Andersson
Elffers
Felix



Verkenning naar het verminderen van de behandelduur in de jeugdzorg

/Andersson Elffers Felix

/ Inhoud

/ Het onderzoek op hoofdlijnen 3
1 Aanleiding en onderzoeksopzet 4
2 Mogelijke oorzaken van toenemende behandelduur 5
3 Mogelijke maatregelen om de uitstroom te verbeteren 7
4 Conclusies en aanbevelingen 11

/ Toelichting op de resultaten per maatregel 14

/ Bijlagen 30
1 Gesprekspartners 31
2 Toelichting op de data-analyse 32

Datum

24 februari 2023

Opdrachtgever

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Onderzoeksteam

Aukje Hilderink (a.hilderink@aef.nl)

Annemiek de Nooijer
Koen van Wijk
Irene Niessen

Referentie

Eindrapport Verkenning naar het verminderen van de behandelduur in de jeugdzorg

bezoekadres Maliebaan 16 3581 CN Utrecht telefoon +31 30 236 30 30
postadres Postbus 85198 3508 AD Utrecht website www.aef.nl

Andersson
Elffers
Felix



Het onderzoek op hoofdlijnen

1 Aanleiding en onderzoeksopzet

In de afgelopen jaren is het volume van kinderen en jongeren in jeugdzorg steeds verder gestegen. Eerder onderzoek heeft laten zien dat die stijging niet zozeer veroorzaakt wordt door toenemende instroom, maar door het achterblijven van de uitstroom uit jeugdzorg: kinderen en jongeren zijn steeds langer in zorg[1]. Wanneer trajecten steeds langer duren, leidt dat tot hogere kosten en langere wachtlijsten. Daarbij is niet zeker dat langere trajecten ook leiden tot betere zorg voor de kinderen en jongeren die in zorg zitten. In deze context heeft het ministerie van VWS aan AEF gevraagd om inzichtelijk te maken wat mogelijke oorzaken zijn voor de langere behandelduur, en vanuit daar te verkennen welke maatregelen er mogelijk zijn om de stijging van de behandelduur tegen te gaan.

We hebben mogelijke oorzaken geïdentificeerd aan de hand van het proces van jeugdhulp
Bij de start van het onderzoek hebben we het proces van in-, door- en uitstroom in en uit zorg opgesteld. Aan de hand van dat proces hebben we gekeken waar mogelijke oorzaken zitten voor een vertraagde uitstroom. We pretenderen daarbij niet volledig te zijn, maar hebben in deze verkenning vooral gezocht naar handvatten voor potentiële maatregelen om uitstroom te versnellen. Het proces staat in hoofdstuk 2 nader toegelicht.

De mogelijke maatregelen hebben we getoetst en aangevuld met experts en vastgesteld
In de eerste fase van het onderzoek hebben we aanvullend interviews met diverse experts uitgevoerd, om de mogelijke maatregelen te bespreken en aan te vullen. In deze gesprekken zijn ook eerste aandachtspunten voor de uitvoering, randvoorwaarden en positieve en negatieve effecten besproken. Op basis van de verzamelde informatie is een voorstel van te onderzoeken maatregelen besproken met de begeleidingscommissie.

We hebben interviews en praktijksessies georganiseerd om effecten in te schatten
In de volgende fase hebben we professionals zowel in interviews als in een werksessie (de praktijktoets) gesproken om de effecten van de maatregelen verder in kaart te brengen. Daarbij is hen onder meer gevraagd om een inschatting te geven van de verwachte effecten: voor welk deel van de populatie heeft een maatregel naar verwachting effect; hoe vaak wordt een maatregel al toegepast; en hoe groot is het mogelijk effect? Het effect werd daarbij uitgedrukt in aantal maanden dat de behandelduur verkort kon worden. Niet bij alle maatregelen kon deze inschatting goed genoeg worden gemaakt door professionals.

We hebben professionals uit verschillende vormen van jeugdhulp gesproken, en in de gesprekken ook gevraagd in hoeverre de maatregelen voor verschillende vormen van jeugdhulp effect zullen hebben. Bij sommige maatregelen nemen we dan ook niet alle vormen van jeugdhulp mee.

Om tot kwantificering te komen hebben we data van CBS en uit het berichtenverkeer gebruikt
Om het effect van maatregelen te kunnen kwantificeren, hebben we naast de inschatting van professionals voornamelijk de volgende twee bronnen gebruikt:

- **Data van CBS Statline als basis voor het aantal trajecten per jaar**. We gaan daar uit van het aantal *nieuwe* trajecten per jaar, om te voorkomen dat we het effect dubbel tellen voor trajecten die in meerdere jaren terugkomen.

[1] Stelsel in Groei, AEF, 2020

- **Data vanuit het berichtenverkeer[2] van dertien gemeenten**. Onderzoeksbureau Aspectu voerde (met toestemming van betreffende gemeenten) analyses uit op het berichtenverkeer in het kader van de Hervormingsagenda. Deze gemeenten is gevraagd om toestemming om de data ook voor dit onderzoek te gebruiken. Waar die toestemming verleend is, zijn de data (op geaggregeerd niveau) met ons gedeeld om te komen tot inschattingen van kosten per maand. Daarbij hebben we met name gekeken naar de kosten in de laatste maanden van een traject, omdat die normaliter minder intensief zijn, en dat naar alle waarschijnlijkheid de beste inschatting geeft van de kosten die daadwerkelijk bespaard kunnen worden. In de bijlage wordt nader toegelicht welke filters zijn toegepast.

We kijken naar behandelduur in de context van de kosten

In deze verkenning staat de vraag centraal welke mogelijkheden er zijn om de behandelduur te verminderen. Die vraag staat niet op zich, maar wordt gesteld in een stelsel met stijgende kosten en een grote druk op de capaciteit. Dat betekent dat we ons gericht hebben op maatregelen die ook (potentieel) konden bijdragen aan het verminderen van de kosten en het verminderen van de druk op de capaciteit, en daarbij ook rekening houdend met de kwaliteit van zorg. Zo kan te snel afschalen het risico met zich meebrengen dat problemen terugkeren; of kan sneller afschalen van jeugdhulp met verblijf een langer ambulant traject nodig maken, waarmee de totale behandelduur mogelijk toeneemt.

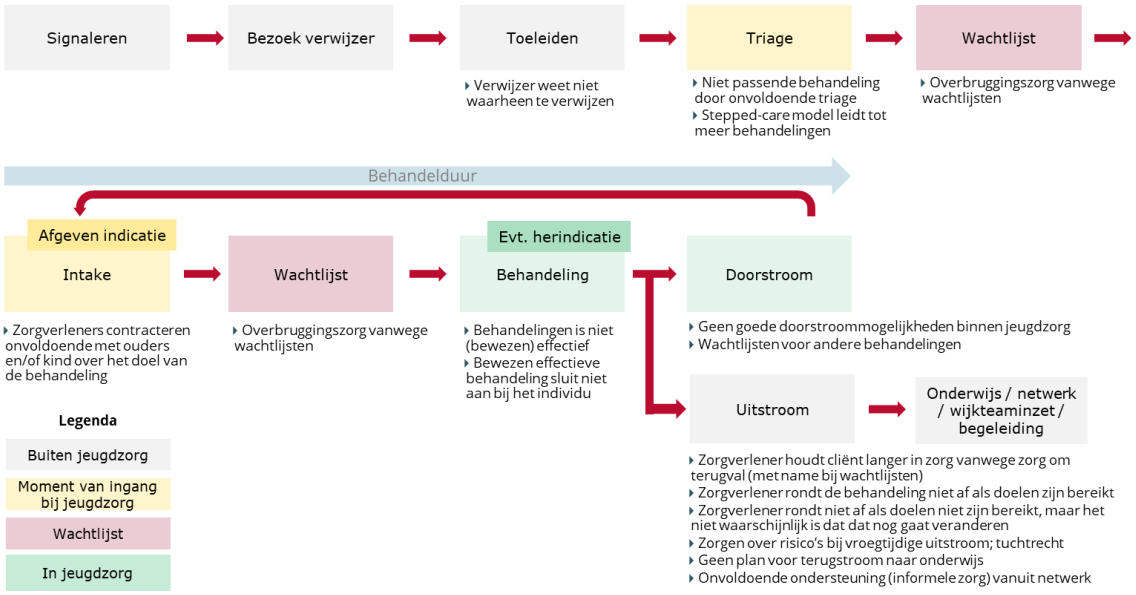


Met “behandelduur” bedoelen we de volledige duur van intake tot en met uitstroom uit jeugdzorg. Binnen die behandelduur kunnen meerdere trajecten vallen.

2 Mogelijke oorzaken van toenemende behandelduur

Op basis van eerder onderzoek is duidelijk dat de trajectduur toeneemt, maar nog niet helemaal *waarom* dat gebeurt. In een eerdere inventarisatie[3] gaven onder meer jeugdzorgprofessionals al een aantal mogelijke oorzaken aan. In dit onderzoek hebben we het proces van zorg op hoofdlijnen geschetst, en hebben we aan de hand daarvan gekeken wat er in ieder van die stappen kan gebeuren wat ertoe leidt dat uiteindelijk de trajectduur langer wordt. De inzichten uit onder meer de eerdere inventarisatie en gesprekken met professionals voor het onderzoek *Stelsel in Groei*[4] hebben we aangevuld met inzichten uit interviews met professionals en experts die we in de context van dit traject hebben uitgevoerd. Het proces en de mogelijke oorzaken staan hieronder weergegeven.

[2] Het berichtenverkeer wordt gebruikt door gemeenten en zorgaanbieders om informatie uit te wisselen over jeugdhulptrajecten, en ondersteunt daarmee het indiceren, toewijzen en factureren van zorg.
[3] Analyse in- en uitstroom in jeugdzorg, AEF, 2021
[4] Stelsel in Groei, AEF, 2020



Onvoldoende triage en ineffectieve behandeling leidt tot langere behandelduur

Wanneer niet (direct) de juiste hulp ingezet wordt, duren trajecten logischerwijs langer. Dat komt deels doordat verschillende trajecten na elkaar gestart worden, maar ook doordat problemen kunnen escaleren in de periode dat nog niet de juiste hulp wordt ingezet. Daarbij kunnen faalervaringen het lastiger maken om bij een volgend traject wel resultaat te boeken, onder andere door minder vertrouwen in de hulpverlening.

Daarnaast zijn behandelingen niet altijd effectief. Dat speelt bij de inzet van niet bewezen effectieve interventies, maar ook een bewezen effectieve interventie is niet voor *ieder* kind effectief. Dit kan niet altijd voorkomen worden, maar vraagt van de professional wel om op tijd te herkennen wanneer een behandeling niet aanslaat, en een ander pad te kiezen.

Afschalen kan spannend zijn, zeker wanneer vervolgzorg ontbreekt

Jeugdhulpprofessionals willen graag dat het beter gaat met de jeugdigen en gezinnen die zij helpen. Dat kan het afronden van een traject ingewikkelder maken: bijvoorbeeld omdat er zorgen zijn over een terugval, omdat er geen vervolgzorg of (passend) onderwijs beschikbaar is, of omdat in de loop van het traject andere problemen naar boven zijn gekomen en de jeugdige of ouders nog een (nieuwe) hulpvraag hebben. Het afschalen is vaak ingewikkelder wanneer er vooraf geen heldere afspraken zijn gemaakt over de te bereiken doelen en het verwachte tijdspad, omdat er dan geen logisch moment is waarop er afgerond kan worden.

