
Vergaderjaar 2007–2008

31 245

Zorg voor jeugdigen met een lichte
verstandelijke handicap en/of psychi(atri)sche
problemen

Nr. 1

BRIEF VAN DE ALGEMENE REKENKAMER

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

's-Gravenhage, 16 oktober 2007

Hierbij bieden wij u het op 25 september 2007 door ons vastgestelde
rapport «Kopzorgen. Zorg voor jeugdigen met een lichte verstandelijke
handicap en/of psychi(atri)sche problemen» aan.

Algemene Rekenkamer

drs. Saskia J. Stuiveling,
president

Jhr. mr. W. M. de Brauw,
secretaris

Vergaderjaar 2007–2008

31 245

Zorg voor jeugdigen met een lichte
verstandelijke handicap en/of psychi(atri)sche
problemen

Nr. 2

RAPPORT

Kopzorgen

Inhoud

| | | | | |
|---|-----------|-------------------|---|-----------|
| DEEL I: CONCLUSIES, AANBEVELINGEN EN BESTUURLIJKE REACTIE | 5 | 2. | Afstemming van het aanbod op de vraag op individueel niveau | 44 |
| 1. Over dit onderzoek | 7 | 2.1 | Samenvatting en conclusies | 44 |
| 1.1 Aanleiding | 7 | 2.2 | Signalering | 45 |
| 1.2 Context | 8 | 2.2.1 | Wet- en regelgeving | 45 |
| 1.2.1 Doelgroep van het onderzoek | 8 | 2.2.2 | Rijksbeleid en ontwikkelingen | 46 |
| 1.2.2 Het veld | 9 | 2.3 | Indicatiestelling | 47 |
| 1.2.3 Financieel belang | 14 | 2.3.1 | Inleiding | 47 |
| 1.3 Probleemstelling en opzet onderzoek | 15 | 2.3.2 | Opzet en wet- en regelgeving | 47 |
| 2 Conclusies, verklaringen en aanbevelingen | 17 | 2.3.3 | Rijksbeleid | 49 |
| 2.1 Conclusies en verklaringen | 17 | 2.3.4 | Uitvoering in de regionale en provinciale praktijk | 50 |
| 2.1.1 Hoofdconclusie | 17 | 2.4 | Zorgtoewijzing en zorgverlening | 52 |
| 2.1.2 Verklaringen | 17 | 2.4.1 | Wet- en regelgeving en rijksbeleid | 53 |
| 2.2 Aanbevelingen | 20 | 2.4.2 | Uitvoering in de regionale en provinciale praktijk | 55 |
| 3 Bestuurlijke reactie en nawoord Algemene Rekenkamer | 23 | 3. | Afstemming van aanbod op vraag op regionaal, provinciaal en nationaal niveau | 57 |
| 3.1 Reactie minister voor Jeugd en Gezin | 23 | 3.1 | Samenvatting en conclusies | 57 |
| 3.2 Nawoord Algemene Rekenkamer | 24 | 3.2 | Vraaganalyse, planning en zorginkoop | 61 |
| Overzicht van conclusies, aanbevelingen, reacties en nawoord | 27 | 3.2.1 | Wet- en regelgeving | 61 |
| DEEL II: ONDERZOEKSBEVINDINGEN | 29 | 3.2.2 | Rijksbeleid | 62 |
| 1. Inleiding | 31 | 3.2.3 | Uitvoering in de regionale en provinciale praktijk | 65 |
| 1.1 Achtergrond | 31 | 3.3 | Financiering | 70 |
| 1.2 Context | 32 | 3.3.1 | Wet- en regelgeving | 70 |
| 1.2.1 Doelgroep van het onderzoek | 32 | 3.3.2 | Rijksbeleid | 71 |
| 1.2.2 Wettelijke grondslag voor zorg | 34 | 3.3.3 | Uitvoering in de regionale en provinciale praktijk | 72 |
| 1.2.3 Verantwoordelijkheden en taken | 35 | 3.4 | Verantwoording en beleidsinformatie | 73 |
| 1.2.4 Overzicht van zorgvraag en zorgaanbod | 39 | 3.4.1 | Wet- en regelgeving | 73 |
| 1.2.5 Financieel belang | 41 | 3.4.2 | Rijksbeleid en uitvoering in de regionale en provinciale praktijk | 75 |
| 1.3 Onderzoek Algemene Rekenkamer | 42 | 3.5 | Toezicht, controle en handhaving | 76 |
| 1.3.1 Doelstelling | 42 | 3.5.1 | Wet- en regelgeving | 76 |
| 1.3.2 Onderzoeksaanpak | 43 | 3.5.2 | Rijksbeleid | 76 |
| 1.4 Leeswijzer deel II | 43 | 3.5.3 | Uitvoering in de regionale praktijk | 77 |
| | | Bijlage 1 | Gebruikte afkortingen | 78 |
| | | Bijlage 2 | Toelichting onderzoeksaanpak | 79 |
| | | Literatuur | | 82 |

DEEL I: CONCLUSIES, AANBEVELINGEN EN BESTUURLIJKE
REACTIE

1 OVER DIT ONDERZOEK

1.1 Aanleiding

De overgrote meerderheid (85%) van de Nederlandse jeugd ontwikkelt zich op een positieve wijze (Zeijl e.a., 2005). Toch zijn er ook jeugdigen die problemen hebben. Hierover bestaat maatschappelijke bezorgdheid. In politiek en bestuur heeft de problematische ontwikkeling van een deel van de jeugd de afgelopen jaren hoog op de agenda gestaan.

Ook de Algemene Rekenkamer geeft in haar *Strategie 2004–2009* aan dat ze aandacht zal besteden aan de samenhang in het beleid voor jeugdigen met problemen. Om dit te concretiseren, hebben we een voorstudie uitgevoerd. Daarin hebben we gekeken welke doelen in het jeugdbeleid gesteld zijn. Vanaf 2001 tot en met 2006 was één van de belangrijkste doelstellingen: het voorkomen van uitval van jeugdigen. Het begrip «uitval» is echter nergens nader gedefinieerd. Daarom hebben wij geïnventariseerd welke problemen jeugdigen hebben, in welke mate ze voorkomen en of ze met elkaar samenhangen. Het meest komen voor: te weinig bewegen, chronische ziekte, schulden, roken en spijbelen. En vaak blijft het niet bij één probleem, hoewel er geen vaste combinaties van problemen zijn.

Jeugdigen met meer dan één probleem zijn extra kwetsbaar. Deze jeugdigen krijgen bovendien vaak hulp vanuit verschillende organisaties. Deze organisaties hebben dikwijls met verschillende wetten en regels te maken. Daardoor is er veel aandacht nodig voor onderlinge samenhang en afstemming. Dit onderzoek wordt toegespitst op twee groepen extra kwetsbare jeugdigen, wier problematiek het risico met zich meebrengt dat zij de dupe worden van een eventuele gebrekkige samenhang en afstemming: jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap en jeugdigen met psychi(atr)ische problemen.

Deze «kopzorg»-jeugdigen zijn extra kwetsbaar om een aantal redenen. De eisen die de huidige maatschappij aan burgers stelt, maken het voor jeugdigen met deze problematiek niet eenvoudig zich hieraan aan te passen. Omdat een lichte verstandelijke handicap of psychische problemen niet aan de buitenkant te zien zijn, wordt vaak niet meteen duidelijk dat een jeugdige er mee kampt. Van deze jeugdigen wordt wel verwacht dat zij aan de gangbare vereisten en normen voldoen. Als dat niet lukt, geeft dat dikwijls aanleiding tot frustraties en conflicten. De problematiek verergert door ontwikkelingen in de samenleving. Het leven wordt complexer en steeds meer afhankelijk van technologische vernieuwingen, waarvan het gebruik een bepaalde mate van intelligentie, handigheid en routine vereist. Het wordt daardoor alsmaar moeilijker om mee te komen voor degenen die verstandelijk of geestelijk achterop lopen. Tegelijkertijd is er achteruitgang te zien van de sociale verbanden die van oudsher bijdroegen aan de opvang van jeugdigen die niet goed mee konden komen. In hechte netwerken zoals familie, buurt, kerk en verenigingen kon in het verleden vaak een plaatsje voor deze kinderen gevonden worden. Hoewel deze informele opvang niet is verdwenen, is de dichtheid en spankracht ervan over het algemeen afgenomen. Daardoor is de druk van de zorg voor een kind met ernstige problemen veel meer alleen bij het eigen gezin komen te liggen. Het komt dan ook vaak voor dat ouders op den duur niet tegen deze druk bestand zijn en een beroep op professionele hulp moeten doen.

Voor jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap en voor jeugdigen met psychi(atri)sche problemen zijn diverse vormen van hulp en zorg beschikbaar. Dit kan therapeutische gezinsbegeleiding zijn, maar ook orthopedagogische behandeling, ambulante zorg vanuit een regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg (Riagg), psychiatrische behandeling of andere zorg. In de wet is verankerd dat diegenen die daarvoor geïndiceerd zijn aanspraak (recht) op (jeugd)zorg hebben.¹ Het is uiteraard van groot belang dat de jeugdigen op tijd passende zorg ontvangen. Zowel op individueel als op regionaal en landelijk niveau zal het aanbod afgestemd moeten zijn op de vraag. Omdat aard en omvang van jeugdproblematiek voortdurend in beweging zijn, vereist dit een doorlopend afstemmingsproces. Daar gaat het zo vroeg mogelijk signaleren van problemen aan vooraf. Deze «vroegsignalering» stelt hoge eisen aan de flexibiliteit van het aanbod, dat aan de veranderende vraag moet worden aangepast.

De afstemming van het aanbod op de vraag moet op regionaal en provinciaal niveau gestalte krijgen. Het Rijk moet ervoor zorgen dat er een goed werkend stelsel bestaat, met behulp waarvan partijen op decentraal niveau een juiste afstemming kunnen bewerkstelligen. In dit onderzoek toetsen we in hoeverre het stelsel van afstemming van het aanbod op de vraag van jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap en/of psychi(atri)sche problemen goed functioneert.

Het onderzoek is uitgevoerd in 2006. De verantwoordelijkheid voor het stelsel van afstemming van aanbod op vraag van deze jeugdigen lag toen bij de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Sinds het aantreden van het vierde kabinet-Balkenende is een groot deel van deze verantwoordelijkheid overgegaan naar de minister voor Jeugd en Gezin.

1.2 Context

1.2.1 Doelgroep van het onderzoek

Onder jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap werden in het verleden degenen met een intelligentiequotiënt (IQ) tussen 50 en 70 verstaan. Recentelijk is men ook jeugdigen met een IQ tussen 70 en 85 tot de licht verstandelijk gehandicapten gaan rekenen, mits er naast de verstandelijke handicap sprake is van beperkte sociale redzaamheid en andere bijkomende problematiek (VWS, 2006a).

Bij psychische of psychiatrische problematiek kan men denken aan allerlei stoornissen, zoals autisme, ADHD², schizofrenie en depressie.

Psychische of psychiatrische problematiek en een lichte verstandelijke handicap komen dikwijls in combinatie met elkaar voor en vaak ook in combinatie met opvoed- en opgroei problemen, problemen met de maatschappelijke orde en gezag en met overlast.

Gegevens over de exacte omvang van de totale groep jeugdigen met psychi(atri)sche problemen en/of een lichte verstandelijke handicap ontbreken. De cijfers die beschikbaar zijn, bestaan uit schattingen van verschillende sectoren, over verschillende jaren. De sectoren bakenen bovendien de leeftijden voor de groep jeugdigen verschillend af omdat de wettelijke eisen daaromtrent ook verschillen. In meest ruime zin beslaat de doelgroep van het onderzoek de leeftijd tussen 0 en 23 jaar.

Om toch een beeld te kunnen geven van de omvang van de groep jeugdigen waarop dit onderzoek betrekking heeft, hebben wij op basis van de bestaande (zachte) gegevens een schatting gemaakt van het aantal jeugdigen met psychische problemen en/of een lichte verstandelijke handicap in Nederland.

¹ In de van toepassing zijnde wetten wordt gesproken van «aanspraak op zorg». Een aanspraak is het recht om nakoming van een verplichting te vorderen. Omwille van de leesbaarheid zal in het vervolg gesproken worden van «recht op zorg».

² ADHD: attention deficit hyperactivity disorder.

Tabel 1. Schatting van het aantal jeugdigen met psychische problemen of een lichte verstandelijke handicap in Nederland

| Soort probleem | Aantal jeugdigen tussen 0 en 23 jaar (in 2006) 4 miljoen (100%) |
|--|--|
| Psychische problemen gepaard met manifest disfunctioneren | 200 000–240 000 (5–6%) |
| Lichte verstandelijke handicap in combinatie met beperkte sociale redzaamheid en bijkomende problematiek | 348 000 (8,7%) |
| Opgroei- en opvoedproblemen | Niet bekend |

Bron: (GGZ Nederland, 2007b; Stoll e.a., 2004, NIZW Jeugd, 2006, CBS Statline).

