lokale vrijwilligers ter voorkoming van een uithuisplaatsing.
- Voorbeeld uit de volwassenpsychiatrie waarbij een patiënt eerder kan worden ontslagen uit een GGZ instelling vanwege de mogelijkheid tot beeldbellen.<sup>10</sup>  
*Mevrouw B was opgenomen op een zogeheten 'E-bed' voor 318,71 euro per dag. Door de mogelijkheid van beeldbellen is het ontslag van mevrouw B met twee weken vervroegd (14 x 318,71 euro = 4461,94 euro). In plaats van iedere dag psychiatrische intensieve thuisverpleging krijgt mevrouw om de dag thuisbegeleiding en de andere dag beeldbellen. Hierdoor hoeft de hulpverlener niet te reizen, wat resulteert in minder indirecte tijd of anders gezegd; in een hogere productiviteit. Bovendien biedt beeldbellen de mogelijkheid langduriger vinger aan de pols te houden. Beeldbellen zorgt daarnaast voor sneller herstel en een grotere cliënttevredenheid.*
- De jeugdhulp kent soortgelijke ontwikkelingen. Een mooi voorbeeld is CL!CT, wat staat voor cliënt en ICT.<sup>11</sup> Binnen dit programma zijn onder andere apps ontwikkeld waarmee een digitaal dagschema op maat kan worden ontwikkeld. Jongeren met een licht verstandelijke beperking wordt hiermee overzicht en structuur geboden. Ze ontvangen een seintje wanneer ze op moeten staan, krijgen boodschappen en schoonmaaktips, begeleiding in het openbaar vervoer etc. Daarmee wordt hun eigen kracht versterkt en kunnen ze sneller op eigen benen staan. Minder behandeling, en meer begeleiding en leren.

<sup>10</sup> Rapport De verwachte kosten en baten van e-health in de GGZ

<sup>11</sup> <https://www.z-apps.eu/>



- Ook kan gedacht worden aan bestaande social media kanalen als what's app, waarbij moeder een appje kan sturen naar de hulpverlener als ze het even niet meer weet. Hulpverlener stuurt een paar simpele tips via de app waarmee de opvoedstress wordt opgelost.
- Internettherapie is medisch effectief bij milde psychische klachten, zoals milde tot gematigde depressie, angstklachten of probleemdrinken (zie voor meta-analyse Spek et al 2007; Cuijpers et al 2009; 2010; Riper et al 2011). Internettherapie is grotendeels gebaseerd op zelfhulp, waarbij de therapeut geen sturende maar een faciliterende rol speelt. Bij mensen met een milde depressie leidt internettherapie tot een afname van 25% in hulpgebruik (zoals huisarts, eerstelijns GGZ, medisch-specialistische zorg).<sup>12</sup>

De financiële effecten van deze interventies zijn meegenomen in de gemonetariseerde interventies 'slim organiseren', 'van residentiële naar ambulante hulp' en 'normaliseren'.

### 3.6 Interventie: afschalen naar lichtere hulp

Kanteling en ontschotting zijn veelgebruikte termen in de hulp, zo ook in de hulp voor jeugd. De gemeenten Alphen en Kaag hebben deze begrippen vertaald in een integraal stelsel voor jeugdhulp, waar hulp snel en op maat wordt ingezet, zo licht als mogelijk en zo zwaar als nodig en georganiseerd in en rondom het gezin.

In een recent verschenen onderzoek van SiRM wordt berekend dat ontschotting en verschuiving van de hulp van ziekenhuizen en GGZ-instellingen naar huisartsen, eerstelijnsvoorzieningen en de patiënt zelf minstens 1,5 miljard euro oplevert.<sup>13</sup> Die schatting is gebaseerd op 60 succesvolle pilots. In deze pilots bleek dat door substitutie de hulp efficiënter geleverd kan worden door een andere partij. Op basis van deze ervaringen is vervolgens berekend dat op deze manier in totaal 3.1 miljard euro aan hulp geheralloceerd wordt, wat voor 1.6 miljard euro door een andere aanbieder geleverd kan worden.