Bredere reflecties: maatschappelijke ontwikkelingen

In de gesprekken zijn verschillende bredere ontwikkelingen genoemd die een invloed hebben op de trajectduur, en op de kosten van jeugdzorg. Zo wordt benoemd dat de zelfredzaamheid van gezinnen afneemt, en dat ontwikkelingen als toenemende prestatiedruk en verminderd vermogen om met tegenslagen om te gaan ook invloed heeft op de duur van behandelingen. Daarnaast wordt benoemd dat de druk op de capaciteit, door tekorten op de arbeidsmarkt en hoog ziekteverzuim het bieden van tijdige, efficiënte en passende zorg ingewikkelder maken.

3 Mogelijke maatregelen om de uitstroom te verbeteren

Op basis van de geïdentificeerde oorzaken zijn maatregelen gedefinieerd die kunnen bijdragen aan het verbeteren van de uitstroom van kinderen en jongeren. Deze maatregelen grijpen vaak in op het proces op de werkvloer: bijvoorbeeld door het besluitvormingsproces van professionals te ondersteunen, of door barrières weg te nemen. Daarnaast zijn enkele maatregelen voorgesteld die zich richten op het sturen op de trajectduur, vanuit het Rijk of vanuit gemeenten. In overleg met de begeleidingscommissie is besloten de volgende maatregelen uit te werken.

	Mogelijke maatregelen om te bespreken
1	**Tijdig afronden van behandeling financieel belonen (shared savings).** Per aandoening of type problematiek een categorie waarvoor de normale behandelduur wordt vastgesteld op basis van benchmark of informatie uit de literatuur over effectieve behandeling en behandelduur. Wanneer de aanbieder het traject eerder kan afronden dan verwacht, worden de baten hiervan gedeeld tussen gemeente en aanbieder.
2	**Normeren behandelduur vanuit gemeenten op basis van benchmark.** Op basis van een benchmark van gemiddelde behandelduur voor vergelijkbare problematiek wordt een norm voor behandelduur gesteld. Hierop kunnen gemeenten toezien of evt. IGJ.
3	**Landelijk normeren op specifieke diagnoses op basis van aantal effectieve behandelingen bij effectief bewezen interventies.** In dit geval wordt het aantal consulten voor de interventie genormeerd op het aantal waarbij de interventie effectief bewezen is. Dit kan alleen voor de groep cliënten waarvoor bewezen effectieve interventies zijn.
4	**Herindiceren na zes maanden door gemeente.** Het afgeven van kortere indicaties kan een logisch moment bieden voor afronden van het traject, omdat bij een herindicatie de afweging om (verder) te behandelen opnieuw gemaakt wordt. Dit leidt tot extra administratieve lasten.
5	**Streefeinddatum vaststellen.** Bij de start van de behandeling wordt een streefeinddatum vastgesteld. Aanbieders evalueren zelf of behandeling kan worden afgesloten op de vooraf bepaalde streefeinddatum of dat verlenging nodig is.
6	**Betere contractering tussen professional en gezin, met aandacht voor behandeldoelen en verwachtingsmanagement.** Zorgverleners spreken met ouders en gezin concrete doelen af waarvoor behandeling wordt ingezet. Als deze doelen zijn bereikt, wordt behandeling afgesloten óf een nieuwe intake gedaan.
7	**Terugvaloptie bieden voor cliënten, zodat er snel zorg kan worden ingezet bij een terugval.** Behandelaren houden een cliënt soms (met lage intensiteit) aan uit zorg over een mogelijke terugval, waarbij de cliënt weer onderaan de wachtlijst zou komen. Een mogelijke oplossing kan zijn dat cliënten die binnen een jaar terugvallen direct boven aan de wachtlijst komen.
8	**Voorrang op de wachtlijst voor jeugdigen die vanuit jeugdhulp met verblijf doorstromen.** Als deze jeugdigen voorrang krijgen bij plaatsing, is de tijd in jeugdzorg met verblijf minder lang, wat snel kostenbesparend zal zijn
9	**Inzet van supervisie vanuit een outtake team.** Gerichte supervisie door professionals die zijn opgeleid om te evalueren en vast te stellen wanneer het goed genoeg is, zodat hulpverleners eerder durven afschalen en afronden.
10	**Inzetten op eigen kracht door de inzet van een mentor, maatje of ondersteuner.** Tijdig inzetten van resources als mentoren, JIM, wijkteams, vrijwilligers kan helpen in het versterken van het netwerk, herstel en draaglast van de jeugdige, en eerder kunnen afbouwen van formele hulp.

Deze maatregelen werken niet volledig onafhankelijk van elkaar. Als er bijvoorbeeld door gemeenten gestuurd wordt op behandelduur door het gebruik van een benchmark (maatregel 2), zullen aanbieders immers hun werkwijze moeten aanpassen om de behandelduur ook daadwerkelijk te kunnen verkorten. En als bij de start beter gecontracteerd wordt met ouders en kind, wordt waarschijnlijk ook al scherper wat de verwachte tijdsduur is; het expliciteren van de streefeinddatum levert dan waarschijnlijk beperkt extra winst op.

Tegelijkertijd kan het wel nuttig zijn om meerdere maatregelen in te voeren. Zo kan sturing vanuit de gemeente urgentie creëren bij aanbieders om intern op trajectduur te sturen. Met een combinatie van inhoudelijke maatregelen kan een grotere doelgroep bereikt worden, of het kan de implementatie vergemakkelijken.

Resultaten

Bovenstaande tien maatregelen hebben we met de eerder genoemde combinatie van kwantitatieve en kwalitatieve methoden onderzocht. Een aantal maatregelen levert naar verwachting een significante besparing op; andere maatregelen zijn niet gekwantificeerd omdat de data niet beschikbaar zijn en/of de maatregelen naar verwachting niet tot een significante besparing leiden. De resultaten per maatregel zijn in onderstaande tabel samengevat. Vervolgens lichten we de belangrijkste inzichten kort toe. In **Toelichting op de resultaten per maatregel** worden de maatregelen in meer detail toegelicht.

Maatregel	Conclusie
1. Tijdig afronden van behandeling financieel belonen	Geen significante besparing
2. Normeren behandelduur vanuit gemeenten op basis van benchmark	Geen significante besparing
3. Landelijk normeren op specifieke diagnoses op basis van aantal effectieve behandelingen bij bewezen effectieve interventies	Onvoldoende gegevens bekend; (voorlopig[5]) geen significante besparing verwacht
4. Herindiceren na zes maanden door gemeenten	Onvoldoende gegevens bekend; geen significante besparing verwacht
5. Streefeinddatum vaststellen	€ 29 – 78 miljoen
6. Betere contractering tussen professional en gezin, met aandacht voor behandeldoelen en verwachtingsmanagement	€ 17 – 59 miljoen
7. Terugvaloptie bieden voor cliënten, zodat er snel zorg kan worden ingezet bij een terugval	Geen significante besparing
8. Voorrang op de wachtlijst voor jeugdigen die vanuit jeugdhulp met verblijf naar ambulante hulp doorstromen	Geen significante besparing
9. Inzet van supervisie gericht op afronden en afschalen van jeugdzorg	€ 13 – 123 miljoen
10. Inzetten op eigen kracht door de inzet van een mentor, maatje of ondersteuner	Onvoldoende gegevens bekend; potentieel significante besparing

[5] Bij maatregel 3 is op basis van de huidige omvang van het aantal bewezen effectieve interventies in de NJi databank de inschatting dat de besparing niet significant zal zijn. Het NJi schat momenteel dat het aantal bewezen effectieve interventies rond de 10 % beslaat van de toegepaste interventies landelijk. Als het aantal bewezen effectieve interventies in de toekomst toeneemt kan het effect van deze maatregel ook groter worden.

Van drie maatregelen hebben we een bandbreedte gegeven van de mogelijke besparing

Deze maatregelen grijpen inhoudelijk in op de behandeling zoals (6) beter contracteren tussen professionals en gezin, of (9) supervisie via een outtake team. Eén maatregel stuurt op een kortere behandelduur via (5) het vaststellen van een streefeinddatum.

Maatregelen 5, 6 en 9 kunnen een significante besparing opleveren. Vanwege onzekerheden in de inschattingen zijn deze maatregelen wel met een grote bandbreedte gekwantificeerd. Potentiële besparingen lopen van € 17 – 59 miljoen tot € 13 – 123 miljoen per jaar. Daarbij moet opgemerkt worden dat deze besparingen niet bij elkaar opgeteld kunnen worden, omdat deze tenminste gedeeltelijk op dezelfde kosten betrekking zullen hebben. Deze drie maatregelen werken alle drie op het explicieter afwegen wanneer het goed genoeg is (en/of wat er nog nodig is om daar te komen), en zullen naar verwachting redelijk sterk overlappen.

Uitvoerbaarheid en (mogelijke) samenloop met bekostigingsvormen beperken verwacht effect

Voor de eerste twee maatregelen geldt dat het verwachte effect beperkt is. De oorzaak hiervan is tweeledig:

- Meerdere maatregelen vereisen een categorisering naar type problematiek. Zo kan het sturen op tijdig afronden door shared savings, door het normeren van de behandelduur of door een benchmark alleen wanneer per traject vastgesteld kan worden wat precies de problematiek is, en welke behandelduur daar vervolgens bij hoort. Voor sommige vormen van zorg is dit beter mogelijk dan voor andere vormen. Afhankelijk van de precieze inrichting is het risico dat de categorisering ofwel zeer complex wordt, ofwel onvoldoende recht doet aan de diversiteit in problematiek. In de praktijk is dit daardoor op korte termijn slechts voor een beperkt aantal trajecten toepasbaar.
- Maatregelen 1 en 2 richten zich op sturing op aanbieders door gemeenten, waarbij er een financiële prikkel ontstaat voor aanbieders om op snellere uitstroom te sturen. In taakgericht en resultaatgericht bekostigen zit deze financiële prikkel al ingebakken in de bekostigingsmethodiek. Dit betekent dat sturen op een specifieke behandelduur in die gemeenten waar taakgericht of resultaatgericht bekostigd wordt, weinig aanvullend effect zal hebben.

Vanuit respondenten is echter ook aangegeven dat enige mate van sturing vanuit gemeenten op behandelduur waardevol kan zijn, mits dat in goed gesprek tussen gemeenten en aanbieder gebeurt en daarbij voldoende oog is voor de complexiteit en beperkte vergelijkbaarheid van aanbieders. Het sturen op behandelduur kan er immers aan bijdragen dat de maatregelen die wel effect hebben, daadwerkelijk geïmplementeerd worden.

Maatregelen 1 en 2 leveren naar verwachting op landelijk niveau een beperkt effect op (gegeven de overlap met werkzame mechanismen van taakgericht en resultaatgericht bekostigen), en zijn daarnaast moeilijk uitvoerbaar vanwege de afhankelijkheid van een scherpe en consistente typering van problematiek. Deze maatregelen zijn daarom niet nader gekwantificeerd.