Bij deze cijfers moet in aanmerking worden genomen dat er vermoedelijk een flinke overlap is tussen de categorieën. De omvang daarvan is onbekend. Daardoor is er evenmin zicht op de omvang van de totale groep jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap en/of psychi(a-tri)sche problemen.

Marion³

Marion is een zwakbegaafd meisje van dertien jaar met een gestoorde persoonlijkheidsontwikkeling. Op grond van verwaarlozing is zij uit huis geplaatst in een jeugd-ggz-instelling.

Marion gaat extreem pubergedrag vertonen en accepteert niet dat er eisen aan haar worden gesteld. Zij gaat steeds minder eten en vermagert zienderogen. Zij vertoont een kort en vluchtig contact met leeftijdgenoten, een negatieve manier om aandacht te trekken en gebruikt schokkende thema's om te imponeren. Ze geeft aan stemmen in haar hoofd te horen en vertelt veel te denken aan dood en heksen. Zij gaat af en toe volledig op in haar eigen associatieve belevingswereld. Tegenover oudere jongens vertoont zij sterk seksueel wervend gedrag, wat leidt tot allerlei moeilijke toestanden. Ook is zij gaan blowen.

De jeugd-ggz-instelling geeft aan dat de geboden psychiatrische behandeling niet aanslaat. Er wordt advies gevraagd van een instelling voor licht verstandelijk gehandicapten (lvg). De conclusie is dat in een orthopedagogische setting beter gewerkt kan worden aan gedragsverandering: begrenzing van het seksueel uitdagende gedrag, begeleiding van het eetgedrag, een rustige en overzichtelijke plek met een «no-nonsense» aanpak. Bij voorkeur moet gedacht worden aan een 3-milieuvoorziening (wonen, school, vrije tijd). Marion wordt op de wachtlijst hiervoor geplaatst. Het is echter nog maar de vraag of zij daadwerkelijk kan worden geplaatst. Daarvoor is namelijk een lvg-indicatie van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) nodig. Op grond van het IQ van Marion (88) moet gevreesd worden dat dit problemen gaat opleveren. De lvg-instelling heeft aangeboden hierover te gaan overleggen met het CIZ.

1.2.2 Het veld

De jeugdzorg bestaat uit zowel de provinciaal gefinancierde jeugdzorg als de premiegefinancierde AWBZ-zorg voor jeugdigen.⁴ De provinciaal gefinancierde jeugdzorg bestaat uit zorg/hulp voor jeugdigen met opgroei- en opvoedproblemen. De wettelijke basis wordt gevormd door de Wet op de jeugdzorg (Wjz). AWBZ-zorg voor jeugdigen omvat de zorg voor jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap (jeugd-lvg) en geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen (jeugd-ggz). Op verschillende niveaus spelen diverse partijen een rol:

- *Landelijk*

Het wettelijk verankerde recht op (jeugd)zorg voor diegenen die daarvoor geïndiceerd zijn schept voor de overheid een aantal verplichtingen. Het Rijk zal voldoende middelen en instrumenten beschikbaar moeten stellen voor het realiseren van de aanspraken op jeugdzorg. Daarnaast is het Rijk

³ Om er in dit onderzoek voor te zorgen dat niet uit het oog verloren wordt om wie het uiteindelijk allemaal gaat, worden in deel I en II van dit rapport casussen beschreven. Ze zijn ontleend aan de dossiers die bestudeerd zijn en enkele gesprekken met betrokkenen. Het beeld is niet representatief, maar geeft wel een indruk van wat de doelgroep van het onderzoek allemaal kan meemaken. In de casussen zijn enkele veranderingen aangebracht om herkenning te voorkomen.

⁴ AWBZ: Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

verantwoordelijk voor een doelmatig en doeltreffend werkend stelsel van jeugdzorg.

Op grond van de Wet op de jeugdzorg zijn de ministers van VWS en Justitie gezamenlijk verantwoordelijk voor een stelsel waarbinnen toegankelijke, passende en samenhangende zorg voor jeugdigen met ernstige opgroei- en opvoedproblemen en hun ouders aangeboden wordt. Voor jeugdigen met psychiatrische problemen en voor licht-verstandelijk gehandicapte jeugd is daarnaast de verantwoordelijkheid van de minister van VWS voor het stelsel van AWBZ-zorg van belang.

Sinds 22 februari 2007 vallen de jeugdzorg en de AWBZ-zorg voor jeugdigen onder de verantwoordelijkheid van de minister voor Jeugd en Gezin.⁵

De verantwoordelijkheid van de minister van Justitie heeft met name betrekking op justitiële jeugdinrichtingen, jeugdreclassering, overigens met nadrukkelijke medebetrokkenheid van de minister voor Jeugd en Gezin.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg en de Inspectie Jeugdzorg houden toezicht op de kwaliteit van de AWBZ-zorg respectievelijk de provinciaal gefinancierde jeugdzorg.

- *Provinciaal en regionaal*

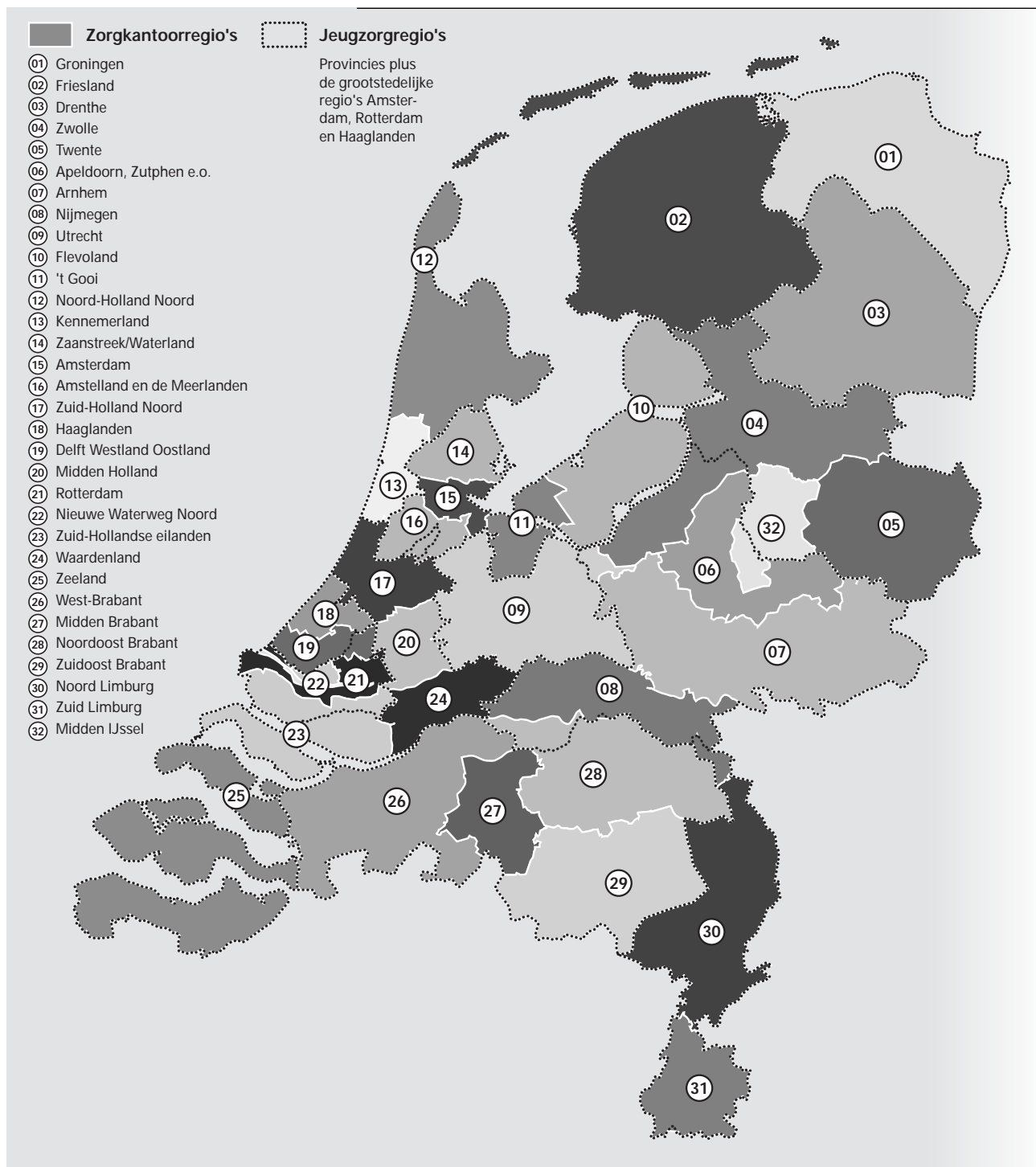
De uitvoering van de AWBZ is sinds 1998 in handen van de zorgkantoren. Deze zijn door de gezamenlijke zorgverzekeraars in het leven geroepen. Zorgkantoren zijn zelfstandig werkende kantoren – nauw gelieerd aan de zorgverzekeraar ter plekke – die tot taak hebben zorgvraag en zorgaanbod in een specifieke regio zo goed mogelijk op elkaar af te stemmen. Er zijn 32 zorgkantoorregio's.

De twaalf provincies – en de voor de jeugdzorg met provincies gelijkgestelde drie grootstedelijke regio's – hebben de taak ervoor te zorgen dat cliënten uit de provincie/grootstedelijke regio hun aanspraak op jeugdzorg tot gelding kunnen brengen. De provincies (Gedeputeerde Staten) moeten er ook voor zorgen dat in de provincie één Bureau Jeugdzorg werkzaam is.

De grenzen van de zorgkantoorregio's en provincies/grootstedelijke regio's verschillen vaak (zie kaart).

⁵ Ons onderzoek is uitgevoerd in 2006, waardoor wij in onze bevindingen nog spreken van de minister van VWS.

Jeugdzorgregio's en zorgkantoorregio's op 31 december 2006



Zorgkantoren en provincies kopen zorg in en zijn (mede) verantwoordelijk voor de kwaliteit, de planning en de financiering van de (jeugd)zorg in hun werkgebied. Uitgangspunt van beleid is dat op dat niveau de behoeften beter bekend zijn en de jeugdige in principe zo dicht mogelijk bij zijn dagelijkse, normale omgeving hulp kan krijgen.

Als een jeugdige zorg nodig heeft, zal eerst een onafhankelijke indicatie gesteld moeten worden. Los van de vraag welke voorzieningen en financiën beschikbaar zijn, zal vastgesteld moeten worden of een jeugdige voor zorg in aanmerking komt, wat voor soort zorg nodig is en hoeveel. De indicatie moet worden afgegeven door Bureau Jeugdzorg, wanneer de problemen voornamelijk betrekking hebben op opgroeien en/of opvoeding of van psychi(atri)sche aard zijn.

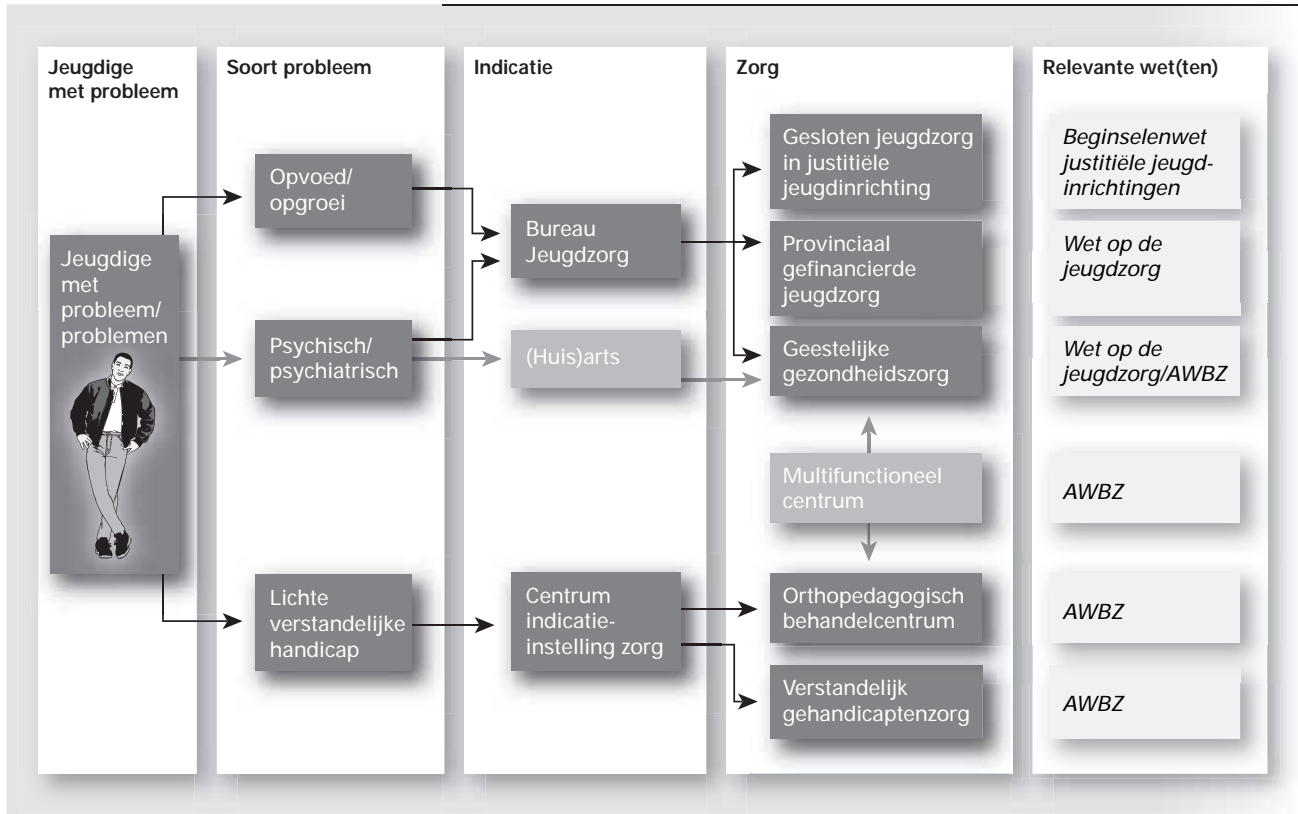
Als een lichte verstandelijke handicap het grootste probleem is, moet de indicatie afgegeven worden door het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ). Bij het verkrijgen van de geïndiceerde zorg moet de jeugdige worden bijgestaan door Bureau Jeugdzorg of door het zorgkantoor. De optelsom van de objectieve indicaties kan de inkopers van zorg (provincie en zorgkantoor) een reëel beeld geven van de zorg die nodig is op een bepaald moment. Daarnaast zullen de inkopers van zorg met het oog op de toekomstige vraag zich een beeld moeten vormen van ontwikkelingen die zich in de vraag voor gaan doen. Dit kan bijvoorbeeld op grond van demografische en epidemiologische gegevens.