Onderzoekers stellen ook dat deze financiële effecten niet van de een op andere dag ingeboekt kunnen worden, maar dat sprake is van een transitieperiode om dit te realiseren. Mogelijk vraagt dit in eerste instantie een investering.

Een aantal van de aangehaalde voorbeelden zijn relevant voor de beoogde transformatie in de jeugdhulp. Zo wordt er gerefereerd aan verschillende pilots waar regelmatig consult plaatsvindt tussen medisch specialist en huisarts om door gerichte vraagstelling verwijzing naar de 2<sup>e</sup> lijn te voorkomen. In verlengde daarvan is de functie van Praktijkondersteuner GGZ bij de huisarts ook interessant. Onderzoek naar deze functie laat zien dat dit een waardevolle aanvulling kan betekenen op de bestaande eerstelijns-ggz, vooral om vragen te verhelderen en patiënten op efficiënte wijze naar een goede verdere behandeling te geleiden, dan wel om patiënten via een korte weg te helpen om met hun problemen om te gaan.<sup>14</sup>

We monetariseren hieronder twee interventies gericht op afschaling:

- Van residentieel naar gezinsvervangende voorzieningen en ambulante hulp
- Van hulptrajecten naar het oplossen van opvoed- en opgroevragen in de lokale basisstructuur.

<sup>12</sup> APE (2012). E-health en zelfmanagement: een panacee voor arbeidstekorten en kostenoverschrijding in de zorg?

<sup>13</sup> SiRM (2016). Next level gezondheidszorg: hoe het beter en efficiënter kan.

<http://www.sirm.nl/wp-content/uploads/2016/12/Rapportage-SiRM-Next-level-gezondheidszorg.pdf>

<sup>14</sup> Tijdschrift voor praktijkondersteuning (2012). Praktijkondersteuner GGZ maakt verwachtingen waar.

<http://www.tijdschriftpraktijkondersteuning.nl/archief/volledig/id633-praktijkondersteuner-ggz-maakt-verwachtingen-waar.html>

### 3.7 Interventie: van residentieel naar gezinsvervangend en ambulante

#### *Kans = lichtere, goedkopere en betere hulp*

Minder residentiele hulp door steviger in te zetten op (zeer) intensieve ambulante thuishulp en op meer gezinsvervangende hulp: pleegzorg, gezinshuizen.

Er lijkt algemene consensus te bestaan over de uitgangspunt 'thuis, tenzij'. Wat betekent dat het streven altijd moet zijn de hulp in een zo natuurlijk mogelijke omgeving te bieden, bij voorkeur thuis en wanneer dat niet prevaleert een gezinssetting boven een instelling. Als het perspectief van de jeugdige terug naar huis is, dan is verwijzing naar een residentiele hulp- of woonvorm niet consistent. Slechts ter stabilisatie, om de crisis de te bezweren of wanneer in zeer uitzonderlijke gevallen de veiligheid van de jeugdige of de omgeving in geding is.<sup>35</sup> Kortom, dit perspectief gaat uit van een stevige afbouw van de residentiele hulp.

Dat neemt niet weg dat er ook in de toekomst sprake zal zijn van een kleine groep jeugdigen met dermate zware problematiek dat long stay voorzieningen nodig zullen zijn. Daar staat dan weer tegenover dat een verblijfsplek goedkoper is dan een behandelplek. In het huidige systeem zien we nog te vaak dat onvoldoende uitstroomplekken beschikbaar zijn voor uitbehandelde kinderen, die nodeloos lang op een dure behandelplek verblijven. De nieuwe jeugdhulpaanbieder heeft door het integrale aanbod in één hand te hebben én door de lokale organisatie ervan maximaal de kans om doorstroom en uitstroom te optimaliseren.