Voor sommige maatregelen zijn onvoldoende data beschikbaar

Maatregel 3 is gericht op het normeren van behandelingen op basis van de behandelduur die gehanteerd is bij de bewezen effectieve interventie. Om te kunnen beoordelen wat het effect hiervan is, is inzicht nodig in het aantal trajecten voor problematiek waarvoor een bewezen effectieve interventie beschikbaar is, en hoe lang die trajecten nu in de praktijk duren. Deze data zijn helaas niet beschikbaar. Bij maatregel 3 geldt ook, net zoals bij maatregel 1 en 2, dat er een scherpere typering van de problematiek nodig is dan realistisch, om deze maatregel te kunnen invoeren. Ook hebben we geen inschatting gemaakt van de mogelijke besparende effecten van maatregel 4 - herindiceren na zes

maanden. De benodigde data zijn niet beschikbaar en daarbij zijn de extra kosten ook dermate hoog dat de kans reëel is dat deze maatregel per saldo geen besparing oplevert.

Maatregelen 3 en 4 kunnen niet gekwantificeerd worden, omdat de benodigde data ontbreken. Beide maatregelen hebben daarnaast naar verwachting een beperkt effect: in geval van maatregel 3 omdat het aantal bewezen effectieve interventies beperkt is en een beperkt deel van de zorgvraag bestrijkt, en bij maatregel 4 door de extra tijdsinvestering van professionals om de herindicering te doen.

Sommige maatregelen lijken onvoldoende toe te voegen ten opzichte van bestaande praktijk

We hebben professionals steeds gevraagd naar voor welk deel van de jeugdigen (in %) een maatregel effect zou hebben, en hoeveel het zou helpen. Bij de maatregel van het organiseren van een terugvaloptie werden sterk variërende inschattingen gegeven, waarbij door sommigen werd aangegeven dat het al veel gebeurt, en door anderen dat het weliswaar nog voor ongeveer 10% van de jongeren extra zou kunnen gebeuren, maar dat het effect voor die jongeren dan wel heel beperkt zou zijn. Ook bij voorrang op de wachtlijst werd aangegeven dat dit *binnen* instellingen vaak al gebeurt, en dat het daarbuiten vaker zou kunnen maar beperkt effect zou hebben.

Voor maatregelen 7 en 8 is de geschatte toegevoegde waarde ten opzichte van de huidige situatie zeer beperkt. Deze leiden daardoor niet tot significante besparingen.

Eén maatregel leidt potentieel tot besparing, maar kon niet gekwantificeerd worden

Het inzetten van het eigen netwerk, bijvoorbeeld door de inzet van een JIM, kan in potentie tot een significante besparing leiden. Professionals schatten in dat de maatregel in 45% van de trajecten met verblijf effect kan hebben, in aanvulling op de trajecten waar dit momenteel al gebeurt, en dat het verblijf gemiddeld met zo'n 3 maanden verkort kan worden. De additionele kosten zijn echter naar verwachting ook hoog, op basis van de inschattingen van de professionals en van de eerste onderzoeken naar het inzetten van een JIM bij het voorkomen van uithuisplaatsing. We hebben in dit onderzoek echter geen voldoende betrouwbaar zicht kunnen krijgen op de meerkosten die de inzet van het eigen netwerk (zoals via een JIM) *aanvullend* met zich meebrengt. Dat betekent dat we het totale effect niet kunnen berekenen. Ook moet opgemerkt worden dat waar de JIM nu ingezet wordt, dit gebeurt als integraal onderdeel van het hulpverleningstraject en eerder gericht is op het *voorkomen* dan verkorten van uithuisplaatsingen. Als er alsnog een verblijfstraject nodig is, kan de JIM er wel toe leiden dat dat traject korter is.

Maatregel 10 kan potentieel tot een besparing leiden, maar door onvoldoende betrouwbare inschattingen van de kosten kon het effect niet berekend worden.

De maatregelen overlappen potentieel met andere maatregelen in de hervormingsagenda

In de hervormingsagenda jeugd worden diverse maatregelen uitgewerkt die gericht zijn op het betaalbaar houden van het stelsel van jeugdzorg. Maatregelen uit de hervormingsagenda kunnen interacteren met de in dit onderzoek bekeken maatregelen. Zo zal een inperking van de reikwijdte van de Jeugdwet naar verwachting leiden tot een lager aantal trajecten, waarmee het aantal trajecten waarop maatregelen rondom behandelduur betrekking hebben daalt, en dus het totale besparingspotentieel ook afneemt. Besparingen kunnen dus niet per definitie opgeteld worden bij besparingen vanuit de hervormingsagenda.

De volledige potentie benutten van de maatregel vraagt aandacht voor de implementatie
De maatregelen waarmee de grootste winst te behalen valt, zijn maatregelen die ingrijpen op de dagelijkse praktijk van professionals. Mede door de huidige context betekent dat in elk geval drie dingen:

- Het leren werken volgens een andere werkwijze vraagt tijd. Dat betekent dat de maatregelen niet direct tot effect zullen leiden. We verwachten dat maatregelen 5, 6 en 9 relatief simpel te implementeren zijn en daarmee binnen een jaar ingevoerd kunnen worden. Omdat maatregel 5 en 6 ingrijpen op de start van het traject, zullen effecten pas enige tijd later zichtbaar zijn.
- De implementatie gaat niet vanzelf. Hoewel de maatregelen gericht op het sturen op trajectduur vanaf landelijk of gemeentelijk niveau op zichzelf ofwel niet tot een significante besparing leiden ofwel niet gekwantificeerd kunnen worden, kan het sturen op behandelduur wel een prikkel zijn voor aanbieders om de maatregelen te nemen die wel effect hebben.
- De maatregelen om de uitstroom te versnellen leiden enkel tot kostenbesparingen indien de capaciteit die hiermee vrij komt, *niet* wordt ingezet voor andere kinderen. Gegeven de huidige wachtlijsten is dit niet vanzelfsprekend. Zonder expliciet te sturen op het constant houden van de instroom zullen de maatregelen in die context eerder leiden tot het behandelen van meer kinderen, dan tot het verlagen van de kosten. Voor een kostenbesparing is het dus nodig om kinderen op de wachtlijst te laten staan, terwijl er wel capaciteit beschikbaar is om ze te behandelen. Die keuze maken zal in de praktijk niet eenvoudig zijn.

4 Conclusies en aanbevelingen

De verwachte financiële effecten zijn een onderbouwde inschatting
In dit onderzoek is een verkenning uitgevoerd naar de effecten van tien mogelijke maatregelen. Daarmee is een eerste inschatting gemaakt van onder meer (kwalitatieve en kwantitatieve) effecten van, en randvoorwaarden voor, deze maatregelen. De resultaten hiervan moeten met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden. Ook is niet onderzocht hoe de maatregelen elkaar beïnvloeden.

Een andere werkwijze in de praktijk biedt de meeste potentie voor versnellen van de uitstroom
De beste mogelijkheden om de uitstroom te verbeteren zitten in de werkwijze van professionals, en het ondersteunen van professionals hierbij. De moeilijkheid van het besluit tot afschalen wordt door professionals herkend en erkend, en de voorgestelde maatregelen (streefeinddatum, betere contractering en inzet van supervisie) worden als waardevolle mogelijkheden gezien. Met name voor supervisie is daarbij ook benoemd dat dit ook veel tijd vraagt. Per saldo is de verwachting dat deze maatregelen meer tijd opleveren dan kosten, maar het is van belang om te realiseren dat de tijdsinvestering vooraf de implementatie van de maatregelen kan bemoeilijken.

Maatregel	Conclusie
Streefeinddatum vaststellen	€ 29 – 78 miljoen
Betere contractering tussen professional en gezin, met aandacht voor behandeldoelen en verwachtingsmanagement	€ 17 – 59 miljoen
Inzet van supervisie gericht op afronden en afschalen van jeugdzorg	€ 13 – 123 miljoen

Sturen op behandelduur kan dat ondersteunen, maar leidt niet direct tot kwantificeerbaar resultaat

Sturen op behandelduur vanuit Rijk en gemeenten vraagt een duidelijke categorisering van problematiek met bijbehorende benchmark of bekende effectieve behandelduur. Dat is maar voor een beperkt deel van de jeugdzorg passend; en daarbij is niet exact bekend voor welk deel dit zou zijn. Ook lijkt sturing op deze manier weinig toe te voegen ten opzichte van taakgericht en resultaatgericht bekostigen. Zoals eerder benoemd kan sturing vanuit gemeenten wel waardevol zijn door de implementatie van de andere maatregelen te stimuleren.

Maatregel	Conclusie
Tijdig afronden van behandeling financieel belonen	Geen significante besparing
Normeren behandelduur vanuit gemeenten op basis van benchmark	Geen significante besparing
Landelijk normeren op specifieke diagnoses op basis van aantal effectieve behandelingen bij bewezen effectieve interventies	Onvoldoende gegevens bekend; geen significante besparing verwacht
Herindiceren na zes maanden door gemeenten	Onvoldoende gegevens bekend; geen significante besparing verwacht

Organisatorische maatregelen om uitstroom te ondersteunen leiden niet tot een significante besparing

Zowel het bieden van een terugvaloptie voor cliënten als voorrang op de wachtlijst werd aangegeven dat dit al vaak gebeurt, en dat het maar beperkt effect zou hebben om dit voor meer jongeren te doen. Daarom worden geen significante besparingen verwacht van deze maatregelen.

Maatregel	Conclusie
Terugvaloptie bieden voor cliënten, zodat er snel zorg kan worden ingezet bij een terugval	Geen significante besparing
Voorrang op de wachtlijst voor jeugdigen die vanuit jeugdhulp met verblijf naar ambulante hulp doorstromen	Geen significante besparing

Effecten van het inzetten op eigen kracht konden niet volledig in kaart worden gebracht

Het inzetten op eigen kracht door de inzet van een mentor, maatje of ondersteuner (bijvoorbeeld de JIM-methodiek) wordt ook door professionals gezien als helpend in het besluit tot afschalen. Tegelijkertijd wordt ook benoemd dat deze werkwijze veel tijd vraagt van professionals. Deze maatregel leidt naar verwachting tot een verkorting van de verblijfsduur, maar omdat de kosten niet in kaart konden worden gebracht in dit onderzoek, is onzeker of dit leidt tot een netto besparing. Daarbij is het inzetten op eigen kracht door de inzet van een mentor, maatje of ondersteuner een langduriger proces, gericht op andere positieve effecten (zoals het voorkomen van uithuisplaatsingen) die in dit onderzoek niet doorgerekend zijn.

Maatregel	Conclusie
Inzetten op eigen kracht door de inzet van een mentor, maatje of ondersteuner	Onvoldoende gegevens bekend; potentieel significante besparing

Het effect van maatregelen is afhankelijk van implementatie in de dagelijkse praktijk

Het onderzoek laat ook zien dat de vertraagde uitstroom een complex probleem is, waar beperkt op gestuurd kan worden met generieke maatregelen. Beslissingen van professionals in hun dagelijkse praktijk (en de ondersteuning die ze daarvoor van hun organisatie krijgen) bepalen uiteindelijk voor

een groot deel of het mogelijk is om de uitstroom te kunnen versnellen. We hebben drie aanbevelingen om de uitstroom te kunnen versnellen.

