

**VOORBIJ DE DIAGNOSE
VAN TEKORTEN OP
JEUGDHULP EN DE WMO:
EEN BLIK OP DE
ZOEKTOCHT NAAR HULP
DIE WERKT**

Door Harry Kruijer en Floor Kellerman
Instituut voor Publieke Waarden
Mei 2019



1 // Inleiding.....	3
2 // De wereld van gezinnen.....	5
Thema 1: Wat kunnen en doen gezinnen zelf?	5
Thema 2: Welke rol spelen professionals?	8
Thema 3: De effectiviteit van hulp	10
Thema 4: Welke afwegingen worden gemaakt?	12
3 // De wereld van tekorten.....	14
Toename in 2017	14
Nieuw inkoopmodel	16
Toegang.....	18
Behandeling	20
Uitstroom	20
Waterbedeffecten	21
4 // Conclusies en aanbevelingen.....	23

1 // Inleiding

De decentralisaties beloofden meer en adequate hulp aan inwoners. Door de toegang tot hulp en ondersteuning dichterbij te organiseren, door integraal te werken en maatwerk mogelijk te maken. Bijna vier jaar later kampen veel gemeenten met grote tekorten in het sociaal domein. Met name op jeugdhulp, en de Wmo. Ook de gemeente Tynaarlo. De Gemeente Tynaarlo is in korte tijd van een overschot op jeugdhulp naar een tekort gegaan. Dat tekort is hoger dan in de Noord- en Midden Drentse gemeenten van vergelijkbare omvang met wie zij Wmo- en jeugdhulp gezamenlijk inkoopt. De gemeente zoekt naar andere verklaringen die het plotselinge tekort en het grote verschil tussen Tynaarlo en de regiogemeenten kunnen verklaren. Waar komt dit tekort vandaan? Wat zijn daar mogelijke verklaringen voor? Maar het financiële tekort in Tynaarlo triggert ook een andere vraag. Hoe ervaren haar inwoners die zorg en hulp nodig hebben nu eigenlijk de zorg die de gemeente biedt?

In dit onderzoek verkennen we de wereld van tekorten vanuit twee gezichtspunten. We verkennen de effectiviteit van de zorg vanuit het beeld dat gezinnen hier van hebben. Daarnaast verkennen we mogelijke verklaringen voor het tekort met professionals. De vragen die dit onderzoek richting geven zijn:

- 1) Hoe ervaren gezinnen de effectiviteit van de (jeugd)zorg en ondersteuning in Tynaarlo? Wat werkt volgens hun wel en wat niet?
- 2) Wat verklaart het ontstane tekort op de begroting jeugd?
- 3) Wat kan de gemeente Tynaarlo anders doen om de in te zetten (jeugd)zorg effectiever te maken en eventuele tekorten in de toekomst te voorkomen?

Proces

Om antwoord op deze vragen te geven hebben we 10 ouders van kinderen die zorg en of ondersteuning krijgen gesproken. In 7 gevallen krijgen de ouders vormen van ondersteuning uit de WMO. Naast gesprekken over hun ervaringen hebben we hun hulpverleningsgeschiedenis geanalyseerd.

Wanneer wij spraken over kinderen spraken wij altijd met de ouders. Als het gaat over jeugdhulp gaat dit onderzoek over de perceptie van de ouders, niet van de kinderen.

Naast de gesprekken met ouders hebben we met professionals van de gemeente Tynaarlo hypothesen opgesteld die een verklaring kunnen geven voor de toename in de jeugdzorg en het ontstane tekort. De hypothesen hebben richting gegeven aan de zoektocht naar verklaringen voor het tekort. Daarnaast bieden ze aangrijpingspunten om de derde vraag van het onderzoek te beantwoorden: wat kan de gemeente Tynaarlo anders doen?

Omdat de wereld van de gezinnen en de wereld van de tekorten echt andere werelden zijn, presenteren we beide deelonderzoeken in verschillende hoofdstukken. In hoofdstuk twee bespreken we ons onderzoek naar de vraag hoe gezinnen de hulp beleven. In hoofdstuk drie bespreken we vervolgens onze bevindingen op de 18 hypothesen die we in het kader van dit onderzoek formuleerden.

In hoofdstuk 4 brengen we deze werelden bij elkaar en trekken we conclusies en doen we aanbevelingen.

Beperkingen van het onderzoek

We hebben een relatief klein aantal gezinnen gesproken. Tien gezinnen maken het mogelijk om diepgaand ervaringen op te halen. Dat is gelukt. Het aantal is echter niet genoeg om generaliserende uitspraken te doen die over alle inwoners van Tynaarlo gelden. Daarnaast hebben we met de beperkte selectie van tien gezinnen vanuit de gezinnen geen zicht gekregen op alle 18 hypothesen over het tekort.

Voor dit onderzoek heeft de gemeente 20 potentiële gezinnen geselecteerd die we benaderd hebben met de vraag of ze hun ervaringen willen delen. Dit zijn allemaal gezinnen waar meerdere problemen spelen of in ieder geval verschillende indicaties zijn afgegeven. Het zijn allemaal gezinnen die gezag over hun kinderen hebben en waarvan de toegang voor jeugdzorg via de gemeente is gelopen¹. We hebben gekozen voor deze groep om gezinnen te spreken waar de werkwijze van de gemeente het meest van op invloed is. Deze keuze brengt de beperking met zich mee dat we niet alle typen gezinnen gesproken hebben.

¹ Ten minste voor één van de indicaties

2 // De wereld van gezinnen

We hebben tien ouders gesproken over hun ervaringen met jeugdhulp en ondersteuning op basis van de Wmo in Tynaarlo. Dit hebben we gedaan om hun verhaal over kwaliteit, effectiviteit en hun eigen rol in het proces weer te geven. Naast de gesprekken hebben we het dossier rond hun hulpverleningsgeschiedenis bestudeerd. Tijdens de gesprekken en bij het bestuderen van de dossiers hebben we stilgestaan bij vier thema's:

1. Wat kunnen en doen gezinnen zelf?
2. Welke rol spelen professionals?
3. Hoe effectief is de ingezette zorg?
4. Welke afwegingen worden gemaakt om zorg in te zetten?

De aard van de problematiek in de gezinnen verschilt. Maar zelfs - of juist dankzij - de diversiteit van de problematiek hebben we een goed beeld gekregen van hoe de inwoners die we hebben gesproken hun zoektocht naar hulp die werkt beleven of hebben beleefd. Dat laatste onderscheid is belangrijk. Wij hebben mensen gesproken die nog steeds in de problemen zitten en die daarbij de hulp krijgen die ze nodig hebben. We hebben gezinnen gesproken die in de problemen zitten en nog wachten op hulp, en we hebben gezinnen gesproken die inmiddels in rustiger vaarwater zijn beland.

Thema 1: Wat kunnen en doen gezinnen zelf?