Enkele kanttekeningen:

- De intramurale GGZ betreft slechts 7% van het totaal aan GGZ hulp. Daar verwachten we geen (significante) verdere reductie.
- Nieuwe pleeggezinnen werven en gezinshuizen duurt lang. Niet iedereen die zich aanmeldt is geschikt als pleeg- of gezinshuisouder, er is nu al meer vraag dan aanbod en de match tussen kind en gezin is cruciaal om een duurzame plaatsing te kunnen realiseren.

Daarom gaan we ervan uit dat het effect primair gezocht moet worden in de afbouw van residentiele hulp in de J&O en LVB-sector en dat de afbouwopgave niet volledig gerealiseerd kan worden in de eerste contractperiode.

---

<sup>35</sup> De Leiden Conference (2012) heeft bijvoorbeeld onderzocht hoe de ontwikkeling verloopt van jonge kinderen die in tehuizen opgroeiden. Hoe gaat het nu met hen en hoe functioneren ze op lange termijn? Uit het onderzoek blijkt dat deze kinderen achterblijven in hun fysieke groei en neurobiologische, cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkeling. Driekwart is onveilig, gedesorganiseerd gehecht. Voor tehuis kinderen werd een gemiddeld IQ van 84 berekend, ruim onder het gemiddelde van de hele bevolking die een IQ van 100 heeft.

Scenario	Beschrijving	Saldo / Effect
<b>Uitgangssituatie</b>	<p>Trajecten verblijf bij instelling ca. 3,1 mln in perceel 1 en ca 1,7 mln in perceel 7 (obv realisatie 2016) GGZ buiten de analyse gehouden, vanwege het lage percentage residentiele hulp.</p> <p>Kosten trajecten op basis startfoto (situatie 2012): J&amp;O verblijfstraject: EUR 36.000 (p. 10) J&amp;O ambulante: EUR 4.500 (p.10) J&amp;O pleeghulp: EUR 12.000 p.10) LVB verblijf: EUR 36.000 (p.30, obv cijfers Ipse de Bruggen) LVB extramuraal: EUR 12.000 (p.30, obv cijfers Ipse de Bruggen) LVB pleeghulp: EUR 24.000 obv eigen aanname kosten J&amp;O pleegzorg + kosten LVG extramuraal</p>	
<b>Best case</b>	<p>Besparing 1<sup>e</sup> contractperiode: J&amp;O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 20% van verblijf naar ambulante</li> <li>- 20% van verblijf naar pleegzorg</li> </ul> <p>LVB:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 10% van verblijf naar ambulante</li> <li>- 10% van verblijf naar pleegzorg</li> </ul>	EUR 1,13 mln
<b>Worst case</b>	Geen verbetering	0
<b>Base case</b>	Helpt van best case	EUR 0,56 mln

### Onderbouwing

De transformatie in Denemarken laat de volgende resultaten zien:

- Eerste jaren kosten hoger, na 5 jaar positieve effecten. Ervan uitgaande dat de transformatie al in 2015 van start is gegaan, schatten we in dat de positieve effecten zich binnen de contractperiode aandienen.
- Een sterke daling van het aantal uithuisplaatsingen en een stijging van het preventieve aanbod. De kosten hiervan staan niet in verhouding tot de intensievere hulp.
- Het aantal residentiele plaatsen is gedaald van 4.337 naar 946. De daling laat zich vooral zien bij kinderen met een handicap

Twee representatieve cases<sup>16</sup>:

*Medio 2008 telde Lindenhout in Arnhem en Apeldoorn zes behandelgroepen voor jonge kinderen, met in totaal 48 bedden. De gemiddelde verblijfsduur van kinderen in de behandelgroepen was ruim 24 maanden. Uit intern onderzoek bleek dat de belangrijkste oorzaak van die lange verblijfsduur de beperkte mogelijkheid van uitstroom was. Plaatsing in een pleeggezin lukte bij deze doelgroep vaak niet en de wachttijd voor gezinshuizen bedroeg meer dan twee jaar. In het licht van de wetenschap dat elke residentiële behandeling die langer duurt dan acht maanden weinig meer toevoegt of zelfs contraproductief wordt, is langdurig verblijf ongewenst. 'Behandeling' wordt dan wonen, maar wonen in een behandelsetting is niet goed voor kinderen.*

<sup>16</sup> Met daarbij de kanttekening dat op veel plekken deze beweging al is ingezet, waaronder in de regio Holland Rijnland. Wat niet wegneemt dat hier nog steeds winst te behalen is. De casuïstiek laat met name zien dat je in relatief korte periode kunt afbouwen wanneer hier een duidelijke inhoudelijke visie onder ligt en fundamentele en consistente keuzes worden gemaakt: niet via de 'kaasschaafmethode', maar direct een hele groep sluiten en passend vervangend aanbod creëren.

Sinds 2009 is het aantal behandelgroepen afgebouwd van zes tot één. Deze laatste groep zal in 2015 sluiten. Lindenhout vervangt de groepen door een zorgmix met ambulante interventies, verblijf in een alternatieve gezinsvorm en pleegzorg.

Verschillende maatregelen maakten het afbouwen van het aantal behandelgroepen mogelijk. Een belangrijke en direct succesvolle maatregel was de combinatie van:

- Verkorting van de gemiddelde doorlooptijd van 24 naar 9 maanden, door expliciete sturing op uitstroom. De beoogde verblijfsduur wordt opgenomen in het behandelplan en steeds bevestigd in gesprekken met het kind, de ouders en andere betrokkenen.
- Creatie van uitstroommogelijkheden door het openen van gezinshuizen, waar vier kinderen wonen bij professionele opvoeders.

Naast deze logistieke optimalisatie is gewerkt aan het verminderen van de instroom in de behandelgroepen, door meer intensieve ambulante hulp bij ouders thuis, in gezinshuizen en bij pleeggezinnen. In een aantal gevallen kon de behandelgroep worden overgeslagen en was plaatsing in een gezinshuis mogelijk of kon het kind naar een pleeggezin. Ook dit flankerend beleid blijkt effectief.

Een waardevol effect op zich is het normaliseren van het wonen: gezinshuizen zijn kleinschalig, kinderen leven er een gewoon leven, ze krijgen veel persoonlijke aandacht van steeds dezelfde opvoeders en ze hebben een plek waar ze kunnen blijven. Dit kan een behandelgroep niet bieden.

Door de ombouw van behandelgroepen naar gezinshuizen is een aanmerkelijke kostendaling gerealiseerd. De jaarlijkse kosten zijn bijna gehalveerd, terwijl de kwaliteit van de hulpverlening als beter wordt ervaren.

In extra plaatsen voor uitstroom moet eerst geïnvesteerd worden; pas daarna kan een behandelgroep gesloten worden.

Youké – InVerbinding: Het samenwerkingsproject InVerbinding (een initiatief van Youké, Altrecht, Reinaerde, Amerpoort, Jellinek Gooi & Vechtstreek en Victas) wil complexe problemen die voorheen residentieel behandeld werden, zoveel mogelijk ambulant behandelen. InVerbinding realiseert dit door integrale, outreachende hulp te combineren met informele hulp

Het voorkomen van uithuisplaatsing leidt tot een forse reductie van de huisvestings- en personele kosten; een outreachende behandeling kost een derde van de totale prijs van een residentiele behandeling. Bij de 78 lopende en afgeronde trajecten is in 90 procent van de gevallen (70 cliënten) een dreigende uithuisplaatsing afgewend. De 8 overige jongeren zijn kortdurend psychiatrisch of gesloten opgenomen.

Over de periode van september 2013 tot augustus 2014 nam de residentieële hulp van Youké af.