Aanbeveling voor het Rijk: stimuleer het delen en volgen van best practices

Het onderzoek laat zien dat de mogelijkheden om de uitstroom te verbeteren met name in het dagelijkse werk van aanbieders en professionals zitten. Daarbij hebben we gezien dat diverse aanbieders in het land zelf actief bezig zijn met het verbeteren van de uitstroom. Om de implementatie van hier onderzochte maatregelen én andere goede ideeën te stimuleren zou het delen van best practices, en het monitoren van de effecten daarvan, op landelijk niveau, zinvol zijn.

Aanbeveling voor gemeenten: bespreek implementatie van deze (en mogelijk aanvullende) maatregelen met aanbieders

Omdat de mogelijkheden om de uitstroom te verhogen met name in de dagelijkse praktijk zitten en er daarbij verschillende mogelijkheden zijn om een vergelijkbaar resultaat te behalen, lijkt landelijke sturing op de maatregelen minder voor de hand liggend. Het is met name aan aanbieders om binnen hun context te kijken welke mogelijkheden bij hen passend zijn, en daarop in te zetten. Gemeenten kunnen met aanbieders hierover het gesprek aangaan, in het inkoopproces en in het contractmanagement.

Aanbeveling voor aanbieders: implementeer de effectieve maatregelen

In het onderzoek hebben we gekeken naar mogelijkheden om de uitstroom te versnellen. De vraag is ingegeven vanuit een kostenvraagstuk, maar raakt ook aan kwaliteit van zorg en omgaan met schaarse personeelscapaciteit. Voor een kind is het ook beter om te leren weer op eigen benen te staan; en in deze tijden van arbeidsmarktkrapte voorkomen dat teveel kinderen te lang op hulp moeten wachten vraagt ook om een effectieve inzet van de schaarse middelen die er zijn. Daarom adviseren we aanbieders om intern het gesprek te voeren over de behandelduur en te kijken welke mogelijkheden er binnen die specifieke context zijn om de uitstroom – verantwoord – te versnellen. De maatregelen die in dit onderzoek onderzocht zijn kunnen daar in ieder geval een goede basis voor bieden.

Andersson
Elffers
Felix



Toelichting op de resultaten per maatregel

In dit deel worden de maatregelen in meer detail toegelicht. Per maatregel bespreken we de volgende elementen:

- Omschrijving: wat houdt de maatregel in, voor welke doelgroep is deze van toepassing en wat is het werkzame mechanisme?
- Uitvoering: wat is ervoor nodig om de maatregel uit te kunnen voeren, en van welke partijen vraagt dat iets?
- Randvoorwaarden: wat zijn randvoorwaarden om de maatregel in te kunnen voeren?
- Financieel effect
- Overige effecten en aandachtspunten

Maatregel 1. Tijdig afronden van behandeling financieel belonen (shared savings)

Omschrijving

1. **Wat houdt de maatregel in?** Per populatie met een bepaald type problematiek en/of type instelling wordt een categorie gemaakt, waarvoor de gemiddelde duur wordt vastgesteld op basis van landelijke benchmark. Dit vraagt een categorisering met representatieve categorieën die onderling te vergelijken zijn. Als er per categorie *gemiddeld* binnen de normale behandelduur (en bijbehorende kosten) wordt afgerond, ontvangt de aanbieder aan het eind van het jaar een financiële vergoeding vanuit de gemeente(n). Tegelijkertijd heeft ook de gemeente er baat bij dat er tijdig is afgerond, dus zijn er aan beide kanten *shared savings*. De potentiële besparing van de zorgkostenombuiging wordt dus verdeeld over aanbieder en financier.
2. **Doelgroep**. Vooral geschikt voor problematiek die in te delen is op diagnose/categorie, waarbij een vergelijking te maken is binnen doelgroepen en de bijbehorende behandelduur te normeren is. De maatregel geldt daarmee met name voor de jeugd-GGZ voor zover er sprake is van enkelvoudige problematiek, en op de langere termijn voor een deel van de jeugd- en opvoedhulp, als er meer effectief bewezen behandelingen zijn. Sommige trajecten kennen al een vaste duur, zoals de behandelduur op een Medisch Kinderdagverblijf (MKD) van 9 maanden. De maatregel is lastiger toe te passen voor de verstandelijk gehandicaptenzorg en bij multiproblematiek, omdat voor die doelgroepen zeer moeilijk is vast te stellen wat de gemiddelde behandelduur inhoudt bij diverse behandelingen. Dat betekent dat de duurste trajecten buiten scope zijn.
3. **Mechanisme**. Door tijdig af te ronden (binnen het gemiddelde voor die categorie) financieel te belonen worden aanbieders gestimuleerd om behandeling af te ronden zodra doelen zijn behaald. De verwachting is dat er binnen aanbieders gestuurd gaat worden op het tijdiger afronden van behandeling.

Uitvoering (incl. betrokken partijen)

- Administratie van aantal behandelingen per categorie/per aanbieder nodig (vraagt administratief werk van aanbieders en een landelijke partij die de data verzamelt)
- Administratief verwerken van financiële consequenties (extra betaling aan aanbieder voor sneller afronden dan gemiddeld) door gemeenten
- Actief toezichthouden en monitoren op effect van de maatregel, inclusief potentiële negatieve effecten op de kwaliteit van zorg, bijvoorbeeld door IGJ

Randvoorwaarden

- Onderzoek naar de uitvoerbaarheid van de maatregel: welk deel van de jeugdigen en diagnoses/type problematiek kunnen in landelijke categorieën met een gemiddelde behandelduur worden ingedeeld? Deze maatregel vereist een **categorisering**, maar dit gaat gepaard met het risico dat de categorisering ofwel onnodig complex wordt met bijbehorende administratie, ofwel onvoldoende recht doet aan de diversiteit in problematiek.
- Afstemming over indeling per diagnose of type problematiek en afbakening van doelgroep waar deze maatregel voor kan worden gebruikt
- Benchmark voor gemiddelde behandelduur per categorie, waarbij bepaald moet worden of de benchmark gebaseerd wordt op aantal consulten, doorlooptijd of kosten (om zo intensiteit mee te kunnen wegen)
- Afspraken over herbehandeling binnen bepaalde periode
- Bepaling manier en omvang van financiële beloning
- Toezicht op kwaliteit van de zorg moet worden gewaarborgd, zoals de IGJ nu ook al doet

Effecten van de maatregel

- De maatregel leidt tot efficiënter sturen op het behalen van de doelen van de jeugdige en daarmee tot meer doelmatigheid. Professionals kunnen extra werkdruk ervaren door beoordeling op gemiddelde behandelduur en de invoering van financiële prikkel.
- Het leidt mogelijk tot een perverse prikkel voor aanbieders om zware problematiek (binnen een categorie) te mijden.
- Perverse prikkel voor behandelaren om eerder af te ronden, met risico op mindere kwaliteit van zorg en specifiek eerdere terugval
- Het bijhouden van de behandelduur en uitkeren van een financiële beloning vraagt extra werkzaamheden van aanbieders en gemeenten/andere instantie

Financieel effect

Deze maatregel heeft alleen een potentieel effect bij pxq-financiering: bij taakgericht en resultaatgericht heeft de aanbieder immers het volledige voordeel, en is de prikkel dus nu al sterker dan bij het tijdig afronden financieel belonen. Op basis van de inschattingen vanuit de praktijktoets worden ook bij pxq weinig tot geen besparingen verwacht. Professionals gaven daarbij aan dat de afwegingen om een behandeling al dan niet af te sluiten altijd op inhoudelijke gronden gemaakt worden en niet op financiële afwegingen. Daar is uiteraard wel wat op af te dingen: als organisaties geprikkeld worden om de trajectduur te verkorten, zullen zij meer redenen hebben om hier intern op te sturen en professionals hierin te faciliteren en op te leiden. Kortom: om enkele interne maatregelen te nemen.

Dit effect zou je echter ook – en nog sterker – verwachten bij taakgerichte en resultaatgerichte financiering. In ons eerdere onderzoek Stelsel in Groei[6] bleek echter dat de verwachte netto besparing van de maatregel resultaatgerichte financiering onduidelijk, maar ook beperkt is, en voor de maatregel taakgerichte financiering beperkt is. Het effect blijkt in de praktijk dus al beperkt in die bekostigingsvormen waar de financiële prikkel om tijdig af te ronden al bestaat. Het is daarmee onwaarschijnlijk dat het toevoegen van deze prikkel bij gemeenten die pxq financieren, op macroniveau een significant besparend effect gaat hebben. Daarnaast is het effect hiervan pas op langere termijn te verwachten, omdat het een nieuwe systematiek betreft.

[6] Maatregel 14 en 15, p. 183 – 196, Stelsel in Groei, AEF, 2020

Een ander financieel effect is negatief: het inrichten van shared savings – zowel het verkrijgen van voldoende inzicht via een benchmark als het maken van goede en realistische afspraken – is een tijdsintensief proces voor alle partijen, waarvoor vaak ook nog externe expertise ingehuurd wordt. Ook voldoende inzicht opbouwen via een benchmark is een tijdsintensief proces. De aanloopkosten hiervoor zijn dan ook hoog, en het duurt lang voor eventuele effecten zichtbaar zijn.

Conclusie financieel effect: we verwachten vanwege de verwachte geringe baten, en op basis van tot nu toe beperkte resultaten bij taakgerichte en resultaatgerichte financiering, geen significante besparing op basis van deze maatregel.

Andere aandachtspunten

- De maatregel is sterk afhankelijk van de mate waarin het lukt om een goede categorisering aan te brengen. Dat is ingewikkeld, aangezien veel factoren meespelen. Zo is er zicht nodig op het type problematiek, maar ook op de zwaarte en het aantal verwijzingen dat vanuit een GI komt, aangezien deze jeugdigen doorgaans intensievere en langere jeugdzorgtrajecten hebben. Hoe deze factoren samenhangen en de trajectduur beïnvloeden, is op dit moment nog onvoldoende bekend.

Maatregel 2. Normeren behandelduur vanuit gemeenten op basis van benchmark

Omschrijving

1. **Wat houdt de maatregel in?** De behandelduur per categorie van type problematiek maximeren op een aantal behandelingen (plus evt. marge) op basis van een landelijke jaarlijkse benchmark van gemiddelde behandelduur bij jeugdhulpaanbieders. Het gaat hierbij dus niet om het hard maximeren van het aantal behandelingen voor een individuele cliënt, maar sturen op de gemiddelde behandelduur per categorie binnen een instelling. Verschillen en specifiek uitschieters bij aanbieders qua behandelduur worden zichtbaar en kunnen onderzocht worden. Hierop kunnen gemeenten op toezien, het gesprek over aan gaan, lerend evalueren met meerdere aanbieders en waar nodig ook gericht op contracteren. Ook de IGJ kan hier een rol in spelen.
2. **Doelgroep.** Vooral geschikt voor problematiek die in te delen is op diagnose/categorie, waarbij een vergelijking te maken is binnen doelgroepen en de bijbehorende behandelduur te normeren is. De maatregel geldt daarmee met name voor de jeugd-GGZ voor zover er sprake is van enkelvoudige problematiek, en op de langere termijn voor een deel van de jeugd- en opvoedhulp, als er meer effectief bewezen behandelingen zijn. Sommige trajecten kennen volgens aanbieders al een vaste duur, zoals de behandelduur op een Medisch Kinderdagverblijf (MKD) van 9 maanden. De maatregel is lastiger toe te passen voor de verstandelijk gehandicaptenzorg en bij multiproblematiek, omdat voor deze doelgroepen zeer moeilijk is vast te stellen wat de gemiddelde behandelduur inhoudt bij diverse behandelingen. Dat betekent dat de duurste trajecten buiten scope zijn.
3. **Mechanisme.** Gemeenten zullen sturen op gemiddelde trajectduur op basis van de benchmark en uitschieters in de behandelduur bespreken en onderzoeken. Op termijn kan dit leiden tot minder contracteren van bepaalde aanbieders met een gemiddeld langere behandelduur of het niet meer vergoeden van consulten vanaf een bepaalde marge vanaf de gemiddelde behandelduur in de benchmark.