De gezinnen die we spraken zijn buitengewoon veerkrachtig. Ondanks de problemen die er spelen vinden ze manieren om er mee om te gaan. De meeste gezinnen hebben meerdere moeilijke perioden of crises achter de rug. De verhalen die ze hierover vertellen laten zien hoe groot de impact van een kind dat ziek is en problemen heeft op een gezin kan zijn. Zeker als nog niet duidelijk is welke zorg ingezet kan en moet worden en als de geboden zorg niet voldoende aanslaat. In die situaties kunnen ouders snel wegzakken, van onzekerheid over hun eigen rol in de opvoeding tot complete radeloosheid. Ze willen zó graag hulp voor hun kind. De onrust en het verdriet dat dit met zich meebrengt, maakt dat de relaties in

gezinnen onder druk komen te staan. Opvoeden gaat dan moeilijk en achteraf gezien geven ouders aan die situaties niet altijd goed te handelen. Zowel richting de kinderen, richting elkaar, als richting professionals.

Een ouder van een kind met ASS (Autisme Spectrum Stoornis) gaf aan hoe overspannen je raakt als je kind zo boos is. 'Je wilt zo graag hulp. Eerst hadden we iemand van de thuisbegeleiding. Die werkte totaal averechts voor mensen met autisme. Ik heb er een melding van gemaakt.' Deze ouder was overbelast en wanhopig. 'Ik wil zo graag hulp dat ik meteen van slag ben als iemand de plank mislaat. Het is zuur voor ons dat we het niet hebben kunnen redden thuis. We zullen nooit weten of we het met goede hulp wel hadden gered. We hadden hulp nodig gehad waardoor hij rustig zou worden. Hij kan zo lang op je inhakken. Het is net alsof iemand je doormidden zaagt. Dan blijf je niet stil liggen'.

Toch leren de ouders die we spreken omgaan met deze situaties. Dat komt verdrietig genoeg door meer ervaring met dergelijke situaties. Het komt ook doordat ze langzaam moeten accepteren dat niet alle hulp en zorg een perfecte oplossing voor hun kind biedt. En alle ouders hebben wel een verhaal over praktische tips en tricks die ze aangereikt krijgen. Tips die voor hun het verschil maakte om met de situatie om te gaan. Die tips krijgen ze op verschillende manieren. De één leert van vrienden met soortgelijke ervaring, de ander tijdens ingezette systeemtherapie om de spanning in het gezin weg te nemen en weer een ander komt geheel toevallig met iemand in gesprek die ervaring heeft met een soortgelijk kind of situatie. Wat opvalt is dat deze hulp, in welke vorm dan ook, altijd vrij laat komt in het proces. Het lijkt erop dat ouders pas vrij laat in het proces inzien hoe zwaar ze het zelf hebben. En dan op zoek gaan naar manieren om er zelf beter mee om te gaan. Zelfmoordpogingen drijven ouders tot wanhoop. 'Ons kind geeft constant aan dat hij dood wil. Op een gegeven moment zei ik, doe dan maar. Vervolgens zei ik tegen mijn kind: eigenlijk zeg je tegen mij dat je er niet meer uitkomt in je hoofd en hulp nodig hebt'. Deze ouder kreeg zelf WMO begeleiding (participatie/zelfredzaamheid). De begeleider kreeg mee wat er thuis met haar kind speelde, en wist hoe je met deze specifieke situatie kan omgaan. Vervolgens heeft zij tips gegeven over hoe je zo'n situatie kunt de-escaleren. Deze tips hebben weinig te maken met standaard opvoedadvies. Standaard opvoedadvies werkt in dit soort gevallen niet. Leren omgaan met een kindje dat kampt met een depressie, een stoornis in het autistisch spectrum en suïcide vraagt een ander soort interventies. 'Mijn begeleider begreep dat'.

Naast praktische tips en therapie zijn bijna alle ouders geholpen met één of andere vorm van respijtzorg. Als de druk op het gezin te hoog wordt

helpt het als kind en ouders tijdelijk of periodiek even uit elkaar gaan. De manier waarop dit het beste kan verschilt van gezin tot gezin. Voor de een werkt respijtzorg in het weekend goed. Voor een ander gezin werkte het goed dat hun kind even bij bekenden ging wonen. Voor weer een ander werkt alleen al de gedachte dat het kind ergens anders terecht kan goed.

De ouders die we spraken geven aan er op dit moment allemaal redelijk goed bij te zitten. Ze hebben het gered in een moeilijke periode. Maar ze laten ook allemaal weten dat dit niet vanzelfsprekend is. Ze vermoeden dat als mensen nog een paar meer problemen hebben, of van zichzelf minder veerkrachtig zijn het snel verkeerd kan gaan. Hoe we dit moeten duiden weten we niet precies. Waren deze tien ouders sterk en slim genoeg om zich te redden in een moeilijke situatie? Of hebben ze geluk gehad? Of redden de meeste ouders zich uiteindelijk wel, hoe zwaar het ook wordt? Dat is moeilijk te zeggen. Voor ons is in elk geval duidelijk geworden dat er geen sprake hoeft te zijn van meervoudige problematiek op meerdere leefdomeinen om het als gezin heel moeilijk te krijgen. Ook in gezinnen waar verder geen problemen spelen kan één kind met een beperking of ziekte en gedragsproblemen genoeg zijn om langzaam de weg kwijt te raken.

Conclusies:

- De ouders die we spraken zijn continue op zoek naar:
 1. Manieren om zelf beter met de problemen, ziekte of beperkingen van hun kinderen om te gaan.
 2. Beter passende en werkende zorg en ondersteuning voor kinderen. Dit zoekproces is een lange weg van trial en error.
- Om ouders in deze zoektocht te begeleiden is specifieke kennis van problematiek vereist. Deze kennis is echter niet altijd voorhanden bij betrokken professionals.
- Als er geen geschikte hulp of zorg is voor een ziek kind of kind met een beperking ontstaat er zoveel druk op een gezin dat er weinig ruimte meer is om er zelf uit te komen. De zoektocht naar passende zorg is dan belangrijk. Maar hulp kan in deze perioden ook bestaan uit het inzetten van praktische tips, of bijvoorbeeld door de inzet van systeemtherapie. Een kind met wie het niet goed gaat en waar nog geen passende zorg is gevonden werkt negatief op de opvoedkwaliteiten en zelfredzaamheid van ouders.

- Ouders hebben op moeilijke momenten veel aan vormen van respijtzorg.

Thema 2: Welke rol spelen professionals?

Iedereen heeft ergens één of meerdere professionals zitten waar ze steun aan hebben. Dit kan de casemanager zijn, maar ook de behandelend arts, begeleider van zoon of dochter, leerkracht of hulp of begeleider van henzelf. Deze professionals vormen de steun en toeverlaat voor de inwoners die we gesproken hebben. Ze kunnen altijd bij deze persoon terecht, voelen zich vertrouwd met hen, gezien en gewaardeerd. En ze weten dat als ze er om wat voor een reden dan ook zelf niet uit komen, dat deze professional wat voor ze kan betekenen. Aan de andere kant biedt lang niet iedere professional waar mensen mee te maken krijgen die steun. Niet iedereen heeft die taak, heeft er tijd voor, en lang niet met iedere professional hebben ouders en jongeren een goede klik.