	2013				2014							
Youké	sep	okt	nov	dec	jan	feb	mrt	apr	mei	jun	jul	aug
residentieel	100	100	88	86	85	75	81	81	77	65	65	60

Indexcijfer september = 100 (op basis van aantal verzorgingsdagen per maand)

Eenzijds is die afname het gevolg van een besluit om het residentieële aanbod van Youké af te bouwen; anderzijds is de afname gedeeltelijk toe te schrijven aan de invoering van InVerbinding.

### 3.8 Interventie: normaliseren

#### **Kans = minder en lichtere hulp**

Een deel van de groei van de jeugdhulp van de afgelopen jaren kan verklaard worden door de maatschappelijke trend dat we steeds minder afwijkend of problematisch gedrag zijn gaan tolereren, en meer gedragingen zijn gaan problematiseren. Met als gevolg dat sneller naar oplossingen in het hulpcircuit worden gegrepen. Belangrijke doelstelling van de Jeugdwet is het normaliseren en de-medicaliseren van een deel van de problematieken, die naar verwachting even goed of beter opgelost kunnen worden in het sociale netwerk en in de sfeer van basisvoorzieningen als school, kinderopvang en sportverenigingen.

Naar verwachting resulteert dit in een kleiner beroep op jeugdhulp. Dit effect kan bereikt worden door:

- een stevigere inzet op preventie in de basisvoorzieningen. Dit kan gerealiseerd worden door de jeugdhulp nauw te verbinden aan de lokale infrastructuur in een wijkgerichte aanpak, gespecificeerd naar kenmerken typologie van de wijk. De beide gemeenten hebben al een stevige lokale infrastructuur. Het integrale contract biedt de mogelijkheid om regie te nemen op de wijkaanpak.
- een kritische intake of specialistische jeugdhulp nodig is; Tijdens de intake integraal kijken en integraal naar oplossingen zoeken. Binnen en buiten de jeugdhulp.
- meer vraagstukken op te lossen in basisvoorzieningen als school, sport, scouting. Enkele voorbeelden uit de gemeenten : Waterpolo als beste medicijn voor ADHD en speciale autisme programma's op de scouting
- het vergroten van zelfmanagement: vraagbakken via what's app en facetimen met je hulpverlener, allerlei slimme ICT toepassingen die de zelfredzaamheid vergroten ( zie ook het voorbeeld bij 'innovatief nieuw aanbod', zoals apps met dagschema's en reminders op maat).

We gaan ervan uit dat 10% van de lichtere hulp- en ondersteuningsvragen op deze manier opgelost kan worden in de basisvoorzieningen en niet langer tot instroom in de jeugdhulp leidt.

Scenario	Beschrijving	Saldo / Effect
Uitgangssituatie	Er wordt voor circa 3,4 mln aan basis ambulante hulp verleend (JGT teams perceel 8, obv prognose realisatie 2016). Er wordt voor circa 12,6 mln aan specialistisch ambulante hulp verleend (onderdelen van percelen 1, 4, 5, 6 en 7, obv realisatie 2016).	
Best case	20% besparing op basis ambulante hulp (=EUR 0,74 mln) 10% besparing op specialistisch ambulante hulp (+EUR 1,30 mln)	EUR 1,94 mln
Worst case	Geen besparing	0
Base case	Helpt van best case (10% besparing op basis ambulante hulp, 5% besparing op specialistisch ambulante hulp)	EUR 0,97 mln

### 3.9 Interventie: wegnemen perverse financiële prikkels

#### **Kans = goedkopere hulp**

De huidige p\*q bekostiging heeft perverse financiële prikkels in zich die onder meer leiden tot up coding. Door introductie van 'lump sum' vervalt deze prikkel en is nut en noodzaak van up coding weg.

We hanteren hier een brede definitie van upcoding:

- Upcoding is het declareren van een duurdere behandeling dan de geleverde hulp rechtvaardigt. In dit geval kan gesproken worden van hulpfraude.