Afhankelijk van de indicatie komt de jeugdige terecht bij een orthopedagogisch behandelcentrum of instelling voor verstandelijk gehandicaptenzorg, een ggz-instelling zoals Riagg of psychiatrisch ziekenhuis, een multifunctioneel centrum, een jeugdzorginstelling of een justitiële jeugdinrichting.

Zorg voor licht verstandelijk gehandicapten wordt verstrekt op grond van de AWBZ, de (provinciale) jeugdzorg op grond van de Wjz en geestelijke gezondheidszorg op grond van beide wetten. Op justitiële jeugdinrichtingen is de Beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen van toepassing. Bovenstaande is samengevat weergegeven in figuur 1.⁶

⁶ In juli 2007 heeft de Tweede Kamer een voorstel tot wijziging van de Wjz aangenomen, waardoor het mogelijk is om jeugdigen met ernstige gedragsproblemen in een gesloten setting te behandelen. De bestaande situatie waarin jeugdigen als civiel geplaatsten in justitiële jeugdinrichtingen behandeld werden (waarop de Beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen van toepassing is) werd onwenselijk geacht.

Figuur 1 Toegang tot en wettelijke grondslag van de jeugdzorg op 31 december 2006



N.B.: gelieve in de afgebeelde persoon zowel een «hij» als een «zij» te zien.

De MEE-organisaties⁷ begeleiden mensen met een beperking bij het zoeken naar adequate zorg. Als het echt heel moeilijk wordt om passende zorg te vinden, zal het Centrum voor Coördinatie en Expertise (CCE)⁸ in overleg met relevante zorgaanbieders naar een creatieve oplossing zoeken.

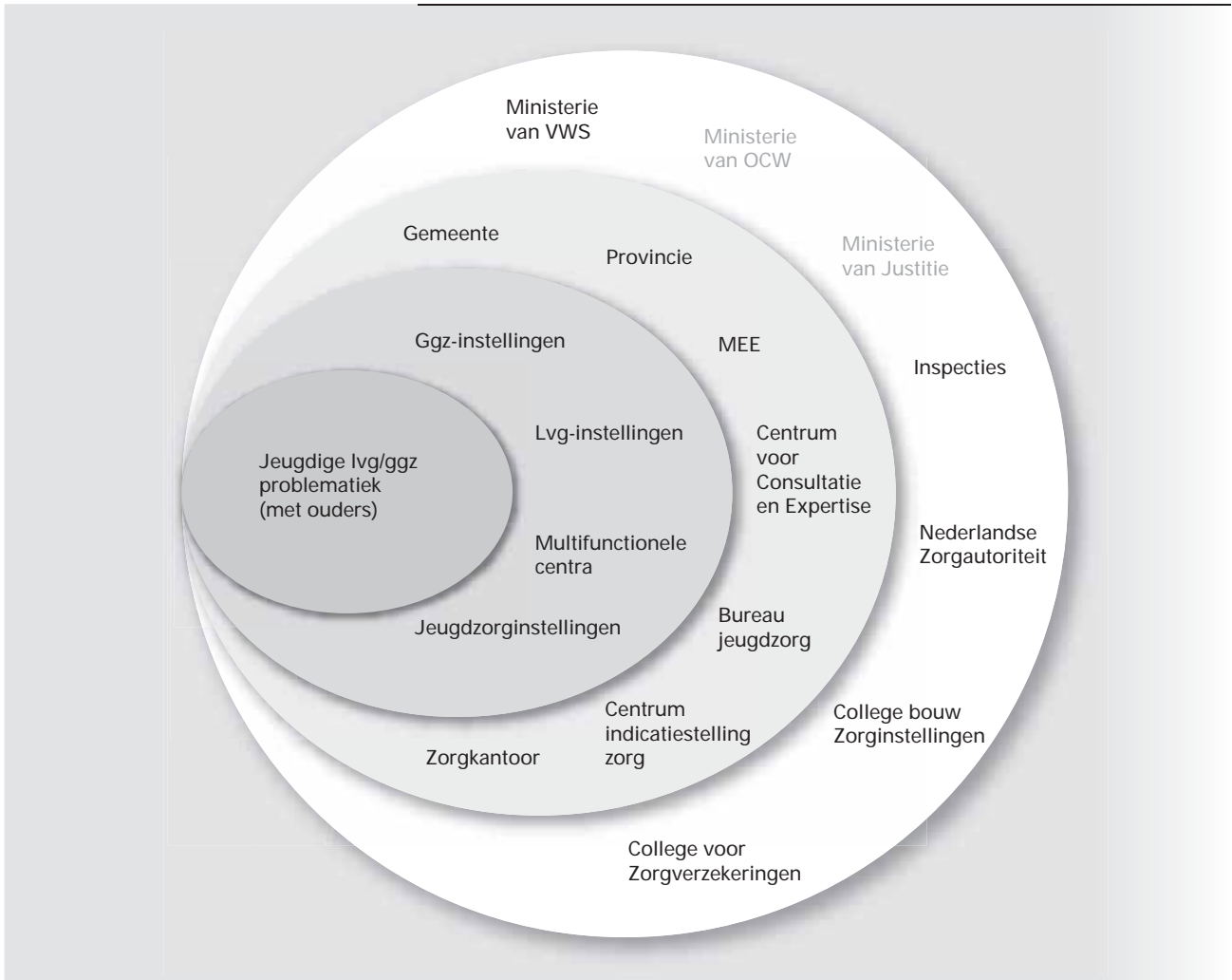
De Nederlandse Zorgautoriteit houdt toezicht op de recht- en doelmatige uitvoering van de AWBZ door de zorgkantoren. De provincie controleert de rechtmatige en doelmatige besteding van de subsidies die op grond van de Wjz aan Bureau Jeugdzorg en jeugdzorginstellingen verstrekt zijn.

De jeugdige met een lichte verstandelijke handicap en/of psychi(atri)sche problemen heeft dus met tal van organisaties te maken als hij zijn vraag naar zorg ook in daadwerkelijke zorg wil omzetten. In figuur 2 staan de organisaties die een rol hebben bij de zorg voor jeugdigen met deze problematiek. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen organisaties die direct hulp en zorg verlenen, organisaties die de jeugdige naar de zorg toeleiden, daarbij bemiddelen of de zorg op regionaal niveau inkopen en de partijen die op nationaal niveau een rol spelen bij de inrichting van het stelsel, bij de planning en financiering ervan en het toezicht erop. Het onderzoek heeft zich toegespitst op de jeugdzorg en niet op het onderwijsveld en justitiële jeugdinrichtingen. Om die reden zijn de uitvoerende organisaties die in die velden een rol hebben, in figuur 2 buiten beschouwing gebleven.

⁷ MEE is de naam van de organisatie voor advies en ondersteuning aan mensen met een beperking, de voormalige Sociaal Pedagogische Dienst. MEE wordt gesubsidieerd uit het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten.

⁸ CCE helpt mensen met een bijzondere zorgvraag door onafhankelijke deskundigen in te zetten die advies en ondersteuning op maat bieden. CCE wordt gesubsidieerd door het Ministerie van VWS.

Figuur 2 Organisaties rond jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap en/of psychi(atri)sche problemen op 31 december 2006



In het coalitieakkoord van februari 2007 is aangegeven dat er Centra voor Jeugd en Gezin moeten komen waar zoveel mogelijk medische, sociale en educatieve ondersteuning van ouders en hun kinderen wordt georganiseerd. Daarnaast moet de organisatie van de jeugdzorg vereenvoudigd worden en binnen de rijksoverheid «ontkokerd». Op 22 februari 2007 is met het oog op deze plannen de minister voor Jeugd en Gezin benoemd.

1.2.3 Financieel belang

Het financieel belang dat gemoeid is met de zorg voor jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap en/of psychi(atri)sche problemen, kunnen we niet precies achterhalen. Soms ontbreken recente gegevens en soms maakt deze zorg deel uit van een veel breder pakket, zoals de provinciaal gefinancierde jeugdzorg. In de provinciaal gefinancierde jeugdzorg gaat in totaliteit ongeveer € 1,2 miljard om (raming 2007).

In de AWBZ-gefinancierde jeugdzorg wordt € 205 miljoen besteed aan jeugd-lvg-instellingen (orthopedagogische behandelcentra) en € 420 miljoen aan jeugd-ggz-instellingen. Aan de hand van het aantal opvang-

en behandelplaatsen voor psychiatrie en voor licht verstandelijk gehandicapten in de justitiële jeugdinrichtingen kan berekend worden dat minimaal € 52 miljoen (begrotingsgeld Justitie) bestemd is voor behandeling en opvang van jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap en/of psychi(atri)sche problemen. Opgeteld komt het financiële belang uit op een bedrag van minimaal € 677 miljoen op jaarbasis.

1.3 Probleemstelling en opzet onderzoek

Het onderzoek heeft zich geconcentreerd op de (jeugd)zorg voor jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap en/of psychi(atri)sche problemen. Jeugdzorg in brede zin, dus zowel de AWBZ-gefinancierde als de provinciaal gefinancierde jeugdzorg. Deze jeugdigen volgen echter ook vaak speciaal onderwijs en kunnen in justitiële jeugdinrichtingen terecht komen. Op zeer beperkte schaal is daaraan ook aandacht besteed in dit onderzoek. De fase waarin deze jeugdigen in het arbeidsproces terecht kunnen komen is buiten de reikwijdte van dit onderzoek gebleven. Justitiële jeugdinrichtingen staan centraal in het onderzoek *Detentie, behandeling en nazorg criminele jeugdigen* dat de Algemene Rekenkamer op 4 oktober 2007 heeft gepubliceerd.

We hebben in 2006 onderzoek uitgevoerd naar de afstemming van aanbod op vraag van jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap en/of psychi(atri)sche problemen. In het onderzoek stonden de volgende vragen centraal:

- In hoeverre sluit het zorgaanbod aan op de vraag van jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap en/of psychi(atri)sche problemen? Is dit aanbod ook bestand tegen veranderingen in de vraag, bijvoorbeeld als gevolg van een verbeterde vroegsignalering?
- Welke verklaringen zijn er voor het al dan niet op elkaar aansluiten van het aanbod op de vraag?
- Wat moet er gebeuren om die aansluiting te verbeteren?

Deze vragen sluiten aan bij doelstellingen van het jeugdzorgbeleid van de minister van VWS⁹ (VWS, 2006b):

- Kinderen en ouders krijgen op tijd de ondersteuning die ze nodig hebben bij het opvoeden, opgroeien en verzorgen.
- Geïndiceerde kinderen en hun ouders/verzorgers kunnen gebruikmaken van kwalitatief goede en betaalbare (jeugd)zorg en krijgen op tijd de juiste hulp bij een zorgaanbieder van hun keuze. Er moet keuze zijn uit voldoende en gevarieerd zorgaanbod.

Om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden hebben we zowel op nationaal als op regionaal niveau onderzoek uitgevoerd.