In twee gevallen gaven ouders aan dat ze (nog) geen professional achter zich hadden staan die tegen ze zegt dat ze het goed doen. Ze erkennen dat je het zelf moet doen, maar dat je soms op weg geholpen moet worden. Van de ouders die verder zijn in het traject van hulpverlening of het hebben afgerond leren we meer over hoeveel verschil het omgekeerde heeft gemaakt. Een professional die achter je staat en zegt dat je het goed doet. Iemand waar je altijd bij terecht kunt. Het gevoel dat je er niet helemaal alleen voor staat. Het hebben van het telefoonnummer van de belangrijkste hulpverleners. Dat kon het nummer van de psycholoog zijn, de crisisdienst of de behandelend chirurg. Dat maakte het verschil.

Maar die steun en toeverlaat maakt voor ouders niet alleen verschil op momenten van crisis. De meeste ouders gaven aan hoe moeilijk het is om objectief een gesprek in te gaan door de emoties. Hulpverleners kunnen hun verhaal dan zonder emoties vertellen. De meeste ouders geven aan hoe moeilijk het is om redelijk te blijven als ze emotioneel zijn. Ook over de rol van de casemanagers wordt over het algemeen positief gesproken. Wij kunnen een vertekend beeld hebben, omdat we met een klein aantal gezinnen hebben gesproken. Wij hebben te weinig gezinnen gesproken van te weinig casemanagers om de conclusie te kunnen trekken dat dit positieve beeld breed gedragen wordt. Echter, de gesprekken hebben inzicht gegeven in wat voor een verschil een goede casemanager kan maken op het leven van een gezin.

‘Ik heb heel veel respect voor mijn casemanager en hoe voor mijn kind is gezorgd. De casemanager heeft onze gezinstherapeut en de therapeut van mijn kind bij elkaar gebracht zodat daar geen gaten en miscommunicaties

ontstaan'. Dit gezin werkt al jaren met dezelfde hulpverleners. 'Er is altijd iemand waar ik het neer kan leggen, van alsjeblieft neem het over'. De ouder die wij hebben gesproken heeft zelf een maatschappelijk werker die jaren meeloopt. 'Die prikt door mijn masker van "het gaat wel" heen. De maatschappelijk werker houdt ook de kinderen in de gaten en heeft contact met de hulpverlening van mijn kind. Wij zijn met elkaar een geoliede machine.' Dat er altijd hulp voor dit gezin beschikbaar is betekent niet dat het altijd makkelijk is om hulp te vragen. Ondanks de goede band met hulpverleners blijven er situaties waarin ouders en kinderen alsnog te laat aan de bel trekken.

Ook andere gezinnen zijn positief over de rol van hun casemanager wanneer zij een grote rol pakken in de zoektocht naar hulp die werkt. Ouders geven aan het prettig te vinden als de casemanager er stevig in zit. 'Ik vond het zwaar dat mijn kind uit huis ging en heb de casemanager erbij betrokken. De casemanager weet hoe moeizaam alles loopt'. Ouders zijn tevreden als de casemanager meedenkt.

Voor sommige ouders is de casemanager ook iemand bij wie je terecht kunt als het niet meer gaat. Een ouder met een verslavingsverleden spreekt ook vertrouwen uit in de hulpverlening. 'Toen ik een terugval had schrok ik daar erg van. Ik heb gelijk Revisal aangevraagd en hulpverlening gebeld'.

Achteraf foute inschattingen

Gezinnen oordelen voor het grootste deel positief over de rol van professionals waar ze steun aan hebben. Toch kennen ze ook allemaal situaties waarin professionals geen goede rol spelen. Acht van de tien gezinnen hebben helaas meerdere malen meegemaakt dat professionals verkeerde inschattingen maken. Professionals maken fouten en de keuzes die ze maken pakken niet altijd goed uit. Werken met jongeren en gezinnen in de problemen leidt niet altijd tot succes of een oplossing. Dat is vervelend voor de professionals maar vooral voor de gezinnen. Door de verkeerde inschatting gaat het verkeerd voor ouders of hun kinderen. Soms met gevolgen die niet of moeilijk te herstellen zijn. De ouders begrijpen goed dat professionals ook verkeerde inschattingen kunnen maken. Waar ze vaak het meeste moeite mee hebben is de communicatie rond verkeerde inschattingen.

Zowel vooraf als achteraf voelen ze zich dan niet gehoord en gewaardeerd. In een paar voorbeelden rond een verkeerde inschatting geven ouders of hun kind vooraf aan een bepaalde route, oplossing of behandeling niet te zien zitten. Vaak op basis van jarenlange ervaring met hun kind en/of verschillende behandelingen. Professionals geven aan dat ze die keuze

toch willen maken. Als blijkt dat dit achteraf de verkeerde beslissing is hebben ouders achteraf het gevoel onder druk te zijn gezet in een moeilijke periode in hun leven, om toch met het advies van de professional mee te gaan. Dit maakt het extra moeilijk om met de verslechterde situatie om te gaan. Na afloop van verkeerde beslissingen maken gezinnen mee dat professionals het besluit of hun keuze nogmaals gaan uitleggen of legitimeren, zonder simpelweg hun excuses aan te bieden, of sorry te zeggen. Fouten worden kortom zelden toegegeven waardoor de relatie tussen professional en cliënt verslechtert.

Conclusies:

Het beeld dat de ouders schetsen laat een moeilijke balans tussen 'zelfredzaamheid' en 'overnemen' zien. Soms is het nodig dat professionals dingen van gezinnen overnemen. Dit is het geval als de probleemlast zo groot is dat ouders er zelf even niet meer uitkomen. En gezinnen vinden het belangrijk te weten dat als ze dit nodig hebben, dat die hulp er onvoorwaardelijk voor ze is. En dat het gebeurt door iemand die ze kennen en vertrouwen.

1. Wat in positieve zin verschil maakt is een professional die je altijd kunt bellen als het crisis is.
2. Wat in positieve zin verschil maakt is een casemanager of een andere professional die gaten dicht in de hulpverlening rondom het gezin.
3. Wat in positieve zin verschil maakt is een hulpverlener die dingen kan overnemen van de ouders als het de ouders te veel wordt. Dat kan bijvoorbeeld betekenen dat de hulpverlener naast het gezin gaat staan en het verhaal op een redelijke manier vertelt als de ouders hun redelijkheid door omstandigheden verloren hebben. Ouders zijn soms door de omstandigheden niet meer effectief in het organiseren van adequate hulp voor hun kind en dan helpt het als de professional het ingezette pad blijft volgen.
4. Wat in negatieve zin het verschil maakt is de communicatie rond verkeerde inschattingen. Mensen voelen zich soms niet gehoord in moeilijke periodes in hun leven en horen weinig tot geen excuses voor verkeerde inschattingen.