Uitvoering (incl. betrokken partijen)

- Administratie van aantal behandelingen per categorie zo ver dit nog niet wordt gedaan (vraagt administratief werk van aanbieders en een landelijke partij die de data verzamelt)
- Gemeenten moeten afwijkingen van de benchmark monitoren en in gesprek gaan met aanbieders wanneer zij veel afwijken van de gemiddelde behandelduur
- Bij de start van een traject moet er in afstemming tussen aanbieder en gemeente bepaald worden onder welke categorie het traject valt, en daarmee wat de maximale kosten zijn binnen deze categorie

Randvoorwaarden

- Onderzoek en afstemming over indeling per diagnose of type problematiek en afbakening van doelgroep (en/of type jeugdzorg enkelvoudig/meervoudig, basis/specialistisch) waar deze maatregel voor kan worden gebruikt, met het risico dat de categorisering ofwel onnodig complex wordt met bijbehorende administratie, ofwel onvoldoende recht doet aan de diversiteit in problematiek;
- Benchmark voor gemiddelde behandelduur per categorie (welke bijvoorbeeld elke twee jaar wordt herhaald en bijgesteld);
- Afspraken over herbehandeling binnen bepaalde periode;
- Toezicht op kwaliteit van de zorg waarborgen bij de IGJ;
- Landelijke bepaling van uitzonderingssituaties waarbij de gemiddelde behandelduur niet realistisch is

Financiële effecten

Op basis van de inschattingen vanuit de praktijktoets worden hier beperkt besparingen verwacht. Professionals gaven daarbij aan dat de afwegingen om een behandeling al dan niet af te sluiten altijd op inhoudelijke gronden gemaakt worden en niet op financiële afwegingen. Daar is uiteraard wel wat op af te dingen: als organisaties geprikkeld worden om de trajectduur te verkorten, zullen zij meer redenen hebben om hier intern op te sturen en professionals hierin te faciliteren en op te leiden. Kortom: om enkele interne maatregelen te nemen. Zoals bij maatregel 1 toegelicht, zit de financiële prikkel echter al ingebed in resultaatgericht en taakgericht financieren, en blijkt het effect daar beperkt.

We hebben daarnaast onvoldoende inzicht in verschillen in behandelduur tussen aanbieders voor vergelijkbare problematiek om een inschatting te maken van de mogelijke baten. Tot slot moet worden opgemerkt dat het opzetten, vormgeven en bijhouden van de benchmark (zowel incidentele als structurele) kosten met zich meebrengt. Daarbij moet een balans gevonden worden in het detailniveau: hogere granulariteit betekent meer inzicht en dus een betere basis om te sturen, maar de kosten zijn ook hoger.

Conclusie financieel effect: we verwachten vanwege de verwachte geringe baten, en op basis van tot nu toe beperkte resultaten bij taakgerichte en resultaatgerichte financiering, geen significante besparing op basis van deze maatregel. Door de benchmark kan de maatregel wel bijdragen aan het inzicht in de gemiddelde behandelduur per categorie, en de implementatie van andere maatregelen stimuleren.

Overige aandachtspunten

- Het risico bestaat dat de categorisering ofwel onvoldoende precies is om een norm mee te kunnen stellen, ofwel dermate precies dat het werken met de categorieën overmatig complex en tijdrovend wordt en de maatregel daarmee weinig oplevert en veel tijd kost;

- Mogelijke perverse effecten zijn cherry-picking, upcoding en voortijdig afsluiten van behandelingen;
- De maatregel vraagt extra administratie, met name bij de gemeenten;
- Deze maatregel bereikt niet direct de professional; dit vraagt van aanbieders om intern te sturen op behandelduur, met risico op te vroege afronding en terugval;
- De maatregel draagt potentieel wel bij aan stappen richting betere monitoring en dataverzameling in de jeugdzorgsector.

Maatregel 3. Landelijk normeren op specifieke diagnoses

Omschrijving

1. **Wat houdt de maatregel in?** Bij landelijk normeren op specifieke diagnoses wordt de behandelduur van trajecten landelijk genormeerd op basis van (een bandbreedte van) het aantal effectieve behandelingen bij bewezen effectieve interventies volgens de Databank Effectieve jeugdinterventies | Nederlands Jeugdinstituut (nji.nl). Deze interventies kennen een (bandbreedte van) behandelduur met aantal individuele consulten of groepsbijeenkomsten. Enkel de behandelduur en intensiteit voor deze duur worden vergoed, met een marge om ruimte te houden voor enige variatie. Omdat bij deze maatregel een harde maximering aan het aantal behandelingen wordt vastgesteld, is het van belang dat er een voldoende onderbouwing bestaat voor het dat maximum. Deze maatregel kan daarom alleen per categorie van diagnoses/problematiek waarvoor een effectieve behandeling, met informatie over de passende behandelduur, beschikbaar is.
2. **Doelgroep**. Alleen geschikt voor problematiek die in te delen is op diagnose/type problematiek, dus voornamelijk voor de jeugd-GGZ en deels voor de jeugd- en opvoedhulp, waarbij ook nog een effectieve behandeling en behandelduur bekend is. Bij veel van de interventies in de databank zijn contra-indicaties gedefinieerd, wat ook betekent dat de interventie bij deze jeugdigen minder effectief is
3. **Mechanisme**. Gemeente zal toezien en sturen op gemiddelde trajectduur op basis van wat bekend is over bewezen effectieve behandeling bij specifieke diagnoses. De uitschieters in de behandelduur worden niet meer vergoed.

Uitvoering (incl. betrokken partijen)

- Actueel houden (en bij voorkeur uitbreiden) van lijst bewezen effectieve interventies en bijbehorende behandelduur (op landelijk niveau)
- Bepalen behandelduur en kosten per individueel traject op basis van diagnose (aanbieder en gemeente)

Randvoorwaarden

- Dit vraagt uitbreiding van de huidige databank effectieve jeugdinterventies met andere bestaande bewezen effectieve methodieken en meer onderzoek naar veel gebruikte interventies en hun effectiviteit. Momenteel omvat de databank 33 interventies op het niveau *Effectief volgens sterke of goede aanwijzingen*, waarbij er overlap is in de doelgroepen van deze interventies. Naar schatting bestrijken de interventies daarmee slechts zo'n 10% van de toegepaste interventies in de jeugdzorg[7]. Bij veel van de interventies zijn contra-indicaties gedefinieerd, wat ook betekent dat de interventie dan minder effectief is. Als de databank in de toekomst uitgebreider is en er meer bewezen effectieve interventies zijn, kan het effect van deze maatregel toenemen.
- Consensus over de diagnoses/type problematiek, zwaarte en exclusiecriteria per bewezen effectieve interventie
- Afspraken over hoe de kosten van herbehandeling binnen bepaalde periode worden verdeeld

[7] Deze schatting is gebaseerd op een gesprek met het NJi.

Financiële effecten

Voor deze maatregel hebben we op dit moment nog onvoldoende data om te kunnen bepalen of de maatregel naar verwachting significant effect heeft. Het NJi heeft aangegeven geen zicht te hebben op de omvang van de doelgroep waar bewezen effectieve interventies voor beschikbaar zijn noch voor de omvang van de doelgroepen waar het op dit moment voor wordt toegepast.

Conclusie financieel effect: er zijn onvoldoende gegevens beschikbaar om tot kwantificering te komen. Voorbereiding en uitvoering van deze maatregel vraagt daarmee ook uitgebreid vervolgonderzoek. In de huidige situatie met een beperkt aantal bewezen effectieve interventies zal de potentiële besparing van de maatregel beperkt zijn.

Overige aandachtspunten

- Er is nog te weinig informatie beschikbaar over bewezen effectieve behandelingen om voor een significant deel van de jeugdzorg te kunnen normeren. Deze maatregel leidt tot een focus op evidence based interventies, en minder op practice based interventies, die doorgaans (nog) niet bewezen effectief zijn;
- Deze maatregel leidt nog niet meteen tot implementatie van de bewezen effectieve interventies, ook dit vraagt een investering;
- Voordeel van de maatregel is dat het vermoedelijk de inzet van bewezen effectieve interventies stimuleert.

Maatregel 4. Herindiceren na zes maanden door gemeente

Omschrijving

1. **Wat houdt de maatregel in?** Indicaties worden standaard voor 6 maanden afgegeven. Als de behandeling na die zes maanden nog niet afgerond kan worden, moet een herindicatie aangevraagd door de aanbieder en moet de gemeente besluiten of deze afgegeven wordt
2. **Doelgroep**. De maatregel is voor de meeste vormen van jeugdzorg geschikt. Voor vormen van zorg waar vooraf bekend is dat langdurige ondersteuning nodig is, zou een uitzondering gemaakt moeten kunnen worden.
3. **Mechanisme**. Door na zes maanden opnieuw een indicatie aan te moeten vragen bij de gemeente wordt afgedwongen dat opnieuw een expliciete afweging gemaakt wordt of verder behandelen nog nodig is en naar verwachting nog voldoende oplevert. Het biedt een logisch moment om af te sluiten en leidt er daarmee naar verwachting toe dat meer trajecten na zes of een veelvoud van zes maanden afgerond worden. Daarnaast is de aanvraag voor herindicatie het moment om opnieuw te kijken naar de doelen en hoe deze te bereiken.

Uitvoering (incl. betrokken partijen)

- Vaker indiceren vraagt extra administratie en een extra gesprek van zowel gemeente als aanbieder

Randvoorwaarden

- Het proces van herindiceren moet helder zijn ingericht, liefst zodat het professionals zo min mogelijk uren administratie kost.

Financiële effecten

Deze maatregel brengt zowel kosten met zich mee als een mogelijke besparing. In de voor dit onderzoek gebruikte brondata waren geen data beschikbaar om de effecten van herindiceren te berekenen. Wel gaf Aspectu aan dat eerdere analyses op basis van het berichtenverkeer suggereerden

dat actieve regie op de duur van trajecten voor sommige trajecten (met name multi-problematiek en meerdere betrokken aanbieders) leidde tot een kortere behandelduur. Die effecten leken meer te wijten aan een breder pakket van actieve regie, en niet enkel herindiceren.