Op nationaal niveau zijn wet- en regelgeving en het gevoerde beleid geanalyseerd aan de hand van documentstudie en interviews met de belangrijkste actoren bij de overheid en in het veld. We hebben daarbij ook de belangrijkste beleidsontwikkelingen betrokken.

De werking van het stelsel op regionaal niveau is een belangrijk onderdeel van dit onderzoek. We hebben drie zorgkantorregio's geselecteerd en nader onderzocht. Deze drie zorgkantorregio's komen (gedeeltelijk) overeen met de werkgebieden van vier bureaus jeugdzorg. In die drie zorgkantorregio's hebben we de voornaamste spelers in het zorgveld geïnterviewd. De resultaten van deze regionale onderzoeken hebben we vervolgens besproken in regionale werkconferenties met de belangrijkste actoren in de desbetreffende regionale werkvelden. Om het onderzoek te completeren met de invalshoek van individuele cliënten, hebben we op

⁹ Zoals eerder is aangegeven is het onderzoek uitgevoerd in 2006, toen het jeugdzorgbeleid nog onder de verantwoordelijkheid van de minister van VWS viel.

bescheiden schaal dossierstudie uitgevoerd en zijn enkele gesprekken met betrokkenen gevoerd.

In januari 2007 hebben we in een expertmeeting met vertegenwoordigers van landelijke organisaties die bij het onderwerp betrokken zijn, onze bevindingen gepresenteerd en gesproken over mogelijke aanbevelingen.

In het volgende hoofdstuk gaan we in op onze conclusies en aanbevelingen. In deel II van dit rapport behandelen we de onderbouwing van de conclusies met onze onderzoeksbevindingen.

2 CONCLUSIES, VERKLARINGEN EN AANBEVELINGEN

Hoewel het over het algemeen goed gaat met jeugdigen in Nederland, hebben sommige jeugdigen problemen die zo groot zijn dat ze professionele hulp en ondersteuning nodig hebben om die problemen hanteerbaar te maken. Veel jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap en/of psychi(atri)sche problemen maken deel uit van die groep.

De wetgever heeft bepaald dat jeugdigen zowel op grond van de Wjz als de AWBZ recht op zorg hebben, als zij over een indicatie beschikken. Naast de verplichting om voldoende middelen en instrumenten beschikbaar te stellen, is het Rijk ook verantwoordelijk voor een doelmatig en doeltreffend werkend stelsel van jeugdzorg. Dit stelsel moet zo zijn ingericht dat de zorgvraag op de goede plaats terechtkomt en zorgaanbod waarnaar geen vraag is verdwijnt. Alleen met gefundeerde, actuele informatie over de vraag wordt duidelijk wat er écht nodig is. Als die benodigde zorg niet voorhanden is, kunnen de overheid, op landelijk niveau, maar ook de inkopers en aanbieders van zorg in een regio structurele oplossingen zoeken. Zonder goed onderbouwde en actuele informatie over de vraag naar zorg is het risico groot dat de aanbieders van zorg eenzijdig vanuit de eigen expertise (monodisciplinair) bepalen wat de jeugdigen nodig hebben en dat steeds op incidenten gereageerd wordt met kortetermijnoplossingen. Juist het opbouwen van deskundigheid, opleiden van personeel en het realiseren van gebouwen vergen een langere adem.

Het is ook van belang dat zorg integraal en zonder (wettelijke) obstakels aangeboden kan worden aan jeugdigen die dat nodig hebben. Dit geldt met name voor moeilijk plaatsbare jeugdigen met complexe problematiek die aangewezen zijn op een snijpunt van zorgvormen.

2.1 Conclusies en verklaringen

2.1.1 Hoofdconclusie

Op basis van dit onderzoek kunnen we concluderen dat het zorgaanbod onvoldoende aansluit op de vraag van jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap en/of psychi(atri)sche problemen. Het zorgaanbod sluit dus ook niet aan op ontwikkelingen in de vraag. Het gevolg is dat veel jeugdigen niet (op tijd) de zorg krijgen die ze nodig hebben.

Het is niet zo dat jeugdigen altijd van goede zorg verstoken blijven: op individueel niveau wordt het aanbod (uiteindelijk) vaak afgestemd op de vraag. Maar op regionaal en landelijk niveau past het aanbod nog te weinig op de vraag, getuige de wachtlijsten en lange wachttijden. Met name jeugdigen met complexe problematiek die behoefte hebben aan zorg vanuit verschillende disciplines vallen vaak buiten de boot of moeten te lang wachten. Zonder passende en tijdige zorg is het risico groot dat de problemen van deze jeugdigen escaleren.

2.1.2 Verklaringen

We hebben een aantal verklaringen gevonden voor de gebrekkige aansluiting van het zorgaanbod op de vraag van jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap en/of psychi(atri)sche problemen.

1. Onvolledig beeld van de vraag

Het is onvoldoende bekend hoe de behoefte aan zorg (of zorgvraag) van deze jeugdigen er zowel kwantitatief als kwalitatief uitziet en hoe deze zich

ontwikkelt. Dat geldt zowel voor provinciaal gefinancierde jeugdzorg, waar de Wjz het wettelijk kader biedt (hierna Wjz-sector), als de AWBZ-zorg voor jeugdigen (hierna AWBZ-sector).

Dit heeft een aantal achtergronden:

- De informatie van de indicerende instanties is niet volledig. In de AWBZ-sector worden indicaties voor licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen niet apart geregistreerd door het CIZ. Ze vallen onder een veel ruimere categorie.
Voor de Wjz-sector geldt dat jeugdigen met psychi(atri)sche problemen vaak buiten het indicatieorgaan (Bureau Jeugdzorg) om rechtstreeks doorverwezen worden door een (huis)arts. De verplichting die deze verwijzers hebben om Bureau Jeugdzorg hierover te informeren wordt nauwelijks nageleefd.
- De inkopers van zorg, te weten de zorgkantoren voor AWBZ-zorg en provincies voor provinciaal gefinancierde jeugdzorg analyseren niet objectief, integraal en onafhankelijk van het bestaande zorgaanbod aan wat voor soort zorg behoefte is in hun werkgebied en hoe die behoefte zich ontwikkelt. Als dat wel zou gebeuren zou duidelijk zijn welke zorg precies nodig is en welke kosten daaraan verbonden zijn. Praktijk is dat zorginkopers de zorg meestal uitsluitend inkopen op basis van informatie van de zorgaanbieders in een regio. Specifieke gegevens over (ontwikkelingen in) cliëntenstromen ontbreken bij de zorginkopers en veelal ook bij de zorgaanbieders. Hierdoor is geen sprake van een onafhankelijke en objectieve analyse en prognose van de zorgvraag. Ook over de inhoud en het effect van geboden zorg is weinig bekend.
De NZa gedooft dat de zorgkantoren onvoldoende inzicht in de (AWBZ-)zorgvraag en ontwikkelingen daarin hebben.
De minister van VWS (ten tijde van het onderzoek; inmiddels ligt deze taak bij de minister voor Jeugd en Gezin) stimuleert de provincies onvoldoende om het inzicht in de (Wjz-)zorgvraag en ontwikkelingen daarin te verbeteren. Het is niet gemakkelijk om de vraag, die dynamisch is, precies in beeld te krijgen.
Dit ontslaat de zorginkopers echter niet van hun taak om analyses en prognoses van de vraag te maken in plaats van uit te gaan van het bestaande aanbod.
- Voor beter inzicht in de vraag, maar ook voor een adequate planning en inkoop van zorg is het van groot belang dat de zorgvragers een inbreng kunnen hebben. Dit is ook de bedoeling van het overheidsbeleid. Dit is echter moeilijk te realiseren, omdat er in de sectoren jeugd-lvg en jeugd-ggz (nog) geen krachtige cliëntenorganisaties bestaan. Complicerende factor hierbij is nog, dat het zorgaanbod in deze sector de afgelopen tijd een grote concentratie te zien heeft gegeven door fusies en overnames, hetgeen geresulteerd heeft in nog maar één (meestal) of twee aanbieders per AWBZ-regio.
- Er is zowel in de Wjz- als AWBZ-sector te weinig bekend over maatschappelijke, demografische en epidemiologische ontwikkelingen die van invloed kunnen zijn op de aard en omvang van de vraag. Te denken valt aan het aandeel van allochtone jeugdigen met een zorgvraag, van verslaafde jeugdigen, van jeugdigen uit eenoudergezinnen of gebroken gezinnen of het aandeel van jeugdigen uit grootstedelijke gebieden. Wanneer zorginkopers deze informatie koppelen aan demografische gegevens uit hun regio kan het hen helpen om een beter beeld te krijgen van de zorgvraag in hun werkgebied en ontwikkelingen daarin. Bovendien maakt de informatie het mogelijk de toekomstige zorgvraag van jeugdigen met een lichte

verstandelijke handicap en/of psychi(atri)sche problemen meer modelmatig te benaderen.

In januari 2004 heeft het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen (voorloper van het College bouw zorginstellingen) in een rapport¹⁰ (College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen, 2004) al soortgelijke conclusies getrokken. Maar kennelijk heeft dit rapport niet tot enige verbetering van de informatievoorziening over de vraag geleid.

2. Geen structurele intersectorale afstemming

Het intersectorale aanbod komt niet structureel van de grond. Jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap en/of psychi(atri)sche problemen zijn vaak gebaat bij een multidisciplinaire, intersectorale aanpak van hun problemen, waarin elementen van orthopedagogische hulp, geestelijke gezondheidszorg en opgroei- en opvoedhulp zijn geïntegreerd. De totstandkoming van intersectoraal aanbod verloopt moeizaam om de volgende redenen:

- Het bestaande aanbod heeft te maken met verschillende wettelijke kaders, namelijk de AWBZ en de Wjz. De eisen aan AWBZ-zorg (zorg voor licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen en jeugdigen met psychi(atri)sche problemen) en Wjz-zorg (zorg voor jeugdigen met opgroei- en opvoedproblemen) verschillen onder meer op het punt van indicatie, termijnen, aanvaardbare wachttijden, toeleiding naar zorg, zorgbemiddeling, financiering en verantwoording. Ook binnen de AWBZ-sector zijn er verschillen in tarieven en arbeidsvoorwaarden. Al deze verschillen bemoeilijken gezamenlijke, sectoroverstijgende initiatieven en onderlinge afstemming, waardoor veel jeugdigen niet op tijd de zorg krijgen die ze nodig hebben. Ook vanuit het perspectief van de hulpbehoevende jeugdige is niet inzichtelijk wat zijn rechten en verplichtingen zijn.

Met ingang van 1 januari 2008 zal de op genezing gerichte geestelijke gezondheidszorg overgaan van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet. Daardoor komt er nog een derde wettelijk kader in beeld.

- Zorgaanbieders in de Wjz- én AWBZ-sector bepalen ieder afzonderlijk welk nieuw zorgaanbod ontwikkeld wordt. De inkopers van de zorg die een objectief totaaloverzicht van de behoefte aan zorg in hun werkgebied zouden moeten hebben, steunen sterk op de informatie van de afzonderlijke zorgaanbieders. De inkopers van zorg zijn meer volgend dan sturend en regisserend bij de ontwikkeling van nieuw zorgaanbod.
- De samenwerkingsvormen die er zijn, betreffen samenwerking tussen de (AWBZ-)aanbieders van zorg voor licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen en instellingen voor geestelijke gezondheidszorg in multifunctionele centra (MFC's). Die samenwerking heeft dus geen betrekking op het hele scala aan zorgvoorzieningen waar jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap en/of psychia(tri)sche problemen terecht kunnen komen.
- De regie over de jeugdzorg in den brede (AWBZ en Wjz) en dus ook over intersectorale afstemming is niet duidelijk toebedeeld aan één partij in een regio. Gezien de eisen die in de Wjz aan het provinciale beleidskader worden gesteld wat betreft samenhang binnen de jeugdzorg, zou dit een taak voor de provincies kunnen zijn. De provincies zijn veelal bereid die rol op zich te nemen maar vinden dat ze daarvoor te weinig bevoegdheden hebben. Ze worden niet altijd door de zorgkantoren en zorgaanbieders geaccepteerd als regisseur. Het verschil in regio-indeling tussen de provinciaal gefinancierde jeugdzorg en de AWBZ-gefinancierde jeugdzorg draagt daar ook aan bij.

¹⁰ Signaleringsrapport: Licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen met probleemgedrag.

- De Wet op de jeugdzorg verplicht provincies ten behoeve van de samenhang binnen de jeugdzorg om in hun provinciale beleidskader een overzicht op te nemen van de manier waarop zorgkantoren voorzien in AWBZ-zorg voor jeugdigen in de provincie. De provincies krijgen onvoldoende informatie van de zorgkantoren om aan die voorwaarde te kunnen voldoen. De provinciale beleidskaders worden desalniettemin goedgekeurd door het Rijk.