Thema 3: De effectiviteit van hulp

Wij hebben onderzoek gedaan naar hoe ouders de kwaliteit van zorg ervaren. Wij hebben met hen uitgebreid gesproken over de route die hun

gezin heeft afgelegd door de hulpverlening. In de twee voorgaande paragrafen hebben we laten zien dat 'goede hulp' in de beleving van ouders niet alleen gaat over de vraag of een behandeling werkt of niet. De aard van de problemen en gezinssituaties zorgen ervoor dat het vinden van een effectieve behandeling voor hun kind voor een deel ook trial en error is. Alle ouders erkennen die complexiteit. Goede hulp gaat dan niet alleen over de vraag of een behandeling meteen werkt of niet, maar vooral over goede begeleiding in de moeilijke zoektocht naar hulp die werkt.

Wij hebben de effectiviteit van hulp niet gemeten of onderzocht. Wij hebben niet met de kinderen gesproken die de behandelingen hebben ondergaan. Wel hebben we onderzoek gedaan naar de perceptie van de ouders over wat in hun beleving verschil heeft gemaakt. In retrospectief.

De volgende factoren spelen bij de gezinnen een belangrijke rol:

1. **Tijd:** snelheid en adequaat reageren zijn factoren die in alle gesprekken een belangrijke rol spelen. Alle gezinnen hebben voorbeelden van interventies die snel en op het juiste moment ingezet kunnen worden. Deze interventies hebben vaak een groot effect. Dit geldt zowel voor het actief inzetten van een interventie als in gevallen waar professionals adequaat reageren als iets fout gaat. Tegelijkertijd vertellen ook alle gezinnen nog over veel gevallen waar hulp niet snel beschikbaar is of tijdig kan worden ingezet. Soms is er geen plek, soms duurt het een tijd voordat de juiste diagnose is gesteld en soms duurt het hele proces van toegang tot de start van de behandeling gewoon lang.
2. **Eigen inbreng:** gezinnen hebben zelf vaak jarenlange ervaring met zorg en ondersteuning. Hun inbreng helpt om effectieve interventies te selecteren, maar vooral om niet-effectieve manieren uit te sluiten. Ze weten vaak zelf wat niet werkt of niet heeft gewerkt.
3. **Klik:** een goede klik met de behandelaar of begeleider is volgens de ouders die we spraken minstens net zo belangrijk als de aard van de interventie.
4. **Exogene factoren:** er speelt zoveel in het leven van jongeren en de gezinnen dat er vaak meerdere oorzaken zijn aan te wijzen rond een positieve (en negatieve) wending. Dit maakt het heel moeilijk om het effect van op zichzelf staande interventies te bekijken en benoemen als er meer in een gezin speelt.
5. **Blijven werken en zoeken:** Het gebeurt helaas zelden dat het verwachte resultaat van een interventie ook precies zoals bedacht gerealiseerd wordt. Voor het sturingsmodel is het belangrijk te

kijken bij hoeveel van de gezinnen dit speelt. Voor de gezinnen zelf is het belangrijk dat ze zo goed mogelijk in deze moeilijke zoektocht worden gefaciliteerd. Je kunt als gemeente sturen op het effect van de behandeling of begeleiding. Maar als veel gezinnen continu zoeken, kun je daarnaast ook sturen op de effectiviteit van het trial en error proces.

Thema 4: Welke afwegingen worden gemaakt?

Op basis van de gesprekken en met name de dossiers hebben we gekeken welke afwegingen er worden gemaakt. En we hebben onszelf daarbij de vraag gesteld welke rode lijnen we kunnen onderscheiden.

De afweging om een bepaalde voorziening in te zetten komt tot stand op basis van verschillende factoren: de wens van de ouders, van de jongere, de diagnose, de beschikbaarheid van behandeling of begeleiders, de nabijheid van de zorgaanbieder, ervaringen met zorgaanbieders in het verleden, het oordeel van het jeugdteam, betrokken artsen, begeleiders, onderwijs et cetera. Het samenspel tussen al deze mensen en ingrediënten resulteert uiteindelijk in een besluit. Die weging is niet altijd expliciet op papier vast te leggen. Toch hebben we het dossier, en met name de *resultatenplannen* onderzocht om de afwegingen in kaart te brengen. Dat gaf het volgende beeld:

Aanbieder: De inhoudelijke keuze voor de aanbieder wordt zelden expliciet gemotiveerd. Alleen wanneer de locatie van de aanbieder een rol speelt voor de keuze. Ouders of jongeren willen dan bijvoorbeeld graag dicht bij huis of bij school zorg krijgen. Op basis van de gesprekken leren we dat de inhoudelijke keuze vooral tot stand komt op basis van ervaringen van professionals (goede ervaringen met aanbieder x of y) of op basis van ouders of de jongere (slechte ervaringen met x of gehoord dat y goed zou zijn.) En in +/-30% van de gevallen gaat het gewoon om een voortzetting van zorg bij de huidige aanbieder.

IVN: Tussen IVN 5 en IVN 6 kan een keuze gemaakt worden of er sprake is van meervoudige complexe problematiek in het systeem of niet. In de gezinnen in dit onderzoek was het gros van de indicaties IVN 6 en maar 3 indicaties zijn IVN 5. Dit komt ook overeen met ons beeld van de mate van complexiteit van de problematiek in de gezinnen. Maar waarom voor IVN 6 gekozen wordt, wordt zelden geëxpliciteerd. En wat ons in het verlengde daarvan opvalt, is dat er vervolgens ook geen oplossing komt voor die meervoudige complexiteit. Met andere woorden, speltherapie op niveau 6 is nog steeds speltherapie met resultaten die bij speltherapie horen. Gezinsbehandeling op niveau 6 blijft gezinsbehandeling met doelen op het

gebied van opvoeden. Dit terwijl er veel factoren zijn die een systeem meervoudig complex maken. Echter zien we bij gestapelde IVN's niet terug wat die afzonderlijke trajecten bijdragen aan de integrale oplossing. Op basis van de aanvragen en resultatenplannen lijkt het erop alsof iedere behandelaar of begeleider vooral met zijn of haar eigen onderdeel bezig is, en met de eigen resultaten. De integrale probleemanalyse wordt als het ware opgeknipt en uitgezet en verschillende trajecten. Dit kan goed werken, maar de complexiteit kan ook te groot zijn om mensen er via losse behandelingen en begeleidingstrajecten mee te leren omgaan. Zeker als de oorzaak niet wordt weggenomen.

Duur van het traject: Voor hoe lang is de indicatie afgegeven? Waarom voor deze periode? Hier wordt zelden iets over vermeld. Bij één van de 32 aanvragen zien we staan: we proberen dit eerst drie keer en als het aanslaat blijft de indicatie voor zes maanden staan. Verder komen we geen expliciete redenering tegen. Daarmee is niet gezegd dat die overwegingen niet worden gemaakt, integendeel, ze staan alleen niet in de aanvraag.

We weten ook niet of de duur van de indicatie in de praktijk iets zegt over de duur van het traject. Cliënten willen zelf (zeker waar het om behandeling gaat) liever korter dan langer behandeld worden. Dus als ze klaar zijn, of er genoeg van hebben of denken dat het niet meer werkt, dringen ze zelf aan op afsluiten.