De kosten voor herindiceren zijn relatief hoog. Professionals geven aan 3 tot 5 uur per cliënt nodig te hebben. Dit proces vraagt zowel een inhoudelijke afweging als administratieve activiteiten, waaronder het verantwoorden van de wens tot herindiceren aan de gemeente. Aanvullend op de extra tijd door professionals moeten uiteraard gemeenten de aanvraag ook beoordelen en verwerken.

Conclusie financieel effect: er zijn op dit moment onvoldoende gegevens om tot kwantificering te komen. Gegeven de naar verwachting hoge administratieve lasten is er een reële kans dat de maatregel hooguit beperkt besparend werkt.

Overige aandachtspunten

- De maatregel verhoogt de administratieve lasten, en gaat daarmee in tegen het streven om de administratieve lasten te verlagen. Er zijn al wachtlijsten rondom indicatiestelling, dit zorgt voor een extra druk op de indicatieverstrekkende instellingen en op aanbieders.
- Als jeugdigen opnieuw worden verwezen via de medische verwijsroute via huisartsen en de verwijsroute via GI's, is de maatregel in de praktijk minder effectief, tenzij er in de regio wordt afgesproken tussen partners dat er op deze momenten standaard de toegang wordt betrokken.

Maatregel 5. Streefeinddatum vaststellen

Omschrijving

1. **Wat houdt de maatregel in?** Bij de start van een behandeling wordt een streefeinddatum vastgesteld met behandelaar en gezin. De aanbieder evalueert rond die datum zelf of behandeling kan worden afgesloten.
2. **Doelgroep**. De maatregel is geschikt voor het merendeel van de jeugdhulptrajecten, voor zover gericht op het realiseren van verbetering; voor trajecten bestaand uit langdurige ondersteuning en/of begeleiding is deze maatregel minder of niet geschikt. Daarnaast heeft de maatregel naar verwachting minder effect op zorg in een crisis (gezien de korte behandelduur), en bij pleegzorg (omdat de reden voor uithuisplaatsing daar vaak gerelateerd is aan de dynamiek in het gezin, en ingrijpen op de behandeling voor het kind een snellere terugplaatsing niet per sé mogelijk maakt).
3. **Mechanisme**. Door de maatregel wordt een duidelijk ijkpunt gemaakt, waar opnieuw expliciet afgewogen moet worden of verder behandelen zinvol is. Dit vergroot de kans dat de behandeling tijdig wordt afgesloten, en anders tenminste opnieuw scherp is gesteld waar nog aan gewerkt moet worden in de behandeling.

Uitvoering (incl. betrokken partijen)

- Vastleggen streefeinddatum en beoordelen rond die datum of afronding mogelijk is door aanbieder

Randvoorwaarden

- Er dient vooraf bij het bepalen van het behandeltraject een duidelijk (en kloppend) beeld te zijn van de problematiek, de benodigde behandeling en de duur van de behandeling.

Financiële effecten

Op basis van de inschattingen van professionals kan dit potentieel een relevante besparing opleveren. Professionals hebben een jeugdzorgbrede inschatting gegeven van het percentage cliënten waarvoor deze maatregel meerwaarde zou hebben, de mate waarin de maatregel al wordt toegepast, en het verwachte effect in maanden in vermindering van de behandelduur. Daarnaast brengt de maatregel ook kosten met zich mee in de vorm van de extra tijd die het kost om een streefeinddatum vast te stellen. Het is in de data niet mogelijk om langdurige trajecten en trajecten in crisis uit te sluiten; wel hebben we pleegzorg uitgesloten.

Berekening

Op basis van de interviews en praktijktoets verwachten we dat het deel van de cliënten waarvoor de maatregel baten kan opleveren tussen de 10 en 25 % ligt, dat de maatregel bij 55 à 65 % van de cliënten nog niet wordt toegepast, en dat de gemiddelde maanden besparing per cliënt 1,5 à 2 maanden bedraagt. Daarnaast zijn er meerkosten bij het toepassen van deze maatregel, die worden geschat op 1 uur inzet van een betrokken professional per cliënt, tegen een tarief van tussen € 75,- en € 85,- euro per uur[8].

We hebben gerekend met een gemiddelde prijs per maand, gecorrigeerd voor de lagere intensiteit in de laatste maanden van een traject.

Maatregel 5: streefeinddatum	Financieel effect
Baten die deze maatregel oplevert	44 tot 93 miljoen euro
Kosten waarmee deze maatregel gepaard gaat	-16 tot -13 miljoen euro
Netto potentiële jaarlijkse besparing van deze maatregel	**29 tot 78 miljoen euro**

Conclusie financieel effect: deze maatregel kan naar verwachting een interessante besparing opleveren, met relatief weinig implementatiekosten en andere nadelen.

Overige aandachtspunten

- Voor zover aanbieders dit al doen, werd in interviews aangegeven dat professionals elkaar hier in de praktijk kritisch op bevragen en dat dit daarmee bijdraagt aan scherpere afwegingen.
- Vraag bij deze maatregel is nog wel of, en hoe, hierop te sturen; wordt dit een verplichting die gemeenten via inkoopcontracten opleggen? In dat geval verhoogt de maatregel de administratieve lasten, en gaat daarmee in tegen het streven om de administratieve lasten te verlagen.

Maatregel 6. Betere contractering tussen professional en gezin, met aandacht voor behandeldoelen en verwachtingsmanagement

Omschrijving

1. **Wat houdt de maatregel in?** Bij de start van het traject (concreet bij het eerste gesprek na de intake) worden concrete doelen voor de behandeling opgesteld. Deze worden ook afgestemd met de jeugdige en de ouders. Zo is aan het begin van het traject al duidelijk gedefinieerd wanneer het “goed genoeg” is. Als deze doelen bereikt zijn, wordt de behandeling afgesloten, tenzij er een groot risico is op terugval.

[8] Voor het bepalen van deze bandbreedte hebben we onder meer gekeken naar Stelsel in Groei (AEF, 2020), rekening houdend met inflatie; en naar de Verkenning Maatschappelijke Prijslijst (Verwey-Jonker Instituut, 2022).

2. **Doelgroep**. Alle vormen van jeugdzorg waarin behandeling plaatsvindt. Waar langdurig zorg nodig is heeft de maatregel minder effect; wel kan het ook in die situaties leiden tot een kortere duur van behandeling waarin gewerkt wordt aan verbetering richting een concreet perspectief (bijvoorbeeld een zekere mate van zelfstandigheid). Daarnaast heeft de maatregel naar verwachting minder effect op zorg in een crisis (gezien de korte behandelduur), en bij pleegzorg (omdat de reden voor uithuisplaatsing daar vaak gerelateerd is aan de dynamiek in het gezin, en ingrijpen op de behandeling voor het kind een snellere terugplaatsing niet per sé mogelijk maakt).
3. **Mechanisme**. Door vooraf te concretiseren wanneer de behandeling afgerond kan worden en dit ook expliciet te bespreken met de ouders worden professionals ondersteund om de behandeling af te ronden wanneer die doelen zijn bereikt. Dit voorkomt dat doorbehandeld wordt op lichte aanvullende problematiek die in de behandeling gevonden wordt, maar die op zichzelf niet had geleid tot een indicatie.

Uitvoering (incl. betrokken partijen)

- Van aanbieders vraagt dit een iets aangepaste werkwijze:
  - in eerste gesprek (na intake) doelen en verwachte behandelduur afstemmen tussen gezin en behandelaar, waarbij ook aandacht is voor wat er nodig is om daarna zelfstandig weer verder te kunnen.
  - Voor het verwachte einde evalueren met ouders om de laatste stappen te bespreken en voor te bereiden op verwachte afronding.

Randvoorwaarden

- Opname in werkinstructie, met duidelijke instructies over de manier en detailniveau van het vaststellen (samen met het gezin) van de doelen

Financiële effecten

Uit het gesprek met de professionals blijkt dat dit in de praktijk al redelijk wat wordt toegepast, maar dat er nog potentieel is om het meer toe te passen. We verwachten daarmee dat deze maatregel potentieel tot besparing kan leiden. Professionals hebben een jeugdzorgbrede inschatting gegeven van het percentage cliënten waarvoor deze maatregel meerwaarde zou hebben, de mate waarin de maatregel al wordt toegepast, en het verwachte effect in maanden in vermindering van de behandelduur. Daarnaast brengt de maatregel ook kosten met zich mee in de vorm van de extra tijd die het kost om een streefeinddatum vast te stellen. Het is in de data niet mogelijk om langdurige trajecten en trajecten in crisis uit te sluiten; wel hebben we pleegzorg uitgesloten.

Berekening

Op basis van de interviews en praktijktoets verwachten we dat het deel van de cliënten waarvoor de maatregel baten kan opleveren tussen de 5 en 15 % ligt, dat de maatregel bij 50 à 60 % van de cliënten nog niet wordt toegepast, en dat de gemiddelde maanden besparing per cliënt 2 – 2,5 maanden bedraagt. Daarnaast zijn er meerkosten bij het toepassen van deze maatregel, die worden geschat op 1 uur inzet van een betrokken professional per cliënt, tegen een tarief van tussen € 75,- en € 85,- euro per uur.

We hebben gerekend met een gemiddelde prijs per maand, gecorrigeerd voor de lagere intensiteit in de laatste maanden van een traject.

Maatregel 6: betere contractering	Financieel effect
Baten die deze maatregel oplevert	31 tot 73 miljoen euro
Kosten waarmee deze maatregel gepaard gaat	-15 tot -12 miljoen euro
Netto potentiële jaarlijkse besparing van deze maatregel	**17 tot 59 miljoen euro**

Conclusie financieel effect: deze maatregel kan naar verwachting een interessante besparing opleveren, met relatief weinig implementatiekosten en andere nadelen. Het is wel waarschijnlijk dat het effect van deze maatregel sterke overlap heeft met het effect van maatregel 5.

Overige aandachtspunten

- Voor zover aanbieders dit al doen, werd in interviews aangegeven dat professionals elkaar hier in de praktijk kritisch op bevragen en dat dit daarmee bijdraagt aan scherpere afwegingen.
- Vraag bij deze maatregel is nog wel of, en hoe, hierop te sturen; wordt dit een verplichting die gemeenten via inkoopcontracten opleggen? De tijdsinvestering die controle op voldoen aan die verplichting zou vragen staat potentieel niet in verhouding tot de baten.

Maatregel 7. Terugvaloptie bieden voor cliënten, zodat er snel zorg kan worden ingezet bij een terugval

Omschrijving

1. **Wat houdt de maatregel in?** Het beschikbaar maken van een mogelijkheid om versneld opnieuw in te stromen in jeugdzorg wanneer problematiek na een eerder afgerond traject terugkomt. Concreet zou dit inhouden dat een jeugdige die zich opnieuw meldt bij de aanbieder waar hij of zij eerder onder behandeling was, bovenaan de wachtlijst komt en terug in behandeling kan bij één van de professionals die hem/haar eerder zag, voor een vastgesteld en beperkt aantal consulten, zonder een nieuwe indicatie aan te hoeven vragen. Bij verblijf geldt dat er een tijdelijk bed geboden kan worden voor een vastgesteld aantal nachten.
2. **Doelgroep.** De maatregel heeft met name invloed op die vormen van zorg waar momenteel een wachtlijst is. De maatregel kan zowel voor ambulante als residentiële jeugdhulp.
3. **Mechanisme.** Professionals laten soms jongeren niet uitstromen omdat er zorgen zijn of de resultaten van de behandeling voldoende bestendigd zijn. Jeugdigen blijven dan “voor de zekerheid” in behandeling en/of in verblijf. Dit geldt met name wanneer er wachtlijsten zijn, en een jeugdige bij terugval dus eerst weer een tijd zou moeten wachten. Een terugvaloptie zou ertoe kunnen leiden dat professionals eerder de jeugdige kunnen laten uitstromen, omdat ze erop vertrouwen dat er snel weer zorg geboden kan worden indien nodig. Daarnaast kan deze back-up mogelijkheid jeugdige en behandelaar extra vertrouwen geven en daarmee eerder afschalen faciliteren.