3. Gebrek aan doorstroming en vervolgzorg

Op veel plaatsen ontbreekt goede vervolgzorg. Jeugdigen ontwikkelen zich voortdurend, waardoor de behoefte aan zorg ook aan verandering onderhevig is. Doorstroming naar nieuw, adequaat zorgaanbod is dan van groot belang. Het gaat niet alleen om doorstroming binnen de jeugdzorg, maar ook om de overgang van jeugdzorg naar volwassenenzorg. Jeugdigen maken vaak te lang van een eerder ingezette zorgvorm gebruik door een gebrek aan vervolgzorg. Hierdoor blijft geschikt zorgaanbod onbereikbaar voor nieuwe zorgvragers.

2.2 Aanbevelingen

Voor jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap en/of psychi(atri)sche problemen geldt dat zij snel en gericht zorg moeten krijgen om hun problemen hanteerbaar te maken. Op die manier kan voorkomen worden dat problemen, overlast en maatschappelijke kosten escaleren. De jeugdigen hebben ook krachtens de Wjz respectievelijk de AWBZ recht op zorg. Het Rijk, de zorgkantoren, de provincies en grootstedelijke regio's, Bureaus Jeugdzorg, indicatieorganen, zorgaanbieders en toezichthouders hebben ieder een eigen verantwoordelijkheid en rol bij de realisatie van dit recht.

Om te bevorderen dat het zorgaanbod voor de jeugdigen beter aansluit op hun behoefte aan zorg, doen wij onderstaande aanbevelingen.

Prioriteit ligt bij het verkrijgen van beter kwantitatief en kwalitatief inzicht in de vraag. Dit is ook essentieel om te achterhalen hoe groot de behoefte aan intersectorale zorg, doorstroming en vervolgzorg is.

Inzicht in de vraag

Aanbevelingen aan de minister voor Jeugd en Gezin:

- We bevelen aan te stimuleren dat de zorginkopers zo goed mogelijk objectief, integraal en onafhankelijk van het bestaande zorgaanbod inzicht krijgen in de zorgvraag van jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap en/of psychi(atri)sche problemen en ontwikkelingen daarin. Dit kan door onderzoek uit te laten voeren naar de mogelijke samenhang tussen de problematiek van jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap en/of psychi(atri)sche problemen en bepaalde maatschappelijke, demografische en epidemiologische ontwikkelingen, zoals etniciteit, sociaal-economische status en gezinskenmerken. Maar ook door ontwikkeling van beleidsondersteunende modellen die ramingen van de toekomstige zorgvraag mogelijk maken. De door de minister voor Jeugd en Gezin ingezette acties om meer inzicht te krijgen in het effect van geboden zorg en de kennis over effectieve jeugdinterventies te vergaren en te verspreiden achten wij in dit licht ook een belangrijke ontwikkeling. Deze instrumenten en inzichten kunnen de zorginkopers faciliteren om op regionaal niveau hun taak goed uit te voeren.
- We bevelen aan de discrepantie weg te nemen die bestaat tussen regelgeving en praktijk rond het niet-melden door artsen aan Bureau Jeugdzorg dat zij jeugdigen direct hebben doorverwezen naar de

geestelijke gezondheidszorg. Dit kan door allereerst meer voorlichting hierover te geven en vervolgens deze meldplicht strenger te handhaven.

Aanbevelingen aan de ministers van VWS en voor Jeugd en Gezin:

- We bevelen aan te onderzoeken of de huidige indeling van AWBZ-grondslagen voldoende is om objectief inzicht te krijgen in de behoefte aan zorg, bijvoorbeeld van jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap.
- We bevelen aan de toezichthouders, te weten de inspecties en de NZa, gericht toezicht te laten houden en beter te handhaven dat de zorginkopers en zorgaanbieders hun rol goed vervullen. Belangrijke aandachtspunten zijn hierbij de analyse en prognose van de zorgvraag, het wettelijk verplichte overzicht van de AWBZ-zorg in het provinciale beleidskader en de effectiviteit van de aangeboden zorg.

Aanbeveling aan de minister voor Jeugd en Gezin en de zorginkopers:

- We bevelen aan de ontwikkeling van cliëntenorganisaties van jeugdigen met een licht verstandelijke handicap en/of psychi(atri)sche problematiek (en hun ouders) te stimuleren en te faciliteren. Cliëntenorganisaties kunnen bijdragen aan een beter zicht op de zorgvraag en de ontwikkelingen daarin en aan een betere zorgplanning.

Aanbeveling aan de zorginkopers (zorgkantoren en provincies):

- We bevelen aan beter inzicht te verwerven in de huidige en toekomstige zorgvraag van jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap en/of psychi(atri)sche problemen. Zo kunnen zij de meest effectieve zorg inkopen waaraan de jeugdigen behoefte hebben. Zorg waaraan geen behoefte is verdwijnt dan automatisch. Inzicht in de huidige en toekomstige vraag vergt analyse van de zorgvraag en onderzoek naar de te verwachten ontwikkelingen daarin. Door brede oriëntatie op de problematiek maar bijvoorbeeld ook op grond van demografische en epidemiologische gegevens kan inzicht verkregen worden in de mate waarin de problematiek zich voordoet en ontwikkelt onder jeugdigen in het werkgebied van de zorginkoper. Op die manier weten de zorginkopers aan welke zorg behoefte is, welke voorzieningen daarvoor nodig zijn en welke kosten daarmee gemoeid zijn. Wanneer de beschikbare financiële middelen niet toereikend zijn, kan dit ook onderbouwd en aangetoond worden.

Intersectoraal aanbod

Aanbeveling aan de ministers van VWS en voor Jeugd en Gezin:

- We bevelen aan te zorgen voor consistentere regelgeving, zodat de jeugdige ook echt centraal staat in plaats van de sectorgebonden regels. Het gaat daarbij om het wegwerken van inconsistenties tussen de AWBZ en de Wet op de jeugdzorg, bijvoorbeeld op het gebied van termijnen, leeftijdsgrenzen, toeleiding naar zorg, zorgbemiddeling en financiering. Maar ook transparantie in verantwoording is van belang, opdat de zorginkopers meer inzicht krijgen in de geleverde en gevraagde zorg. Dit maakt het mogelijk om de geboden zorg te «benchmarken» en «best practices» breder te verspreiden. Consistentie met AWBZ en Wjz is ook van belang voor de Zorgverzekeringswet, in verband met de overheveling van de op genezing gerichte geestelijke gezondheidszorg vanuit de AWBZ per 1 januari 2008.

Aanbeveling aan de minister voor Jeugd en Gezin:

- We bevelen aan te bepalen wie op regionaal niveau de regie heeft over de intersectorale afstemming van de zorg voor jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap en/of psychi(atri)sche problemen: de provincies/grootstedelijke regio's of de zorgkantoren. Ook het zorgveld zal hiervan op de hoogte moeten worden gesteld. De regievoerder zal daarbij behorende bevoegdheden moeten krijgen. Zo zullen partijen verplicht moeten worden tijdig informatie te verschaffen aan de regievoerder, zonder dat dit leidt tot verzwaring van de administratieve lastendruk. Op die manier kan een integrale en objectieve afweging worden gemaakt van wat jeugdzorgbreed nodig is. Aangezien de jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap en/of psychi(atri)sche problemen ook vaak in het speciaal onderwijs terechtkomen en in een aantal gevallen ook in de justitiële jeugdzorg, valt te overwegen de regievoering voor intersectorale afstemming ook hierop te betrekken.

Goede vervolgzorg en doorstroming

Aanbeveling aan de ministers van VWS en voor Jeugd en Gezin:

- We bevelen aan te bevorderen dat er voldoende vervolgzorg gerealiseerd wordt. Dit geldt niet alleen wanneer een jeugdige een ander type zorg nodig heeft binnen de jeugdzorg, maar ook wanneer de jeugdige op een leeftijd komt dat hij volwassenenzorg nodig heeft. Dit kunnen de ministers om te beginnen doen door hieraan meer aandacht te besteden in beleidsvisie en beleidskaders, maar ook door zorg te dragen voor een bredere verspreiding van best practices. Door gepaste vervolgzorg wordt doorstroming bevorderd en kan plaats gemaakt worden voor nieuwe zorgvragers.

3 BESTUURLIJKE REACTIE EN NAWOORD ALGEMENE REKENKAMER

3.1 Reactie minister voor Jeugd en Gezin

Op 7 september 2007 heeft de minister voor Jeugd en Gezin, mede namens zijn collega van VWS, gereageerd op ons onderzoek. De minister herkent de bevindingen, die zijns inziens grotendeels overeenkomen met die van de evaluatie van de Wet op de jeugdzorg. De minister deelt onze conclusie dat er nog veel te verbeteren is in de aansluiting tussen vraag en aanbod. Hij ziet het rapport als steun voor zijn beleidsprogramma, dat op 28 juni 2007 aan de Tweede Kamer is aangeboden.

In reactie op onze constatering dat afstemming tussen vraag en aanbod in de jeugdzorg onder meer tekortschiet doordat de vraag onvoldoende bekend is, schrijft de minister dat al veel initiatieven in gang zijn gezet om beter kwantitatief en kwalitatief inzicht te krijgen in de vraag. Het Sociaal en Cultureel Planbureau heeft opdracht gekregen een ramingsmodel te ontwikkelen voor de vraag naar provinciale jeugdzorg, evenals een verbeterd verdeelmodel voor de middelen. Naarmate dit model beter werkt, zullen de beschreven discrepanties zich minder voordoen. Provincies en zorgkantoren hebben de wettelijke opdracht om regionaal een goede aansluiting te realiseren. Ook op dit niveau moeten toereikende analyses worden gemaakt, voor een effectieve en doelmatige inkoop van de zorg. De minister zal de lacunes hierin bespreken in het overleg dat hij met zorgkantoren en provincies heeft. Overigens wil hij de waarde die wij hechten aan deze analyses nuanceren. Ramingen en analyses zijn noodzakelijk, maar de praktijk is vaak weerbarstig. Het gaat erom dat op het niveau van de cliënt een goede aansluiting tot stand komt. Onze constatering dat op individueel niveau het aanbod (uiteindelijk) vaak wél is afgestemd op de vraag, acht de minister dan ook van belang.

De zorg moet ook in kwalitatieve zin aansluiten bij de behoefte. Het wordt dan mogelijk om al in een vroeg stadium de juiste aanpak te kiezen, waardoor echt preventief kan worden gewerkt. De sector is hiervoor eerstverantwoordelijk. De minister wil de al in gang gezette initiatieven voortzetten, onder andere via de facilitering van de databank met op effectiviteit beoordeelde methoden en programma's.

De minister onderschrijft het belang dat wij hechten aan intersectoraal zorgaanbod voor jongeren met meer dan één probleem. Hij vindt dat intersectorale programma's, meer dan nu het geval is, ontwikkeld moeten worden en beschikbaar moeten komen. De praktijk laat zien dat dit kan: er zijn goede voorbeelden. Doordat verschillende disciplines samenwerken worden gezinnen niet doorgestuurd van de ene instantie naar de andere en lukt het om meteen de juiste hulp te geven. Een analyse van de succesfactoren van deze programma's, waarmee provincies, zorgkantoren en instellingen hun voordeel kunnen doen, acht de minister relevant.

Als er verscheidene hulpverleners bij een gezin betrokken zijn, is het uitgangspunt «één plan voor één gezin». Hulpverleners moeten automatisch de handen ineen slaan om tot een gezamenlijke aanpak te komen, waarbij één van hen de coördinatie heeft. De minister zal in overleg met medeoverheden en sector nagaan welke stappen nodig zijn om dit gemeengoed te maken.

In reactie op onze conclusie dat de verschillende wettelijke kaders van AWBZ en Wet op de jeugdzorg de totstandkoming van intersectoraal aanbod bemoeilijken, stelt de minister dat waar regelgeving tot onduidelijkheid leidt of echt belemmerend blijkt te zijn, dit aangepast zal worden. Een mogelijkheid die onderzocht wordt is de overheveling van indicatie en zorgaanbod van de zorg voor licht verstandelijk gehandicapten uit de AWBZ naar de provinciaal gefinancierde jeugdzorg. Afwenteling tussen de AWBZ en de Wet op de jeugdzorg moet ook worden voorkomen door een betere afstemming van de indicatiestelling.

De minister onderschrijft de nadruk die wij leggen op de betrokkenheid van cliënten(organisaties) bij het verkrijgen van zicht op de zorgvraag en een betere zorgplanning. Provincies en jeugdzorgaanbieders implementeren nu prestatie-indicatoren, waarvan cliënttevredenheid er één is. Hierbij gaat het om de vraag in hoeverre de cliënten tevreden zijn over de resultaten van de hulp. De minister vindt dit een goede ontwikkeling. Dit inzicht is nodig om de zorg beter aan te laten sluiten bij de behoefte.