Het resultaat: Het is heel verschillend hoe het resultaat in de plannen is benoemd. Soms staat er concreet iets over wat iemand moet leren: “x leert eigen emoties benoemen.” Soms staat de interventie nogmaals benoemd als doel: “we begeleiden x bij y”. Soms wordt er een breed doel geformuleerd: moeder ontlasten, en soms worden de subresultaten uit de “handreiking werken met resultaten” gebruikt om het resultaat te benoemen: ‘meneer kan met ondersteuning zelfstandig wonen’ of ‘voorkomen dat de geestelijke gezondheidsproblemen en/of verstandelijke beperking van de jeugdige een gevaar oplevert voor zichzelf of anderen’.

Het lijkt erop dat het nog zoeken is op welke manier een resultaat nu goed als doel in het resultaten plan omschreven moet worden.

Conclusies

De beschrijving van de gezinssituatie in de resultatenplannen is vrij uitgebreid. Ze geven een goed beeld van de problematiek en de noodzaak van in te zetten zorg. Op enkele punten in het plan wordt echter niet duidelijk welke afweging is gemaakt. Dit geldt met name voor het resultaat, de duur van de indicatie, de keuze voor de aanbieder en het verschil tussen IVN 5 en 6.

3 // De wereld van tekorten

Tynaarlo heeft net als veel gemeenten in Nederland een tekort op jeugdzorg. De budgetten zijn sinds de decentralisaties gekort en er is sprake van een volumegroei. Van 1 januari 2017 tot en met 31 december 2017 hebben 24% meer cliënten meer jeugdzorg ontvangen. Waar er in 2015 en 2016 nog een overschot was op Jeugd zijn er sinds 2017 tekorten ontstaan. In een zoektocht naar verklaringen voor het tekort hebben we samen met de gemeente 18 mogelijke verklaringen, ofwel hypothesen geformuleerd. Dit geeft al aan dat er waarschijnlijk niet één duidelijke oorzaak voor het tekort is. Het lijkt erop dat veel verschillende processen tijdens de vernieuwing in de jeugdzorgsector volumegroei in 2015 en 2016 hebben getemperd en in 2017 weer hebben doen stijgen.

In dit onderzoek lopen we de verschillende hypothesen langs op zoek naar mogelijke verklaringen, maar vooral naar aangrijpingspunten voor verbetering. Voor de decentralisaties groeide het volume in de jeugdzorg landelijk met ongeveer 3% per jaar. Daarbij zijn altijd periodes te zien waarin de groei soms even stopt om daarna weer harder door te groeien. De stijging van 24% meer cliënten in 2017 past niet bij dit beeld. Daarom kijken we hieronder wat er mogelijk nog aan de hand is.

Toename in 2017

Waar in het hele land een toename van het aantal cliënten te zien is tussen 2015 en 2018 stijgt het volume in Tynaarlo vooral in 2017. De toename in 2017 ziet er als volgt uit:

1. 24% meer cliënten

In Januari 2017 werden 484 cliënten geholpen. In januari 2018 598.

2. 31% meer voorzieningen

Het aantal voorzieningen dat deze cliënten toegekend kregen steeg van 601 in januari 2017 naar 786 in januari 2018.

3. 44% meer kosten

Het geïndiceerde bedrag nam toe van €416.000 tot €598.264 per maand.

Toename jeugd 2017-2018

	jan-17	Bedrag	jan-18	Toename	% aantallen	Bedrag	Toename	%Bedrag
Aantal cliënten	484		598	114	24%			
Aantal voorzieningen (Inclusief geëscaleerd)	601	416000	786	185	31%	598264	182264	44%
IVN 4	622							
IVN 5 (inclusief dyslexie 4 en 5)	110	21785	88	-22	-20%	8911	-12874	-59%
IVN 6	239	98099	362	123	51%	148309	50210	51%
IVN 7	185	161522	247	62	34%	235922	74400	46%
IVN 8	21	33335	26	5	24%	33899	564	2%
IVN 8 Pleegzorg	18	70000	27	9	50%	105133	35133	50%
	25	25450	35	10	40%	35596	10146	40%

We zien kortom een drievoudige toename:

- 1) Een toename in volume;
- 2) Een grotere toename in het aantal indicaties per cliënt, en;
- 3) Een grotere toename in de kosten. Die drievoudige toename zorgt uiteindelijk voor een toename van de uitgaven van 44% in 12 maanden tijd. De toename in kosten kan wijzen op:
 - a) Dat er zwaardere indicaties (intensievere behandelingen) worden afgegeven dan voorheen;
 - b) Dat de nieuwe producten duurder zijn dan dezelfde producten binnen de oude systematiek.

Vanaf 2018 zet de groei van het aantal indicaties niet door. Begin 2019 valt een lichte daling te zien ten opzichte van december 2017. De daling zet over de hele breedte in, maar het lijkt erop dat de kosten minder snel dalen dan het aantal cliënten en indicaties. Dit duidt erop dat er in 2019 in het algemeen zwaardere of duurdere zorg wordt ingezet dan eind 2017. In dit onderzoek hebben we alleen gebruik gemaakt van de cijfers vanaf 2017. De cijfers over 2015 en 2016 waren niet in vergelijkbare vorm beschikbaar omdat de gemeente toen op een andere manier inkocht. De cijfers van 2018 en 2019 hebben we niet gepresenteerd in de tabel omdat we enkel bovenstaande trends wilden benomen.

Hypothesen

De mogelijke verklaringen voor deze explosieve toename van de uitgaven van 44% clusteren we in 5 stromen. We hebben hieronder de 15 hypothesen geordend onder deze 5 thema's.

1. Nieuw inkoopmodel
2. Toegang
3. Behandeling
4. Uitstroom
5. Waterbedeffecten

Nieuw inkoopmodel

De gemeenten in Noord- en Midden Drenthe werken sinds 2017 met resultaatgerichte inkoop. Op welke manier deze nieuwe inkoopstrategie een rol heeft gespeeld in de ontstane tekorten is niet duidelijk. Wel is

duidelijk dat de groei mogelijk is geweest onder deze nieuwe inkoopsystematiek.

Hypothesen die te maken hebben met het inkoopmodel:

- 1) Er wordt veel geïndiceerd op IVN6 terwijl er niet direct sprake is van complexe of multi-problematiek. Deze hypothese zien we in de cijfers over 2017-2019 niet bevestigd. Het aantal indicaties op niveau 6 is in 2019 lager dan in 2017. De groei in 2017 vindt vooral plaats op interventieniveau 5 en 8. Toch horen we uit het veld terug dat aanbieders soms aangeven echt IVN6 in plaats van IVN 5 nodig te hebben om de behandeling uit te kunnen voeren. We weten niet hoe vaak dit gebeurt, en in welke mate dit de kostenstijging beïnvloedt. Wij bevelen de gemeente aan om bij het resultaat van IVN6 iets op te nemen over de afgenomen complexiteit van de situatie. Dit sluit aan bij wat we hierboven constateerden over de explicitering van de afweging tussen IVN 5 en 6.
- 2) Is de stijging van zorgvolume te verklaren door afgenomen wachtlijsten? We hebben de wachtlijsten niet onderzocht. Wel horen we in het onderzoek naar de gezinnen nog geregeld terug dat er geen plek is/was en dat er meerdere maanden moest worden gewacht tot de zorg opgestart was. Er bestaan dus nog steeds wachtlijsten. Het kan zijn dat de wachtlijsten nu korter zijn dan voorheen en dat daar een deel van de stijging van het zorgvolume uit valt te verklaren. Dit mogelijke effect is – denken wij – te klein om uitvoerig te onderzoeken. We bevelen wel aan om daar waar wachtlijsten bestaan extra aandacht te besteden aan het oplossen ervan. Dit heeft echter niet te maken met het tekort, maar veel meer met de zoektocht waar de gezinnen in zitten. Het proces van trial en error om passende zorg te vinden wordt gefrustreerd doordat gezinnen moeten wachten om weer nieuwe begeleiding of behandeling te starten.
- 3) De nieuwe producten/voorzieningen zijn duurder geworden vanaf 2017. De kosten stijgen harder dan het volume sinds 2017. Dit kan komen doordat er zwaardere indicaties worden toegekend, of doordat binnen de huidige inkoopsystematiek zorg simpelweg duurder is geworden. Medewerkers die de nieuwe systematiek hebben ontworpen kunnen het beste antwoord geven op de vraag of de kostprijs van producten hoger is geworden.
- 4) Het kan zijn dat aanbieders geboden hulp in 2016 en 2015 niet hebben gefactureerd. Dat zou verklaren dat de volume groei al voor 2017 is

begonnen zonder dat dit tot een tekort in die jaren leidde. Wij hebben dit niet onderzocht en weten niet hoe groot dit effect is.

- 5) Het aanbod van plekken voor IVN 8 (bedden) is gegroeid bij nieuwe en kleine aanbieders. Dit is ontstaan nadat er in de regio met de grotere bestaande aanbieders afspraken zijn gemaakt om het aantal bedden te beperken. Het totaal aantal indicaties steeg van 18 naar 27 in 2017.

Dat komt neer op een kostenstijging van +/- €400.000. In de praktijk van de gezinnen die we spraken zien we dat de beslissing om niet meer thuis te wonen niet gemaakt wordt op basis van het beschikbare aanbod. Het is dus maar de vraag hoeverre je als gemeente het aantal bedden kunt of wilt beperken. Beperking van het beschikbare aanbod speelt wel een rol in overwegingen om toch maar thuis te blijven wonen, terwijl het daar ook niet meer gaat. Het is voor de kwaliteit van de zorg kortom altijd belangrijk om voor deze moeilijke groep de zorg thuis en buitenshuis te blijven willen verbeteren.

- 6) Er wordt niet structureel gecheckt of er nog andere lopende indicaties zijn. En of de combinatie van deze indicaties is toegestaan en/of noodzakelijk is. We hebben geen zicht op hoe groot dit effect is en of het een effect heeft.

Conclusies

Om beter zicht te krijgen op de volumegroei is een overzicht van de instellingen die gegroeid zijn belangrijk. Dan kan met deze instellingen gekeken worden op welke manier en waarom zij denken dat volume, indicaties en zwaarte van indicaties zijn toegenomen.

Op dit moment is de regio bezig om de inkoopsystematiek te verbeteren. Daarbij speelt kostenbeheersing en de mogelijkheid om zicht te krijgen op het resultaat een belangrijke rol. Er worden nu geen consequenties aan het niet bereiken van een resultaat gekoppeld.

Als gedachte-experiment kunnen de gemeenten overwegen om eens met aanbieders terug te rekenen wat een groep cliënten nu had gekost als er nog volgens een oude PxQ financiering was gewerkt. Waar is het aanbod gegroeid? Dit beeld geeft mogelijk inzicht in het verschil tussen groei in aantal cliënten, indicaties en kosten.

Toegang

Hypothesen die te maken hebben met toegang:

- 7) De toegangsfunctie van bureau jeugdzorg ligt sinds de decentralisaties bij het gemeentelijke expertiseteam jeugd. Naast dit team verlenen

huisartsen en gecertificeerde instellingen zelf ook nog toegang. Het toegangsteam voor jeugd indiceert nu 30% van het totale aanbod. Kan het zo zijn dat de gemeente naast de huisartsen en GI's jongeren met problemen tegenkomen die voorheen niet gezien of gevonden werden?

Hoe logisch deze hypothese ook klinkt, hij is moeilijk te onderzoeken. De gezinnen die we spraken zijn allemaal in jaren in beeld van zorg en hulpverlening. Het is ook de vraag of het zinnig is deze hypothese te onderzoeken als verklaring van het tekort. Immers, als dit een verklaring vormt, is er niet direct een aanbeveling om iets aan het tekort te doen. Mensen die zorg nodig hebben, hebben zorg nodig. We bevelen dan ook niet aan dit verder te onderzoeken in het kader van het tekort. Met het oog op de kwaliteit van de zorg en effectiviteit van de zorg is het wel aan te bevelen te onderzoeken hoeveel mensen eigenlijk geen of te weinig zorg krijgen terwijl ze dat wel nodig hebben. Want de stijging van het zorgvolume doet vermoeden dat dit om veel jongeren ging, rond 2017. Dit zou nog steeds kunnen voor komen.

- 8) Is er voldoende ondersteuning beschikbaar op interventieniveau 1-3? Is er een tekort aan laagdrempelige hulp waardoor de toename aan zorg vanaf IVN 4 verklaard kan worden? Van de gezinnen die we spraken leerden we dat soms een paar praktische tips meer kunnen helpen dan een formeel begeleidings- of behandeltraject. Dit duidt op het belang dat laagdrempelige hulp kan bieden. Het zegt echter niets over de het te veel of te kort aan hulp en ondersteuning op IVN1-3. De tips en tricks die een groot effect op ouders hadden kwamen eerder toevallig dan georganiseerd tot stand.

Over de grootte van het aanbod op IVN1-3 kunnen we weinig zeggen. Wat wel opvalt in het licht van deze hypothese is de daling gedurende 2017 op IVN 4 niveau. En de stijging op IVN5 niveau. Op basis van bovenstaande hypothese zou je verwachten dat IVN 4 toeneemt als IVN 1-3 tekort schiet. Dit is niet het geval. Een verklaring voor de daling op IVN 4 vinden we ook niet in de andere hypothesen.

- 9) 70% wordt niet door de gemeente geïndiceerd. Zitten er verschillen tussen de indicaties van het gemeentelijk expertiseteam en huisartsen en GI's? Een eerste scan van de gemeente leert dat er geen grote verschillen tussen de indicaties van huisartsen, gecertificeerde instellingen, jeugdartsen en jeugdteams zitten. Een verklaring voor het tekort vinden we hier niet direct. Bij de gezinnen horen we wel situaties terug waarin met name artsen standaard naar een bepaalde aanbieder verwijzen. Dit levert frictie op als de cliënt zelf een andere behandeling of aanbieder wil. Bijvoorbeeld omdat ze negatieve

ervaringen hebben met de specifieke aanbieder. Dergelijke voorbeelden horen we niet terug als het om toegang via de gemeente gaat.