Uitvoering (incl. betrokken partijen)

- Inrichten proces bij aanbieder om aanmeldingen via deze route te kunnen verwerken
  - Dit vraagt ook het beschikbaar houden van capaciteit voor jeugdigen die via deze route met voorrang instromen
- Behandelaren moeten vervolgens ook daadwerkelijk eerder afronden

Randvoorwaarden

- Uitwerken van voorwaarden waaronder en welke zorg de jeugdige via deze route kan krijgen
- Afstemming met gemeenten over indicaties

- Voor goede uitvoering van de maatregel kan het noodzakelijk zijn om een extra percentage capaciteit te hebben, om vanuit de aanbieders flexibiliteit te kunnen bieden om jeugdige snel bij een bekende behandelaar te laten starten

Financiële effecten en overige aandachtspunten

In de sessie met professionals werd benoemd dat dit inhoudelijk een wenselijke maatregel is, maar dat het effect naar verwachting beperkt is. Voor jeugdhulp met verblijf wordt daarbij specifiek benoemd dat er al wordt gestuurd op zo snel mogelijke uitstroom en daarbij regelmatig al een bed op recept wordt geboden of een strippenkaart. Een jeugdhulpaanbieder voor jeugdigen met een verstandelijke beperking benoemde ditzelfde. De verwachte besparing is dus gering.

Daarnaast brengt deze maatregel met zich mee dat andere jongeren langer op de wachtlijst staan: het vraagt immers van aanbieders dat zij reservecapaciteit aanhouden om de terugstroom met voorrang op te kunnen pakken. Dat laatste maakt het stelsel als geheel juist minder efficiënt. Er wordt dus weinig financieel voordeel verwacht, aangezien de jongeren die langer op de wachtlijst staan vaak langer overbruggingszorg krijgen.

Conclusie financieel effect: deze maatregel heeft naar verwachting weinig effect, en een negatief effect op de efficiëntie van het stelsel als geheel.

Maatregel 8. Voorrang op de wachtlijst voor jeugdigen die vanuit jeugdhulp met verblijf doorstromen

Omschrijving

1. **Wat houdt de maatregel in?** Jeugdigen die (tijdelijk) in jeugdhulp met verblijf zitten met een behandeling en doorstromen naar een ambulant traject of open afdeling, krijgen voorrang bij plaatsing. Dit verkort het traject jeugdhulp met verblijf.
2. **Doelgroep**. Jeugdigen die een ambulante vervolgbehandeling krijgen na jeugdhulp met verblijf of naar een open afdeling doorstromen na een gesloten plaatsing en hiervoor op een wachtlijst staan. Jeugdigen in pleegzorg vallen hierbuiten.
3. **Mechanisme**. Als deze jeugdigen voorrang krijgen bij plaatsing, wordt onnodige extra tijd in verblijf voorkomen. De aanname is dat in die extra tijd in verblijf wel verder behandeld zou kunnen worden, maar dat het kosteneffectiever is als de behandeling ambulant plaatsvinden. We gaan er in deze maatregel vanuit dat de duur van het ambulante traject ongewijzigd is.

Uitvoering (incl. betrokken partijen)

- Organisatorisch inrichten van voorrang (aangepast aanmeldproces om aanmeldingen via deze route te kunnen verwerken) door aanbieders
- Afstemming tussen aanbieders in individuele gevallen om de voorrang te kunnen organiseren

Randvoorwaarden

- Uitwerken van voorwaarden waaronder en welke zorg de jeugdige via deze route kan krijgen
- Voor meer impact en uitstroom uit jeugdzorg met verblijf vraagt dit voldoende beschikbaarheid van beschermd/begeleid wonen plaatsen

Financiële effecten en overige aandachtspunten

Professionals geven aan dat dit vaak *binnen* een aanbieder al gebeurt, en dus met name effect kan hebben voor jeugdigen die bij een andere aanbieder op de wachtlijst zouden komen. Daarbij wordt

ook nog benoemd dat er door diverse aanbieders van jeugdhulp met verblijf dan ambulante overbruggingszorg wordt geleverd in afwachting van ambulante jeugdhulp. Bij deze groep jeugdigen is er waarschijnlijk iets minder effect te verwachten. Het effect blijft dan beperkt tot de besparing door het voorkomen of inkorten van de periode waarin overbruggingszorg wordt geleverd.

Door professionals wordt aangegeven dat de besparing waarschijnlijk relatief beperkt is voor het grootste deel van de groep in jeugdzorg. Specifiek voor jeugdigen met LVB en jeugdigen in de JeugdzorgPlus is er wel vaak sprake van wachtlijstproblematiek dan wel het vinden van geschikte plekken. De grootste vertragende factor bij JeugdzorgPlus en voor jeugdigen met een meervoudige beperking, zoals benoemd door aanbieders, is het vinden van passende externe plekken voor behandeling, en niet zozeer de wachtlijst voor behandeling. De vraag is dus of deze maatregel dit probleem oplost. Vanuit een andere aanbieder werd aangegeven dat het gebrek aan woonruimte een grotere belemmering is dan de wachtlijsten, zeker voor uitstroom vanuit open groepen. Ook werd aangegeven dat 25% van de jeugdigen in JeugdzorgPlus weer terugvalt, wat impliceert dat er potentieel ook met enige regelmaat juist al te snel wordt afgeschaald.

Voor het berekenen van de omvang van het effect is het nodig om zicht te hebben op de wachttijden op ambulante trajecten van jeugdigen in jeugdhulp met verblijf. Op landelijk, regionaal en lokaal niveau ontbreken momenteel cijfers over wachtlijsten, zowel over de aanwezigheid van eventuele wachtlijsten als over de gemiddelde wachttijd. In welke mate wachtlijsten invloed hebben op de gemiddelde trajectduur is moeilijk vast te stellen.

Conclusie financieel effect: Op basis van de inbreng en inschattingen van professionals lijkt de mogelijke besparing van deze maatregel laag, omdat dit gedeeltelijk al gebeurt en omdat contra-indicaties en tekort aan woonplekken vaak een groter probleem zijn. Waar er sprake kan zijn van een besparing (met name voor de lvb-doelgroep) is deze niet goed in te schatten met de huidige beschikbare gegevens.

Maatregel 9. Supervisie vanuit een outtake team

Omschrijving

1. **Wat houdt de maatregel in?** Inzet van supervisie, bijvoorbeeld via speciale outtake teams, om professionals te begeleiden en meer handvatten te geven om tijdig af te schalen. Dit kan worden gedaan door op vaste momenten (e.g. na 6 maanden) en/of op verzoek supervisie vanuit een outtake-team te organiseren.
2. **Doelgroep.** In beginsel kan deze maatregel worden toegepast op alle vormen van jeugdzorg, maar zal het effect niet aanwezig zijn bij elke cliënt. Bij jeugdigen in pleegzorg wordt er geen effect verwacht van supervisie vanuit een outtake team.
3. **Mechanisme.** Supervisie gericht op afronding of aansluiten bij een consult kan een professional ondersteunen in de (soms toch ingewikkelde én spannende) afweging of een cliënt voldoende is geholpen; en zo niet, of het nog voldoende toegevoegde waarde heeft om door te gaan. Daarbij zal een onafhankelijke professional die geen directe relatie heeft met het gezin objectiever kunnen kijken naar of verder behandelen nog nodig is of dat er wel afgerond kan worden.

Uitvoering (incl. betrokken partijen)

- Deze maatregel vraagt van aanbieders het samenstellen van outtake teams, met relatief senior professionals, die op specifieke momenten betrokken worden bij een behandeling en kunnen meekijken of verdere behandeling noodzakelijk is.

Randvoorwaarden

- Aanvullende training van professionals in outtake teams gericht op vaardigheden voor tijdig afronden.
- Extra inzet van supervisoren of een outtake team gericht op afronden van casuïstiek, waarbij dit ook bekostigd moet worden.
- Organisatie van supervisie voor vrijgevestigden / kleinere aanbieders, bijvoorbeeld via de beroepsverenigingen

Financiële effecten

De inschattingen van professionals lopen sterk uiteen. We verwachten dat deze maatregel potentieel tot besparing kan leiden. Omdat het nog beperkt gedaan wordt, is het nog lastig in te schatten wat de besparing kan zijn. Professionals maken hier wel een inschatting van, maar deze lopen wel behoorlijk uiteen. We hebben ervoor gekozen om de inschatting vanuit een organisatie die al werkt met deze methode wat zwaarder mee te wegen.

Berekening
Op basis van de interviews en praktijktoets verwachten we dat het deel van de cliënten waarvoor de maatregel baten kan opleveren tussen de 15 en 35% ligt, dat de maatregel bij 70 à 90% van de cliënten nog niet wordt toegepast, en dat de gemiddelde maanden besparing per cliënt 2 tot 3 maanden bedraagt. We hebben de jeugdigen in pleegzorg buiten beschouwing gelaten.
Daarnaast zijn er meerkosten bij het toepassen van deze maatregel, die worden geschat op 3 tot 4 uur inzet (totaal) van de behandelaar en de supervisor. We hebben gerekend met een gemiddeld tarief van 80-120 euro per uur, omdat meer senior professionals zullen worden ingezet voor de supervisie. De incidentele kosten voor het trainen van professionals voor de outtake teams zijn niet meegenomen in de berekening.

We hebben gerekend met een gemiddelde prijs per maand, gecorrigeerd voor de lagere intensiteit die de laatste maanden van een traject hebben.

De inschattingen die gemaakt zijn lopen relatief sterk uiteen. Daarmee is de bandbreedte waarmee de maatregel gekwantificeerd wordt ook groot.

Maatregel 9: supervisie via een outtake team	Financieel effect
Baten die deze maatregel oplevert	94 tot 199 miljoen euro
Kosten waarmee deze maatregel gepaard gaat	-94 tot -62 miljoen euro
Netto potentiële jaarlijkse besparing van deze maatregel	**13 tot 123 miljoen euro**

Conclusie financieel effect: de maatregel brengt naar verwachting een besparing met zich mee, en draagt bij aan deskundigheidsbevordering onder professionals. De omvang van de verwachte besparing is op dit moment enkel met een grote bandbreedte te kwantificeren.

Overige aandachtspunten

- Nadeel van de maatregel is dat de outtake teams ook schaarse capaciteit vragen, die niet ingezet kunnen worden voor behandeling. Als de maatregel per saldo tijd bespaart is dit op termijn de moeite waarde, maar zeker in de opstartfase zal de capaciteit in de jeugdzorg negatief beïnvloed worden.