3.2 Nawoord Algemene Rekenkamer

De minister voor Jeugd en Gezin onderschrijft onze probleemanalyse rond de tekortschietende afstemming tussen vraag en aanbod in de jeugdzorg grotendeels. Om aan deze problematiek het hoofd te bieden hebben wij aanbevelingen gedaan. We betreuren het dat de minister in zijn reactie voorbijgaat aan verschillende van deze aanbevelingen, namelijk:

- betere benutting van de indicatiestelling als instrument om de vraag vast te stellen;
- beter toezicht en betere handhaving;
- duidelijke toebedeling van de regiefunctie ten aanzien van de afstemming op regionaal niveau;
- bevordering van vervolgzorg en doorstroming.

Wij vinden het een goede stap dat de minister, om een beter beeld te krijgen van de zorgvraag, een ramingsmodel voor de provinciale jeugdzorg laat ontwikkelen. We dringen er bij de minister op aan om zo'n stap nu ook te zetten bij de zorg voor jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap en/of psychi(atr)ische problemen. We gaan ervan uit dat daarbij voortgebouwd kan worden op onderzoeksresultaten omtrent de samenhang tussen problematiek en bepaalde maatschappelijke en demografische aspecten.

Hoewel de minister onze conclusie dat er meer en betere ramingen en analyses nodig zijn onderschrijft, nuanceert hij deze ook, waarmee hij in onze ogen ten onrechte de urgentie nuanceert. Weliswaar is de praktijk inderdaad weerbarstig en gaat het uiteindelijk om een goede aansluiting op het niveau van de cliënt. En weliswaar kan geen enkele raming de vraagontwikkeling exact voorspellen. Echter, het is beter om met niet geheel perfecte prognoses te werken dan in het duister te tasten en telkenmale met noodverbanden achter de feiten aan te lopen. Op individueel niveau worden de meeste cliënten (uiteindelijk) wel geholpen, maar omdat op collectief niveau het aanbod niet aansluit op de vraag, moeten velen te lang wachten en/of krijgen een zorgaanbod dat slechts ten dele aansluit bij hun behoefte.

Wij betreuren het dat de minister in zijn reactie niet ingaat op de problematiek rond afstemming van het zorgaanbod op de huidige zorgvraag.

Het stelsel van afstemming is thans zo ingericht, dat de totaliteit van de indicaties antwoord moet geven op de vraag welke zorg er nodig is. Maar doordat (a) de categorie licht verstandelijk gehandicapten niet apart geregistreerd wordt en (b) er een zeer omvangrijke zij-instroom is die zonder indicatie van Bureau Jeugdzorg toegang krijgt tot de zorg, werkt het belangrijkste waarnemingsinstrument om de huidige vraag vast te stellen, in de praktijk niet.

In de sector licht verstandelijk gehandicapten zal de indicatiestelling overgaan van het Centrum indicatiestelling zorg naar Bureau Jeugdzorg, waardoor de problemen wellicht opgelost kunnen worden. In de jeugd-ggz-sector is het gebrek aan inzicht in de huidige vraag een gevolg van frequente wetsovertredingen. We brengen met nadruk de urgentie van deze problematiek nog eens onder de aandacht. Voorlichting en handhaving zijn nodig.

De minister onderschrijft het belang van intersectoraal aanbod voor jongeren met meer dan één probleem. Het verbreiden van goede voorbeelden in dit opzicht en een analyse van de succesfactoren zijn, ook naar onze mening, goede initiatieven. Uit ons onderzoek blijkt echter dat alleen de goede wil van zorgaanbieders niet genoeg is om tot onderlinge afstemming te komen. Wat ontbreekt is een aanvaarde regiefunctie. Het stelt ons teleur dat de minister hierin geen keuze maakt en deze ook niet in het vooruitzicht stelt.

De minister heeft oog voor discrepanties tussen de AWBZ en de Wet op de jeugdzorg en zal waar nodig tot aanpassing overgaan. We beklemtonen dat de verschillen in indicatieprocedures, termijnen en toeleiding naar zorg urgente problemen zijn. We verwachten dat de harmonisatie hiervan snel tot stand zal komen en zullen dit proces kritisch volgen.

In antwoord op onze aanbeveling om cliëntenorganisaties van jeugdige licht verstandelijk gehandicapten en jeugdigen met psychi(atri)sche problematiek extra aandacht te geven, verwijst de minister naar het belang van de ingezette cliënttevredenheidsonderzoeken. We onderschrijven het nut hiervan, maar achten dit een te beperkte invulling. Om het aanbod beter op de vraag af te stemmen, moeten cliënten (of hun ouders) kunnen meepraten in het overleg over de planning van aanbod. Daarvoor zijn cliëntenorganisaties van deze doelgroepen de aangewezen gesprekspartners.

De minister gaat in zijn reactie niet in op onze aanbevelingen in de sfeer van toezicht en handhaving bij onder meer het opstellen van (regionale) zorgvraagprognoses, de toetsing van provinciale beleidskaders en de naleving van de meldingsplicht aan Bureau Jeugdzorg van medische verwijzingen naar de jeugd-ggz. Ook op onze aanbeveling over het bevorderen van vervolgzorg en doorstroming om de verstopping van jeugdzorgvoorzieningen tegen te gaan, reageert de minister niet. Het probleem vraagt echter wel degelijk aandacht: door het gebrek aan doorstroming blijft geschikt zorgaanbod onbereikbaar voor nieuwe zorgvragers, waardoor de wachttijden «aan de voorkant» weer toenemen.

Wij wijzen erop dat jeugdigen met problemen en een geldige indicatie een wettelijk recht hebben op de zorg waarvoor zij geïndiceerd zijn. Het Rijk is verantwoordelijk voor een doelmatig en doeltreffend werkend stelsel van jeugdzorg, waarin dit recht gerealiseerd kan worden doordat het zorgaanbod is afgestemd op de vraag. Doordat deze afstemming niet goed en tijdig plaatsvindt, ontstaan er te lange wachttijden en kan de

problematiek van deze kwetsbare groep zorgvragers verergeren, nog afgezien van het feit dat dit hoge maatschappelijke kosten met zich mee kan brengen.

Overzicht van conclusies, aanbevelingen, reacties en nawoorden

| Conclusie/verklaring | Aanbeveling aan minister van VWS en/of voor J&G | Reactie | Nawoord |
|---|---|--|---|
| <p>Hoofdconclusie: onvoldoende aansluiting hulpaanbod op zorgvraag jeugdigen met lichte verstandelijke handicap en/of psychi(atri)sche problemen.</p> | | | |
| <p>Verklaring 1: onvolledig beeld van zorgvraag/zorgbehoefte bij deze jeugdigen, want:</p> <ul style="list-style-type: none"> • informatie van indicerende instanties niet volledig (o.m. door verwijzing van jeugdigen buiten indicatieorgaan om naar ggz); • zorginkopers analyseren niet aan wat voor soort zorg behoefte bestaat; • nog weinig inbreng van zorgvragers (cliëntenorganisaties) bij in kaart brengen van zorgvraag; • weinig bekend over maatschappelijke, demografische en epidemiologische invloeden op aard en omvang zorgvraag. | <ul style="list-style-type: none"> • VWS: onderzoeken of indeling AWBZ-grondslagen voldoende is voor objectief inzicht in zorgvraag. • J&G: meer voorlichting en handhaving rond niet-melden door artsen aan Bureau Jeugdzorg dat zij jeugdigen direct hebben doorverwezen naar ggz. • J&G: stimuleren dat zorginkopers inzicht krijgen in zorgvraag jeugdigen, door onderzoek (o.m. naar maatschappelijke, demografische en epidemiologische invloeden) en door ontwikkelen ramingsmodellen. • J&G/VWS: meer toezicht op rolvulling zorginkopers en zorgaanbieders, met o.m. aandacht voor analyse en prognose zorgvraag en effectiviteit geboden zorg. • J&G: ontwikkeling cliëntenorganisaties stimuleren en faciliteren. | <ul style="list-style-type: none"> • J&G: minister meldt dat ramingsmodel wordt ontwikkeld voor provinciale jeugdzorg. • J&G: minister zegt toe lacunes in de analyses van de zorginkoop te zullen bespreken in het overleg met zorgkantoren en provincies. • J&G: minister onderschrijft belang van betrokkenheid cliënten en wijst op prestatie-indicatoren, waaronder cliënttevredenheid, bij provincies en jeugdzorgaanbieders. | <ul style="list-style-type: none"> • Ontwikkeling ramingsmodel voor provinciale jeugdzorg is stap vooruit; zet nu ook zo'n stap voor jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap en/of psychi(atri)sche problemen, voortbouwend op onderzoeksresultaten. • Minister gaat helaas niet in op problematiek rond afstemming zorgaanbod op zorgvraag. Groot deel zorgvraag blijft buiten beeld als gevolg van frequente wets-overtredingen. Voorlichting en handhaving zijn nodig. • Cliënttevredenheidsonderzoeken zijn nuttig, maar onvoldoende. Extra aandacht nodig voor organisaties van licht verstandelijk gehandicapten en jeugdigen met psychi(atri)sche problemen (en hun ouders). |
| <p>Verklaring 2: geen structurele intersectorale afstemming, want:</p> <ul style="list-style-type: none"> • AWBZ en Wjz stellen verschillende eisen aan indicatie, termijnen, leeftijdsgrenzen, toeleiding naar zorg en transparantie in verantwoording; • regie over intersectorale afstemming niet duidelijk toebedeeld: zorgaanbieders bepalen ieder afzonderlijk welk nieuw aanbod wordt ontwikkeld. | <ul style="list-style-type: none"> • VWS/J&G: zorgen voor consistentere regelgeving opdat vraag centraal kan staan. Inconsistenties tussen Wjz en AWBZ wegwerken. • J&G: bepalen wie op regionaal niveau regie heeft over intersectorale afstemming en deze partij ook gepaste bevoegdheden geven. Zo kan integraal en objectief worden bepaald wat jeugdzorgbreed nodig is. | <ul style="list-style-type: none"> • J&G: minister zegt toe waar nodig regelgeving aan te passen. | <ul style="list-style-type: none"> • Consistentie wetgeving is urgent probleem; wij zullen aanpassingsproces kritisch volgen. • Teleurstellend dat minister op punt van regiefunctie geen keuze maakt en deze ook niet in het vooruitzicht stelt. |
| <p>Verklaring 3: geen goede doorstroming, want:</p> <ul style="list-style-type: none"> • goede vervolgzorg ontbreekt, niet alleen binnen jeugdzorg maar ook wanneer jeugdige volwassenenzorg nodig heeft. Daardoor raakt bestaande aanbod verstoort. | <ul style="list-style-type: none"> • VWS/J&G: realisatie van voldoende vervolgzorg bevorderen, zowel binnen jeugdzorg als wanneer jeugdige overgaat naar volwassenenzorg. | | <ul style="list-style-type: none"> • Teleurstellend dat minister niet reageert op aanbeveling over bevorderen van vervolgzorg en doorstroming. Door gebrek aan doorstroming nemen wachttijden «aan de voorkant» toe. |

DEEL II: ONDERZOEKSBEVINDINGEN

1 INLEIDING

1.1 Achtergrond

De overgrote meerderheid (85%) van de Nederlandse jeugd ontwikkelt zich op een positieve wijze (Zeijl e.a., 2005). Toch zijn er ook jeugdigen die problemen hebben en/of veroorzaken. Hierover bestaat bezorgdheid in de samenleving. In politiek en bestuur heeft de problematische ontwikkeling van een deel van de jeugd de afgelopen jaren hoog op de agenda gestaan. Jeugdbeleid is een zaak van verschillende overheidsorganen op nationaal en decentraal niveau. Integrale aanpak en samenhang zijn daarbij van groot belang.

Ook de Algemene Rekenkamer heeft in haar *Strategie 2004–2009* aangegeven, aandacht te zullen schenken aan de samenhang in het beleid voor jeugdigen met problemen. Om dit te concretiseren, hebben we een vooronderzoek uitgevoerd. Daarin hebben we gekeken welke doelen in het jeugdbeleid gesteld zijn. Vanaf 2001 tot en met 2006 was één van de belangrijkste doelstellingen: het voorkomen van uitval van jeugdigen. Het begrip «uitval» is echter nergens nader gedefinieerd. Daarom zijn wij gaan inventariseren welke problemen jeugdigen hebben, in welke mate ze voorkomen en of ze met elkaar samenhangen. We hebben ruim 80 soorten onderscheiden variërend van diverse soorten eetproblemen, verslaving en handicaps tot slachtoffers van loverboys, leerproblemen en schooluitval. Het meest komen voor: te weinig bewegen, chronische ziekte, schulden, roken en spijbelen. En vaak blijft het niet bij één probleem, hoewel er geen vaste combinaties van problemen zijn.