- 10) Maatschappelijke trends: vragen mensen steeds meer zorg? Doen ze dit ook omdat ze liever zorg of een indicatie hebben dan een niet-verklaard-probleem? Deze hypothese horen we de laatste jaren veel in het land. Wij zien zelf weinig voorbeelden die deze hypothese kunnen bevestigen. En in de gesprekken die we met gezinnen in dit onderzoek hebben gehad zien we eerder het omgekeerde beeld. Gezinnen en ouders hebben het allerlieftst geen zorg. Ze zullen eerder te laat zorg accepteren dan zorg accepteren die niet echt nodig is. En de zorg die ze ontvangen laten ze ook echt geen dag langer doorlopen dan noodzakelijk. Als de behandeling niet meer werkt, of wanneer ze zelf klaar zijn voor een volgende stap, stoppen ze er mee. Kortom, alles wat ze zelf kunnen doen, doen ze zelf.

Behandeling

Hypothesen die te maken hebben met behandeling:

- 11) Doordat op resultaat wordt ingekocht is er feitelijk geen zicht op wat er wordt geleverd. Een mogelijke verklaring voor de volumegroei is dat er niet zo zeer nieuwe aanwas is, maar dat cliënten langer behandeld worden. Dit zorgt namelijk ook voor een volumegroei. Dit beeld blijkt ook uit de analyse van de jeugdhulpregio Drenthe (samen met 5 aanbieders) in het kader van het Bestuurlijk Transitie Akkoord (BTA). Wij bevelen de gemeente aan nauwgezet onderzoek te doen naar de behandelduur. Ook dit kan door eens terug te kijken rond een aantal cliënten om te zien hoe de kosten en inzet er in een $p \times q$ systematiek uit zouden hebben gezien (zie hierboven onder 'conclusies inkoopmodel').

Uitstroom

Hypothese die te maken heeft met uitstroom:

- 12) Wanneer stromen mensen weer uit? Of af? Hier wordt nu niet op gestuurd of afgerekend. Heeft dit de volumegroei mede mogelijk gemaakt? En op welke manier?

Het is belangrijk dat er wel gestuurd wordt op resultaat. Op zijn minst moet er zicht komen op het resultaat. De stijging van de kosten doet

vermoeden dat er in termen van uitstroom niet meer resultaat is geboekt in 2017. De daling in 2018 kan hier echter wel op wijzen. De door de NMD-gemeenten gebruikte KWIZ-monitor die over 2018 in- en uitstroom in kaart brengt is volgens ons net te grofmazig. Het laat maar vier kwartalen zien en maakt onderscheid in langer en korter dan 6 maanden en/of 12 maanden. Om de uitstroom echt scherp te krijgen moet je volgens ons vooral per maand monitoren. Is het resultaat nu in 5, 6 of 7 of 9 maanden gerealiseerd? Daar gaat het om. Door de behandelduur en het effect per aanbieder in beeld te brengen ontstaat op langere termijn een overzicht van de effectiviteit van verschillende aanbieders.

Waterbedeffecten

Tot slot hebben we verschillende hypothesen over waterbedeffecten opgesteld. Deze zijn het moeilijkst te onderzoeken als verklaring. Tegelijkertijd bieden ze wel aanknopingspunten voor het verbeteren van de zorg. De waterbedeffecten bieden namelijk zicht op de mogelijkheid van integrale hulp. Daarom beschrijven we hieronder kort op welke manier ze mede het tekort kunnen verklaren en welke mogelijkheden voor verbetering er zijn. Daarbij gaat verbetering niet altijd over het terugdringen van het tekort. Het kan ook gaan over een kwalitatieve verbetering van de aangeboden zorg. Door de zorg en ondersteuning nog beter op elkaar afgestemd aan te bieden.

Hypothesen die te maken hebben met waterbedeffecten:

13) Jeugdzorg-WLZ:

Hypothese: komt het voor dat er jeugdzorgkosten worden gemaakt, terwijl het eigenlijk door de WLZ gefinancierd zou moeten worden? In de gezinnen die we gesproken hebben speelde dit niet.

14) Passend Onderwijs-Jeugdzorg

In de gezinnen die we gesproken hebben speelde dit niet.

15) Tynaarlo heeft voorzieningen waar gezinnen van buiten de regio komen en tijdelijk wonen. Als zij zich vanuit deze voorzieningen in Tynaarlo inschrijven, omdat dit dan hun woonplaats is, komen de kosten van de zorg voor rekening van Tynaarlo. De totale kosten van deze voorzieningen waren 800.000 in 2018. Dit drukt relatief zwaar op de begroting van de gemeente.

- 16) Een deel van de doelgroep blijft na behandeling in de regio wonen. Hoeveel mensen uit deze voorzieningen in de gemeente blijven wonen weten we niet. De doelgroep zal na verwachting wel veel kosten omdat er vaak nog langdurig vormen van begeleiding en opvoedhulp nodig zijn. Het kan helpen om uit te zoeken hoe groot deze groep is en te kijken welke kosten daarbij meekomen. Het is echter moeilijk om te sturen op de plek waar mensen willen wonen. Het is nu eenmaal de consequentie van deze voorzieningen in de gemeente. We bevelen de gemeente aan om een 'standaard maatwerk' product/traject te ontwikkelen dat al deze gezinnen of inwoners nodig hebben op het moment dat ze weer zelfstandig willen wonen. De stappen die gezinnen moeten zetten op het gebied van wonen (van beschermd naar zelfstandig), financiële zelfredzaamheid (schulden), werk&inkomen en opvoed hulp, zijn vaak hetzelfde. Door deze voorzieningen op deze gebieden in één integraal pakket aan te bieden kan de snelheid en doorstroom door de verschillende trajecten verbeterd worden.
- 17) Problemen op het gebied van bijvoorbeeld inkomen, wonen, schulden, werk, zorgen voor opvoedproblemen en inzet van jeugdzorg. Dit hebben we in de gezinnen niet gezien. Dit gaat vaak om een kleine doelgroep die veel kost. De duurste 1 a 2 % over alle voorzieningen. Mogelijk is dit het gevolg van de selectie van de gezinnen. Het feit dat we dit niet gezien hebben zegt niet dat er geen gezinnen zijn met deze problematiek.
- 18) Doet de gemeente Tynaarlo iets anders dan andere gemeenten uit de regio? Deze meta-hypothese was een van de beginvragen waarmee we dit onderzoek starten. Dit leek aanvankelijk een relevante vraag. Echter, na het verkennen van 17 hypothesen wordt duidelijk dat die vraag niet eenvoudig is te beantwoorden. Er spelen zoveel factoren die mogelijk een oorzaak vormen van het tekort, dat de werkwijze van het toekennen van Jeugdzorg moeilijk als aparte factor geanalyseerd kan worden.