Maatregel 10. Inzetten op eigen kracht door inzet van maatje / mentor (bijvoorbeeld JIM)

Omschrijving

1. **Wat houdt de maatregel in?** Inzet van een mentor (bijvoorbeeld JIM, Jouw Ingebrachte Mentor) of maatje om ondersteuning in het eigen netwerk van de jongere te organiseren. Hierdoor is uitstroom uit verblijf eerder mogelijk, omdat een jongere een steviger netwerk heeft waar hij/zij steun uit ervaart en waar hij/zij ook op kan terugvallen als het toch tijdelijk wat lastiger is. Daarnaast kan er in sommige situaties potentieel een uithuisplaatsing voorkomen worden; dit effect is in dit onderzoek niet meegenomen.
2. **Doelgroep**. Jongeren in verblijf, inclusief kinderen in pleegzorg. Voor kinderen en jongeren in ambulante zorgvormen kan de maatregel een positief effect hebben op de kwaliteit van de zorg, maar maakt de intensieve begeleiding die nodig is voor succesvolle inzet van een mentor/maatje dat de kosten naar verwachting niet zullen dalen. We hebben daarom hier alleen gekeken naar jongeren in verblijf.
3. **Mechanisme**. Door de inzet van een mentor of maatje kan een jongere potentieel eerder terug naar huis, omdat de jongere meer steun ervaart in de directe omgeving.

Uitvoering (incl. betrokken partijen)

- Deze maatregel vraagt van de aanbieder dat zij in hun trajecten actief op zoek gaan naar maatjes of mentoren, en deze de juiste voorbereiding en begeleiding geven om hun rol te kunnen uitvoeren
- De maatregel vraagt daarnaast dat er binnen het netwerk van de jeugdige iemand bereid gevonden kan worden om de rol van maatje of mentor op te pakken

Randvoorwaarden

- Afbakening waar mentor/maatje/ondersteuner voor is en waarvan niet
- Training van professionals op werken met een mentor/maatje/ondersteuner
- Tijd voor professionals voor afstemming
- Opname in inkoopcontracten

Financiële effecten

Op basis van eerste inschatting lijkt de potentiële winst groot genoeg om interessant te zijn, maar daarbij moet opgemerkt worden dat de tijdsinvestering ook groot is volgens professionals. [PM]

Berekening

Op basis van de interviews en praktijktoets verwachten we dat het deel van de cliënten waarvoor de maatregel baten kan opleveren tussen de 40 en 50 % ligt, en dat de gemiddelde maanden besparing per cliënt rond de drie maanden bedraagt. Daarnaast zijn er meerkosten bij het toepassen van deze maatregel. Deze konden in dit onderzoek niet gekwantificeerd worden, omdat enkel de totale kosten van vervangende ambulante trajecten inclusief de JIM-methodiek bekend waren. Op basis van deze data is geen betrouwbare berekening te maken van de potentiële effecten. Daarbij moet opgemerkt worden dat op sommige plekken de extra tijdsbesteding voor aanbieders een reden is om de methodiek niet in te voeren. Dit heeft deels te maken met de vraag of deze kosten gefinancierd worden, maar ook deels met de hoogte van de kosten en benodigde extra capaciteit.

Conclusie financieel effect: het financieel effect kan op basis van de beschikbare data niet berekend worden.

Overige aandachtspunten

- Niet alle jeugdigen zijn in staat om een mentor/maatje/ondersteuning te vinden in hun netwerk, dit lukt volgens onderzoek 35 à 83 % van de jeugdigen[1].
- De meerwaarde van deze maatregel per jeugdige kan erg verschillen doordat het afhankelijk is van het huidige netwerk van de jeugdige (de uitgangssituatie), de capaciteiten van de mentor/het maatje en de steun die de jeugdige ook werkelijk nodig heeft[9]. Dit vraagt flexibiliteit van de professionals.
- Professionals geven aan dat het werken met een mentor/maatje/ondersteuner tijd kost en ervaren een drempel in het toepassen hiervan.
- Het effect van deze maatregel kan verschillen mede door in hoeverre er al systemisch en/of met vrijwilligers wordt gewerkt door een aanbieder.

[9] Youth Initiated Mentors: Do They Offer an Alternative for Out-of-Home Placement in Youth Care? | The British Journal of Social Work | Oxford Academic (oup.com)

Andersson
Elffers
Felix



Bijlagen

1 Gesprekspartners

In het proces hebben we in de eerste fase via interviews met diverse professionals en experts gesproken om te komen tot maatregelen en de bijbehorende effecten en voorwaarden. In de tweede fase hebben we in een werksessie met professionals gekeken naar of het mogelijk is om een inschatting te geven van de effecten en omvang van de populatie waar de maatregelen op van toepassing zijn, plus in hoeverre de maatregelen al worden toegepast. Aanvullend hierop hebben we nog enkele andere professionals specifiek bevraagd voor bepaalde maatregelen, om te toetsen of de inschattingen voor verschillende typen jeugdzorg passend waren. Zowel bij de praktijktoets als bij de aanvullende gesprekken konden de professionals niet voor alle maatregelen een inschatting geven. We hebben zo veel mogelijk professionals gesproken uit verschillende sectoren, maar bij de interpretatie van de resultaten is het van belang te realiseren dat het aantal gesproken professionals door de beperkte omvang van het project nog steeds beperkt was.

Gesproken professionals/experts en sector

- Directeur jeugd en gezin, specialistische GGZ
- Kinder- en jeugdpsychiater, specialistische GGZ
- Orthopedagoog, basis GGZ-praktijk
- Arts-assistent, specialistische GGZ
- Kinder- en jeugdpsychiater, specialistische GGZ
- Orthopedagoog, verstandelijk gehandicaptenzorgaanbieder
- Adviseur, verstandelijk gehandicaptenzorgaanbieder
- Manager behandelzaken, JeugdZorgPlus-instelling
- Directeur-bestuurder, jeugd- en opvoedhulpaanbieder
- Ontwikkelaar Jeugd & Onderwijs, jeugd- en opvoedhulpaanbieder
- Kwaliteitsborger en praktijkbegeleider, jeugd- en opvoedhulpaanbieder
- Directeur, brede jeugdhulpaanbieder
- Voorzitter RvB, instelling voor (volwassen- en jeugd-)GGZ
- Landelijk ambassadeur VNG / voormalig bestuurder jeugd-GGZ

2 Toelichting op de data-analyse

We hebben de verwachte effecten met bandbreedtes gekwantificeerd

Het doel van het onderzoek was om te bepalen welke maatregelen leiden tot een kortere behandelduur en daarmee vermindering van de kosten. Het antwoord op deze vraag is niet exact te bepalen. Wij geven dan ook geen exacte uitkomst, maar een bandbreedte. De bandbreedte geeft de marge aan waarbinnen we verwachten dat de besparing zou vallen als de maatregel wordt ingevoerd.

In deze bijlage leggen we op hoofdlijnen uit welke data gebruikt zijn, waar onzekerheden uit voortkomen, en hoe we omgaan met onzekerheden en bandbreedtes.

De maatregelen zijn berekend met data en inschattingen uit verschillende bronnen

Om het effect van een maatregel te berekenen, hebben we voor iedere maatregel globaal dezelfde structuur aangehouden. In de tabel hieronder staan de elementen per berekening en hun bron toegelicht.

	Element	Bron	Toelichting
Baten	Totaal aantal trajecten	CBS Statline	Nieuwe trajecten jeugdhulp in natura in 2021 Exclusief pleegzorg voor maatregelen 5,6 en 9; inclusie voor maatregel 10
	Voor welk deel van de populatie heeft de maatregel effect	Inschatting professionals	We hebben gevraagd voor welk deel de maatregel werkt, en daarvan afgetrokken voor welk deel de maatregel nu al wordt toegepast
	Kosten per maand	Aspectu	Kosten per maand op basis van berichtenverkeer (zie onder voor nadere toelichting)
Kosten	Totaal aantal trajecten	CBS Statline	Nieuwe trajecten jeugdhulp in natura in 2021 Exclusief pleegzorg voor maatregelen 5,6 en 9; inclusie voor maatregel 10
	Deel van de trajecten waarvoor maatregelen nog niet worden toegepast	Inschatting professionals	
	Kosten per cliënt voor toepassen maatregel	Inschatting professionals of AEF en de maatschappelijke prijslijst	Inschatting tijd waar mogelijk opgehaald bij professionals, aangevuld door AEF. Inschatting tarief op basis van eerdere onderzoeken en ervaring AEF.

Voor de berekening van gemiddelde kosten per maand hebben we de volgende filters en correcties toegepast:

- Trajecten van korter dan 9 maanden en langer dan 50 maanden zijn uitgesloten, omdat deze naar verwachting geen representatief beeld geven van de kosten per maand die bespaard kunnen worden.
- Crisiszorg, kort verblijf/logeren en pleegzorg zijn uitgefilterd (m.u.v. pleegzorg bij maatregel 10) omdat op inhoudelijke gronden bij deze vormen van zorg weinig besparing in trajectduur verwacht kan worden.

- Voor het berekenen van de verwachte besparing per traject hebben we gekeken naar de intensiteit in de laatste, eennalaatste en op twee na laatste maand, en op basis daarvan de verwachte besparing per traject berekend.

Voor het aantal trajecten is gekozen voor het aantal nieuwe trajecten (om dubbeltelling te voorkomen) in 2021. Op CBS Statline zijn deze cijfers te vinden voor *jeugdhulp in natura*, waarmee trajecten via een pgb uitgesloten zijn. Omdat het minder waarschijnlijk is dat gemeenten op deze trajecten kunnen sturen en het om een klein aandeel gaat (op basis van het aantal jeugdigen in jeugdhulp schatten we zo'n 3,6%) hebben we ervoor gekozen de cijfers voor jeugdhulp in natura aan te houden.

Voor de expertinschattingen hebben we een bandbreedte aangehouden

Professionals hebben waar mogelijk per onderdeel een inschatting gemaakt van het effect en/of de omvang. Op basis hiervan en de variatie in de antwoorden hebben we een inschatting gemaakt van hoe onzeker dit effect en/of de omvang is, om tot een bandbreedte te komen. Waar de inschattingen van professionals verder uiteen liepen, hebben we een grotere bandbreedte gehanteerd.

We hebben gecombineerde bandbreedtes met statistische rekenregels berekend

We hebben per deel van de maatregel een bandbreedte berekend, voor zowel ambulante jeugdhulp als jeugdhulp met verblijf. Deze hebben we vervolgens gecombineerd tot een bandbreedte van de gehele maatregel. Bandbreedtes kunnen niet zomaar opgeteld worden door de onder- en bovengrenzen op te tellen. Ook vermenigvuldigen van bandbreedtes geeft geen goede inschatting van de uiteindelijke bandbreedte. De manier waarop we bandbreedtes combineren komt voort uit de statistiek, dit heet ook wel *foutenvoortplanting.* Deze hebben we zowel voor optelling van effecten *binnen* een onderdeel als voor het *combineren* van verschillende onderdelen gebruikt. Voor meer informatie over de toepassing van foutenvoortplanting bij het kwantificeren van effecten van maatregelen verwijzen we naar Stelsel in Groei, p. 66 en verder.