Jeugdigen met meer dan één probleem zijn extra kwetsbaar. Deze jeugdigen krijgen bovendien vaak hulp vanuit verschillende organisaties. Deze organisaties hebben dikwijls met verschillende wetten en regels te maken. Daardoor is er veel aandacht nodig voor onderlinge samenhang en afstemming. Dit onderzoek wordt toegespitst op twee groepen extra kwetsbare jeugdigen, wier problematiek het risico met zich meebrengt dat zij de dupe worden van een eventuele gebrekkige samenhang en afstemming: jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap en jeugdigen met psychi(atri)sche problemen.

Deze «kopzorg»-jeugdigen zijn extra kwetsbaar om een aantal redenen. De eisen die de huidige maatschappij aan burgers stelt, maken het voor jeugdigen met deze problematiek niet eenvoudig zich hieraan aan te passen. Omdat een lichte verstandelijke handicap of psychische problemen niet aan de buitenkant te zien zijn, wordt vaak niet meteen duidelijk dat een jeugdige er mee kampt. Van deze jeugdigen wordt verwacht dat zij aan de gangbare vereisten en normen voldoen. Als dat niet lukt, geeft dat dikwijls aanleiding tot frustraties en conflicten. De problematiek verergert door ontwikkelingen in de samenleving. Het leven wordt complexer en steeds meer afhankelijk van technologische vernieuwingen, waarvan het gebruik een bepaalde mate van intelligentie, handigheid en routine vereist. Het wordt daardoor alsmear moeilijker om mee te komen voor degenen die verstandelijk of geestelijk achterop lopen. Tegelijkertijd is er achteruitgang te zien van de sociale verbanden die van oudsher bijdroegen aan de opvang van jeugdigen die niet goed mee konden komen. In hechte netwerken zoals familie, buurt, kerk en verenigingen kon in het verleden vaak een plaatsje voor deze kinderen gevonden worden. Hoewel deze informele opvang niet verdwenen is, is de dichtheid en spankracht ervan over het algemeen afgenomen. Daardoor is

de druk van de zorg voor een kind met ernstige problemen veel meer alleen bij het eigen gezin komen te liggen. Het komt dan ook vaak voor dat ouders op den duur niet tegen deze druk bestand zijn en een beroep op professionele hulp moeten doen.

Voor jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap en voor jeugdigen met psychi(atri)sche problemen zijn diverse vormen van hulp en zorg beschikbaar. Dit kan therapeutische gezinsbegeleiding zijn, maar ook orthopedagogische behandeling, ambulante zorg vanuit een Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (Riagg), psychiatrische behandeling of andere zorg. Op grond van de Wet op de jeugdzorg en de AWBZ hebben jeugdigen die daarvoor geïndiceerd zijn, recht (aanspraak) op zorg.¹¹ Het is uiteraard van groot belang dat de jeugdigen op tijd passende zorg ontvangen. Daarvoor moet zowel op individueel als op regionaal en landelijk niveau het aanbod afgestemd zijn op de vraag. Omdat aard en omvang van jeugdproblematiek voortdurend in beweging zijn, vereist dit een doorlopend afstemmingsproces. Daarbij is het van belang om problemen zo vroeg mogelijk te signaleren, opdat ingegrepen kan worden voordat escalatie plaatsvindt. Dit was dan ook één van de doelstellingen van de Operatie JONG, een samenwerkingsverband tussen verschillende ministeries. Deze «vroegsignalering» stelt hoge eisen aan de flexibiliteit van het aanbod, dat aan de veranderende vraag moet worden aangepast.

De afstemming van aanbod op vraag moet op lokaal, regionaal en provinciaal niveau gestalte krijgen. Het Rijk moet ervoor zorgen dat er een goed werkend stelsel bestaat, met behulp waarvan partijen op decentraal niveau een juiste afstemming kunnen bewerkstelligen.

In dit onderzoek toetsen we in hoeverre het stelsel van afstemming van het aanbod op de vraag van jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap en/of psychi(atri)sche problemen goed functioneert.

Het onderzoek is uitgevoerd in 2006. De verantwoordelijkheid voor het stelsel van afstemming van aanbod op vraag van deze jeugdigen lag toen bij de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Sinds het aantreden van het vierde kabinet-Balkenende is een groot deel van deze verantwoordelijkheid overgegaan naar de minister voor Jeugd en Gezin.

1.2 Context

1.2.1 Doelgroep van het onderzoek

Onder jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap werden in het verleden degenen met een intelligentiequotiënt (IQ) tussen 50 en 70 verstaan. Recentelijk is men ook jeugdigen met een IQ tussen 70 en 85 tot de licht verstandelijk gehandicapten gaan rekenen, mits er naast de verstandelijke handicap sprake is van beperkte sociale redzaamheid en andere bijkomende problematiek (VWS, 2006a).

Bij psychische of psychiatrische problematiek kan men denken aan allerlei stoornissen, zoals autisme, ADHD (zie noot op pagina 8), schizofrenie en depressie. Beide typen problemen (psychisch en een lichte verstandelijke handicap) komen vaak in combinatie met elkaar voor en dikwijls ook in combinatie met opvoed- en opgroei problemen, problemen met de maatschappelijke orde en gezag en met overlast.

De Wet op de jeugdzorg (Wjz) bepaalt dat minderjarigen met een geldige indicatie voor jeugdzorg recht hebben op die zorg. Als de indicatie tijdens de minderjarigheid gesteld is, blijft het recht op zorg ook na de achttiende verjaardag bestaan, maximaal tot de leeftijd van 23 jaar.

¹¹ In de van toepassing zijnde wetten wordt gesproken van «aanspraak op zorg». Een aanspraak is het recht om nakoming van een verplichting te vorderen. Omwille van de leesbaarheid zal in het vervolg gesproken worden van «recht op zorg».

In de AWBZ is eveneens bepaald dat verzekerden met een geldige indicatie aanspraak hebben op zorg. De aanspraken die voortvloeien uit deze wet zijn niet aan een leeftijdsgrens gebonden. De ggz- en de lvg-sectoren zelf hanteren voor jeugdigen variabele leeftijdsgrenzen. In meest ruime zin beslaat de groep de leeftijd tussen 0 en 23 jaar.

Gegevens over de exacte omvang van de groep jeugdigen met psychi(atr)ische problemen en/of een lichte verstandelijke handicap ontbreken. De gegevens die beschikbaar zijn, bestaan uit schattingen van verschillende sectoren, over verschillende jaren. De sectoren bakenen, zoals gezegd, bovendien de leeftijden voor de groep jeugdigen verschillend af.

Om toch een beeld te kunnen geven van de omvang van de groep jeugdigen waarop dit onderzoek betrekking heeft, hebben wij op basis van de bestaande (zachte) gegevens een globale schatting gemaakt van het totaal aantal jeugdigen met psychische problemen en/of een lichte verstandelijke handicap in Nederland.

De ggz-sector gaat er van uit dat zo'n 5 à 6% van de jeugdigen psychische stoornissen heeft die zo ernstig zijn dat ze daardoor disfunctioneren in het dagelijks leven. Ongeveer 2% van de jeugdigen in Nederland is in zorg bij de jeugd-ggz (GGZ Nederland, 2007b).

Op basis van een normaalverdeling wordt geschat dat circa 15% van de mensen een IQ-score tussen de 50 en 85 heeft (Stoll e.a., 2004). Op het totaal aantal jeugdigen tussen 0 en 23 jaar van 4 miljoen zou dat uitkomen op 600 000 jeugdigen. Zo'n 58% van deze 600 000 jeugdigen heeft een beperkte sociale redzaamheid en bijkomende problemen, wat neerkomt op zo'n 348 000 jeugdigen (8,7% van totaal aantal). Het Nederlands Jeugdinstituut (opvolger van NIZW jeugd) schat dat in 2003 ongeveer zesduizend jeugdigen (tot twintig jaar) gebruik maakten van zorg voor licht verstandelijk gehandicapten.

Over het aantal jeugdigen met opvoed- en opgroei problemen zijn geen gegevens bekend. Wel zijn er gegevens over het aantal jeugdigen in zorg (in 2003) en het aantal jeugdigen dat langer dan negen weken na indicatie wacht op jeugdzorg (in april 2007).

Tabel 1 Schatting van het aantal jeugdigen met psychische problemen of een lichte verstandelijke handicap in Nederland in 2006 (tenzij anders vermeld)

| Soort probleem | Aantal jeugdigen tussen 0 tot 23 jaar 4 miljoen (100%) |
|--|---|
| Psychische problemen gepaard met manifest disfunctioneren <i>In zorg</i> <i>Wachtend (op 31-12-2006)</i> | 200 000–240 000 (5–6%) 80 000 (2%) 18 600 |
| Lichte verstandelijke handicap in combinatie met beperkte sociale redzaamheid en bijkomende problematiek <i>In zorg (0–20 jaar, in 2003)</i> <i>Wachtend (5–18 jaar in april 2006)</i> | 348 000 (8,7%) 6 000 1 500 |
| Opgroei- en opvoedproblemen <i>In zorg (in 2003)</i> <i>Wachtend (op 1-4-2007)</i> | Niet bekend 48 000 2 065 |

Bron: GGZ Nederland, 2007a en b; Stoll e.a., 2004, NIZW Jeugd, 2006, CBS Statline, Ministerie van VWS 2007a.

Bij deze cijfers moet in aanmerking worden genomen dat er vermoedelijk een flinke overlap is tussen de categorieën. De omvang daarvan is onbekend. In de gegevens over opvoed- en opgroei problemen komen dubbeltellingen voor. Er is evenmin zicht op de omvang van de totale

groep jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap en/of psychi-(atri)sche problemen.

1.2.2 Wettelijke grondslag voor zorg

Internationaal gezien is voor jeugdigen het Internationaal Verdrag voor de Rechten van het Kind (IVRK) van belang. Dit VN-verdrag heeft tot doel de maatschappelijke positie van kinderen te verbeteren. De Nederlandse overheid heeft met het ondertekenen en ratificeren van dit verdrag een zorgplicht op zich genomen. In artikel 3 van dit verdrag is bepaald dat de overheid ervoor dient te zorgen dat het kind de bescherming en zorg krijgt die nodig zijn voor haar of zijn welzijn. Het belang van het kind is een leidend beginsel. Op grond van artikel 23 van dit verdrag erkent de overheid onder meer dat een geestelijk¹² of lichamelijk gehandicapt kind een volwaardig en behoorlijk leven dient te hebben in omstandigheden die de waardigheid van het kind verzekeren, zijn zelfstandigheid bevorderen en zijn actieve deelneming aan het gemeenschapsleven vergemakkelijken. Het gehandicapte kind heeft recht op bijzondere zorg: de overheid stimuleert en waarborgt bijstand die erop gericht is dat het kind daadwerkelijk toegang heeft tot (onder meer) voorzieningen voor gezondheidszorg op een wijze die ertoe bijdraagt dat het kind een zo volledig mogelijke maatschappelijke integratie en persoonlijke ontwikkeling bereikt.

In nationale wetgeving is een recht op (jeugd)zorg verankerd voor diegenen die daarvoor geïndiceerd zijn. De jeugdzorg bestaat uit zowel de provinciaal gefinancierde jeugdzorg als de premiegefinancierde AWBZ-zorg voor jeugdigen. De provinciaal gefinancierde jeugdzorg bestaat uit zorg/hulp voor jeugdigen met opgroei- en opvoedproblemen. De wettelijke basis van de provinciaal gefinancierde jeugdzorg is de Wjz. AWBZ-zorg voor jeugdigen omvat de zorg voor jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap (lvg) en geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen (jeugd-ggz).

AWBZ

De AWBZ is een verplichte collectieve verzekering voor niet individueel verzekerbare risico's voor iedereen die rechtmatig in Nederland woont, in Nederland in loondienst werkt of voor de Nederlandse overheid werkt. Op grond van de AWBZ heeft een (geïndiceerde) verzekerde recht (aanspraak) op zorg. Deze zorg betreft onder meer geestelijke gezondheidszorg en zorg voor (licht) verstandelijk gehandicapten. Verzekerden kunnen kiezen voor «zorg in natura» of een «persoonsgebonden budget» (pgb). Met een pgb kan de verzekerde zelf de zorg, hulp en begeleiding organiseren.

Sinds de modernisering van de AWBZ moet niet langer het aanbod centraal staan, maar de vraag van de cliënt. Daarmee vormt niet langer de beschikbare capaciteit, maar de benodigde capaciteit het uitgangspunt. Het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) heeft tot taak om objectief de vraag van de cliënt te bepalen (indicatiestelling), onafhankelijk van het zorgaanbod. Het zorgkantoor moet er voor zorgen dat een verzekerde zijn aanspraak op geïndiceerde zorg kan verzilveren. Wanneer dit niet gebeurt, kan de verzekerde zijn recht bij het zorgkantoor afdwingen, uiteindelijk zelfs via de rechter.

¹² Onder geestelijk gehandicapten worden zowel kinderen met een verstandelijke handicap als met een psychische beperking verstaan.