4 // Conclusies en aanbevelingen

In dit rapport presenteren we twee beelden over de Jeugdzorg in Tynaarlo. Deze beelden zijn moeilijk te verenigen. Aan de ene kant hebben we met medewerkers van de gemeenten hypothesen geformuleerd over de ontstane tekorten. En over de grote kostenstijging in 2017. Deze analyse geeft een beeld van de systeemwereld waarin gezocht wordt naar aangrijpingspunten om effectiever en minder zorg te verlenen. Aan de andere kant hebben we tien gezinnen gesproken die allemaal al jaren continu zoeken naar de juiste zorg en ondersteuning voor zichzelf en voor hun kind. Ze zoeken allemaal naar de zorg die werkt, zodat ze het weer zelf kunnen.

Deze dubbelheid schetst ook precies de moeilijke uitdaging waar de jeugdsector voor staat. Aan de ene kant is er de noodzaak om kosten te beheersen. Aan de andere kant zijn gezinnen tevreden over de zorg die ze krijgen maar valt er ook nog wel wat te verbeteren. Kant-en-klare oplossingen liggen dan ook niet voor hand. De gemeente is samen met de aanbieders en andere gemeenten een ontwikkeling gestart waarin veel gebeurt. Op verschillende plekken en manieren wordt gezocht naar een verklaring van de tekorten, oplossingen om kosten te beheersen maar ook naar nieuwe ontwikkelingen op het gebied van inkoop, toegang, behandeling, uitstroom en integrale aanpakken. Hieronder vatten we de belangrijkste conclusies en aanbevelingen van dit onderzoek samen.

1) Hoe ervaren gezinnen de effectiviteit van de (jeugd)zorg en ondersteuning in Tynaarlo? Wat werkt volgens hun en wat niet?

De ouders die we spraken zijn continu op zoek naar:

- 1) Manieren om zelf beter met de problemen, ziekte of beperkingen van hun kinderen om te gaan;
- 2) Beter passende en werkende zorg en ondersteuning voor hun kinderen.

Dit zoekproces is een lange weg van trial en error. Er zit vaak geen einde aan de zoektocht. Het gaat soms beter, soms slechter. Sommige interventies of behandelingen werken goed, sommige niet. Met name als het slecht gaat hebben ouders en kinderen het bijzonder moeilijk. De ouders zien effectiviteit van jeugdzorg veel meer in termen van deze zoektocht dan in termen van het resultaat van afzonderlijke behandelingen. Wat voor ouders in deze situatie goed werkt is:

- Een professional die de zoektocht naar hulp die werkt goed begeleidt.

- Een professional waar ze altijd bij terecht kunnen met wat voor een vragen dan ook.
- Een professional die iets voor ze kan doen, als ze er zelf even helemaal doorheen zitten.
- Professionals met kennis van de specifieke problematiek.
- Een professional waar ze een klik mee hebben
- Een professional die hun ervaringen uit het verleden met bepaalde zorg serieus meeneemt in de afwegingen voor toekomstige zorg.
- Vormen van respijtzorg.
- Excuses maken voor verkeerde inschattingen. Iedere professional maakt wel eens een verkeerde inschatting. Het is belangrijk om dit open met gezinnen te delen en er excuses voor te maken.

2) Wat verklaart het ontstane tekort op de begroting jeugd?

Het tekort op begroting jeugd lijkt vooral te zijn ontstaan door de explosieve groei van inzette jeugdzorg in 2017. In dat jaar nam het aantal cliënten met 24% toe. Het aantal verstrekte voorzieningen nam met 31% toe en de kosten met 44%.

Om die stijgingen te verklaren hebben we 18 hypothesen geformuleerd. Dit grote aantal maakt duidelijk dat er niet één duidelijke verklaring is. Er zijn veel factoren die hebben bijgedragen aan de grote toename van jeugdzorg in 2017. Teveel factoren om echt een goed beeld te krijgen van wat er nu door welke factoren gebeurd is. Het verder onderzoeken van deze hypothesen bevelen we dan ook niet aan. Ook los zijn niet alle 18 hypothesen even interessant om verder te onderzoeken. Dit kan zijn omdat ze in potentie een te kleine bijdrage aan de groei hebben geleverd. Of het kan zijn dat het bevestigen van de hypothese niet tot een mogelijke oplossing of verklaring leidt. Voor ons hebben de hypothesen in ieder geval richting gegeven aan het onderzoek en geven ze houvast voor aanbevelingen die tot verbetering kunnen leiden.

Aanbevelingen: waar moet de gemeente Tynaarlo wel meer onderzoek naar doen?

- Door de manier van resultaatsturing is er geen zicht op wat er precies voor een zorg geleverd wordt. Er hoeft immers alleen over het resultaat verantwoording afgelegd te worden. Maar gezien de explosieve stijging in 2017 is het goed om eens met aanbieders in beeld te brengen rond een aantal casus wat er precies geleverd wordt. En hoe dat er zou hebben gezien in een klassieke PxQ

systematiek. Door dit gedachte-experiment te doen ontstaat er weer gevoel bij wat er hoe geleverd wordt. En mogelijk geeft dit beeld meer inzicht in met name de explosieve kostengroei (24% meer cliënten-> 44% meer kosten)

- Tijdens dit gedachte-experiment kan met aanbieders ook een beeld worden geschetst van de duur van behandelingen. Op dit moment staan er in de resultatenplannen geen expliciete afwegingen over de duur van een indicatie. Het vaststellen van de duur van een behandeling, en de monitoring op het behalen ervan is essentieel in het ontwikkelen van resultaatsturing.

3) Wat kan de gemeente Tynaarlo anders doen om de in te zetten (jeugd)zorg effectiever te maken en mogelijk tekorten in de toekomst te voorkomen?

- Blijf de kwaliteit van je dienstverlening ontwikkelen, op basis van ervaringen van cliënten. Op basis van de verhalen van burgers kun je perfect leren welke benadering goed werkt, en wat wanneer niet werkt.
- Verken met aanbieders het beeld dat wij hier schetsen van een lange weg van trial en error. Als dit beeld klopt bij een deel van de cliënten is het belangrijk om voor deze cliënten het resultaat breder te definiëren dan alleen op het effect van afzonderlijke behandelingen. Ook de tijd die nu besteed wordt aan diagnoses kan mogelijk anders ingericht worden als vooral tijdens de behandeling inzichtelijk wordt, hoe effectief de behandeling is.
- Het verwoorden van het resultaat in het resultatenplan lijkt nu nog een zoektocht te zijn. Blijf dit verder doorontwikkelen. Zonder een goed gedefinieerd resultaat, dat recht doet aan de specifieke situatie is het moeilijk om erop te sturen.
- IVN6 is het niveau dat wordt ingezet als er sprake is van complexiteit of meervoudige problematiek. Als resultaat hoeven aanbieders niet per se deze complexiteit te reduceren. Wij bevelen aan om daar wel expliciet op in te zetten. Nu is het mogelijk dat mensen meerdere maatwerkvoorzieningen op IVN6 niveau krijgen, zonder dat de behandeling of begeleiding de complexiteit zelf helpt op te lossen.
- Waterbedeften: Verken de aantallen mensen die vastlopen op het snijvlak van verschillende wetten (Jeugd-P-wet-WMO-WLZ-Passend Onderwijs). Ontwikkel waar mogelijk integrale standaardoplossingen als mensen op dezelfde manier vastlopen.