- Upcoding is het leveren van een duurdere behandeling dan de hulpvraag van de cliënt rechtvaardigt. In dit geval is veel meer sprake van een mismatch tussen vraag en aanbod.

Uit onderzoek van het CIZ (Centrum Indicatiestelling Zorg) uit 2013 naar upcoding in de voormalige AWBZ, waarbij bekostiging is gebaseerd op zorgzwaarte van cliënten bleek dat 31 procent van de gemandateerde indicaties foutief was en 23 procent kon worden aangemerkt als upcoding. In 45 van de 202 onderzochte gevallen is sprake van zwaardere hulp dan het CIZ in die gevallen zelf zou hebben vastgesteld. Door steekproefsgewijze controle van het CIZ is dit in 2 jaar tijd gedaald naar 4,3 procent.

Scenario	Beschrijving	Saldo / Effect
<b>Uitgangssituatie</b>	Upcoding is vooral een risico in de GGZ en dyslexie. Percelen 4, 5 en 6 zijn samen EUR 7,3 mln (realisatie 2016) waarvan het merendeel specialistische GGZ. Op basis van tariefsprongen tussen DBC's, en verschillende tarieven tussen basis GGZ en specialistische GGZ verwachten we dat voorkomen van upcoding tot minimaal 30% lagere kosten kan leiden. Op basis van het feit dat nu 92% van de GGZ als specialistisch wordt aangemerkt en 8% basis, terwijl op basis van historische data een verdeling van 50% basis en 50% specialistisch logischer zou zijn, verwachten we dat bij ca 40% van de GGZ hulp sprake is van upcoding. Op basis van de ervaringen in de AWBZ is sprake van circa 20% upcoding, dit beschouwen we als een base case (in GGZ is upcoding makkelijker dan in andere veel sectoren).	
<b>Best case</b>	30% besparing bij 40% van de gevallen van in totaal 7,6 mln.	0,88 mln.
<b>Worst case</b>	Geen besparing	
<b>Base case</b>	Helft van best case	0,44 mln

Upcoding in de GGZ lijkt in deze regio sterk te spelen gezien de grote verschillen tussen gecontracteerde en gerealiseerde hulp in de basis en specialistische ggz, respectievelijk perceel 5 en 6 in de regionale contractering. Waarbij de realisatiecijfers een enorme onderschrijding op basis ggz laten zien (5% aan het einde van Q2 2016) en een enorme overschrijding op specialistische GGZ (90% aan het einde van Q2 2016). Hier vindt beperkte sturing op plaats.

### Onderbouwing

Volgens Wim Groot, hoogleraar gezondheidseconomie in Maastricht, is de ggz relatief kwetsbaar voor fraude bij declaraties omdat er in deze sector sprake is van 'factuur per uur'. Maar ook omdat de diagnoses minder objectief zijn dan bijvoorbeeld in de ziekenhuizen. "Dan krijg je eerder zoiets als 'upcoding': een duurdere behandeling declareren dan strikt noodzakelijk. Aan de grote ggz-instellingen zullen zich hier niet zo snel schuldig aan maken. Het risico zit 'm denk ik meer in de kleinere praktijken, die veel afhankelijker zijn van puur de omzet die ze maken."

## 4 Conclusie

De opdracht biedt wat ons betreft veel ruimte en mogelijkheden om de hulp anders en effectiever te organiseren. In deze notitie hebben we een set aan mogelijk in te zetten interventies beschreven waar niet alleen een inhoudelijk maar ook een financieel effect van uitgaat. Op basis van onze berekeningen concluderen we dat het grootste deel van deze financiële effecten binnen de contractperiode van 4 jaar valt. Daarmee is het mogelijk een efficiencywinst binnen een bandbreedte van 3.2 en 6.4 miljoen euro te realiseren ten opzichte van de realisatiecijfers 2016.