Wjz

De Wjz is op 1 januari 2005 in werking getreden als opvolger van de Wet op de jeugdhulpverlening. Jeugdzorg wordt in de wet gedefinieerd als ondersteuning van en hulp aan jeugdigen en hun ouders/verzorgers bij (dreigende) opgroei- en opvoedingsproblemen. In de wet worden onder meer de aanspraak op, de toegang tot, het toezicht op, de planning en financiering van jeugdzorg geregeld. De wet beoogt een wettelijk kader te bieden om een samenhangend aanbod aan jeugdzorg te kunnen realiseren waarin de behoefte en de cliënt centraal staan (Ministerie van VWS en Ministerie van Justitie, 2001). Voor de introductie van een aanspraak op jeugdzorg in deze wet heeft het systeem van de AWBZ model gestaan (Ministeries van VWS en Justitie, 2001).

Bureau Jeugdzorg (BJZ) is het centrale toegangspunt tot de jeugdzorg. De jeugdige (en ook zijn ouders/verzorgers) heeft (hebben) recht op zorg als Bureau Jeugdzorg een indicatie gesteld heeft. De provincie moet er voor zorgen dat de cliënt de geïndiceerde zorg ook echt krijgt. Wanneer dit niet gebeurt, kan de jeugdige of zijn familie, uiteindelijk ook via de rechter de aanspraak bij de provincie afdwingen. Uitgangspunt is dat zorg het belang van een onbedreigde ontwikkeling van een jeugdige dient, aansluit bij de behoefte van de cliënt, niet ingrijpender is dan noodzakelijk en zo dicht mogelijk geboden wordt bij de plaats waar de cliënt duurzaam verblijft gedurende een zo kort mogelijke periode. Het IVRK is gebruikt als richtsnoer bij de totstandkoming van de Wjz. Het belang van het kind is ook voor de nationale wetgeving de eerste overweging.

Afdwingbaarheid

Wat de afdwingbaarheid van het recht betreft kan uit jurisprudentie worden afgeleid dat uit de wet (Wjz en AWBZ) een zorgverplichting voortvloeit die als resultaatsovereenkomst moet worden gekwalificeerd. Zorgkantoren en provincies kunnen slechts onder deze resultaatverplichting uitkomen wanneer zij een geslaagd beroep op overmacht kunnen doen. Dit was het geval bij een zorgkantoor dat zich tot het uiterste had ingespannen om aan zijn verplichtingen te voldoen. Het zorgkantoor had met alle toegelaten instellingen een overeenkomst gesloten en deze waren tot de maximale capaciteit gecontracteerd. Vanwege het feit dat het zorgkantoor geen zeggenschap had over het toelatingsbeleid van zorgaanbieders en geconfronteerd werd met te weinig capaciteit kon de onmogelijkheid om de aanspraak te realiseren niet aan het zorgkantoor worden toegerekend.¹³ In vergelijking met zorgkantoren zijn de beïnvloedings- en sturingsmogelijkheden van de provincies ruimer, waardoor zij naar verwachting minder snel een beroep kunnen doen op overmacht (Van den Berg en van de Sanden, 2005).

1.2.3 Verantwoordelijkheden en taken

De jeugdzorg bestaat uit zowel de provinciaal gefinancierde jeugdzorg als de premiegefinancierde AWBZ-zorg voor jeugdigen. De provinciaal gefinancierde jeugdzorg bestaat uit zorg/hulp voor jeugdigen met opgroei- en opvoedproblemen. De wettelijke basis van de provinciaal gefinancierde jeugdzorg is de Wjz. AWBZ-zorg voor jeugdigen omvat jeugd-lvg en jeugd-ggz.

Op verschillende niveaus spelen diverse partijen een rol:

- *Landelijk*

Het wettelijk verankerde recht op jeugdzorg voor diegenen die daarvoor geïndiceerd zijn, schept voor de overheid een aantal verplichtingen. Het Rijk zal voldoende middelen en instrumenten beschikbaar moeten stellen voor het realiseren van de aanspraken op jeugdzorg. Daarnaast is het Rijk

¹³ Pres. Rb. Zwolle, 14 februari 2000, RZA 2000, 53.

verantwoordelijk voor een doelmatig en doeltreffend stelsel van jeugdzorg.

Op grond van de Wjz zijn de ministers van VWS en Justitie gezamenlijk verantwoordelijk voor het stelsel dat een toegankelijk, passend en samenhangend zorgaanbod voor jeugdigen met ernstige opgroeien opvoedproblemen en hun ouders mogelijk maakt. Voor jeugdigen met psychiatrische problemen en voor licht-verstandelijk gehandicapte jeugd is daarnaast de verantwoordelijkheid van de minister van VWS voor het stelsel van AWBZ-zorg van belang.

Sinds 22 februari 2007 vallen de jeugdzorg en de AWBZ-zorg voor jeugdigen onder de verantwoordelijkheid van de minister voor Jeugd en Gezin.¹⁴

De verantwoordelijkheid van de minister van Justitie heeft met name betrekking op jeugdreclassering en justitiële jeugdinrichtingen, overigens met nadrukkelijke medebetrokkenheid van de minister voor Jeugd en Gezin.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en de Inspectie Jeugdzorg (IJZ) houden toezicht op de kwaliteit van de AWBZ-zorg respectievelijk de provinciaal gefinancierde jeugdzorg.

- *Provinciaal en regionaal*

De uitvoering van de AWBZ is sinds 1998 in handen van de zorgkantoren. Deze zijn door de gezamenlijke zorgverzekeraars in het leven geroepen. Zorgkantoren zijn zelfstandig werkende kantoren – nauw gelieerd aan de zorgverzekeraar ter plekke – die tot taak hebben zorgvraag en zorgaanbod in een specifieke regio zo goed mogelijk op elkaar af te stemmen. Er zijn 32 zorgkantoorregio's.

De 12 provincies – en de voor de jeugdzorg met provincies gelijkgestelde 3 grootstedelijke regio's – hebben de taak ervoor te zorgen dat cliënten uit de provincie/grootstedelijke regio hun recht op jeugdzorg tot gelding kunnen brengen. De provincies (gedeputeerde Staten) moeten er ook voor zorgen dat in de provincie één Bureau Jeugdzorg (BJZ) werkzaam is. Zorgkantoren en provincies kopen zorg in en zijn (mede) verantwoordelijk voor de kwaliteit, de planning en de financiering van de (jeugd)zorg in hun werkgebied. Uitgangspunt van beleid is dat op dat niveau de behoeften beter bekend zijn en de jeugdige in principe zo dicht mogelijk bij zijn dagelijkse, normale omgeving hulp kan krijgen.

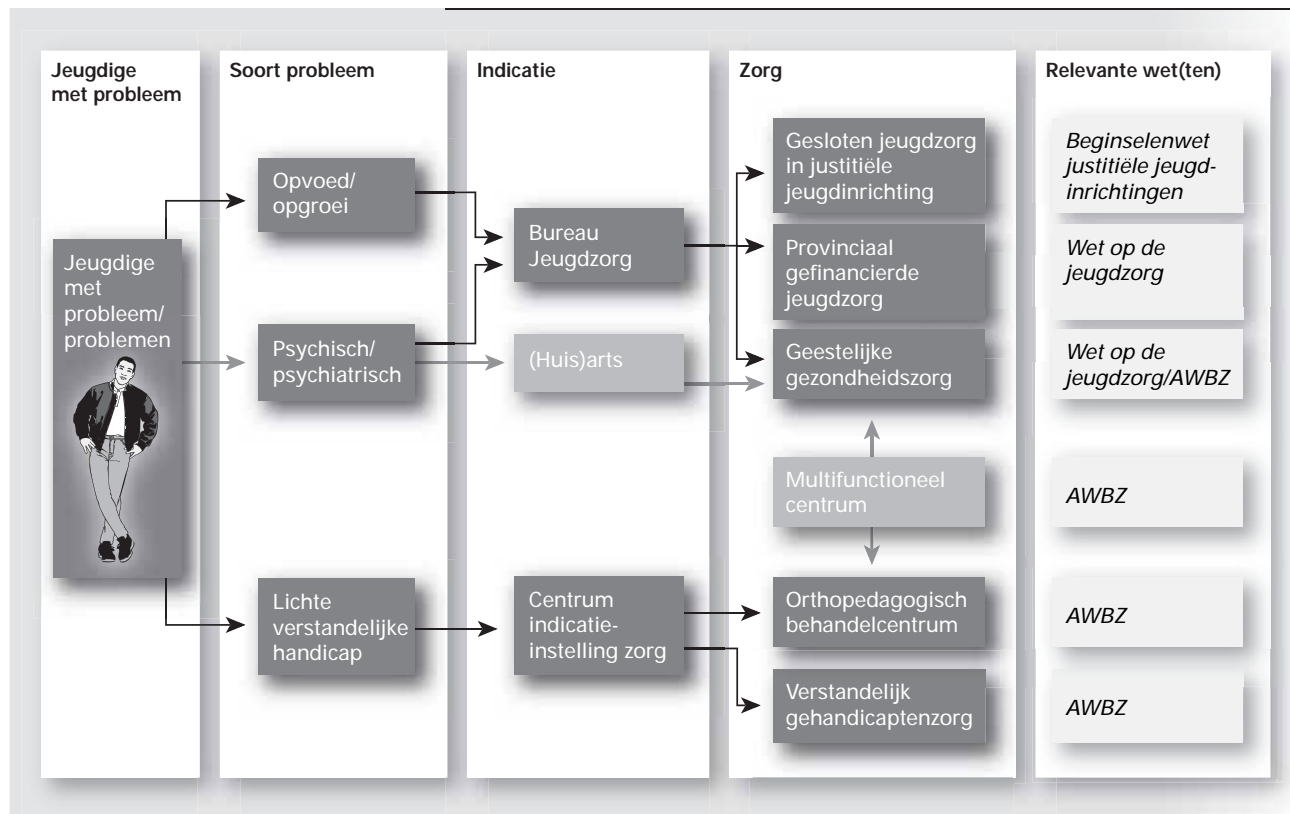
Als een jeugdige zorg nodig heeft, zal eerst een onafhankelijke indicatie gesteld moeten worden. Los van de vraag welke voorzieningen en financiën beschikbaar zijn, zal vastgesteld moeten worden of een jeugdige voor zorg in aanmerking komt, wat voor soort zorg nodig is en hoeveel. De indicatie wordt afgegeven door BJZ, wanneer de problemen voornamelijk betrekking hebben op opgroeien en/of opvoeding of van psychi(atr)ische aard zijn. Als een lichte verstandelijke handicap het grootste probleem is, wordt de indicatie afgegeven door het CIZ. Jeugdigen met psychi(atr)ische problemen komen overigens ook vaak op directe verwijzing van de (huis)arts in de jeugd-ggz terecht. Bij het verkrijgen van de geïndiceerde zorg wordt de jeugdige bijgestaan door BJZ of door het zorgkantoor.

De optelsom van de objectieve indicaties kan de inkopers van zorg een reëel beeld geven van de zorg die nodig is op een bepaald moment. Daarnaast zullen de inkopers van zorg met het oog op de toekomstige vraag zich een beeld moeten vormen van ontwikkelingen die zich in de vraag voor gaan doen. Dit kan bijvoorbeeld op grond van demografische en epidemiologische gegevens.

¹⁴ Ons onderzoek is uitgevoerd in 2006, waardoor wij in onze bevindingen nog spreken van de minister van VWS.

Afhankelijk van de indicatie komt de jeugdige terecht bij een orthopedagogisch behandelcentrum of instelling voor verstandelijk gehandicaptenzorg, een ggz-instelling, een multifunctioneel centrum, een jeugdzorginstelling of een justitiële jeugdinrichting. Zorg voor licht verstandelijk gehandicapten wordt verstrekt op grond van de AWBZ, (provinciale) jeugdzorg op grond van de Wjz en jeugd-ggz op grond van beide wetten. Op justitiële jeugdinrichtingen is de Beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen van toepassing. Bovenstaande is samengevat weergegeven in figuur 1.¹⁵

Figuur 1 Toegang tot en wettelijke grondslag van de jeugdzorg op 31 december 2006



N.B.: gelieve in de afgebeelde persoon zowel een «hij» als een «zij» te zien.

De MEE-organisaties¹⁶ begeleiden mensen met een beperking bij het zoeken naar adequate zorg. Als het echt heel moeilijk wordt om passende

¹⁵ In juli 2007 heeft de Tweede Kamer een voorstel tot wijziging van de Wjz aangenomen, waardoor het mogelijk is om jeugdigen met ernstige gedragsproblemen in een gesloten setting te behandelen. De bestaande situatie waarin jeugdigen als civiel geplaatsten in justitiële jeugdinrichtingen behandeld werden (waarop de Beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen van toepassing is) werd onwenselijk geacht.

¹⁶ MEE is de naam van een private organisatie voor advies en ondersteuning aan mensen met een beperking, de voormalige Sociaal Pedagogische Dienst. MEE wordt gesubsidieerd uit het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (tot 2008).

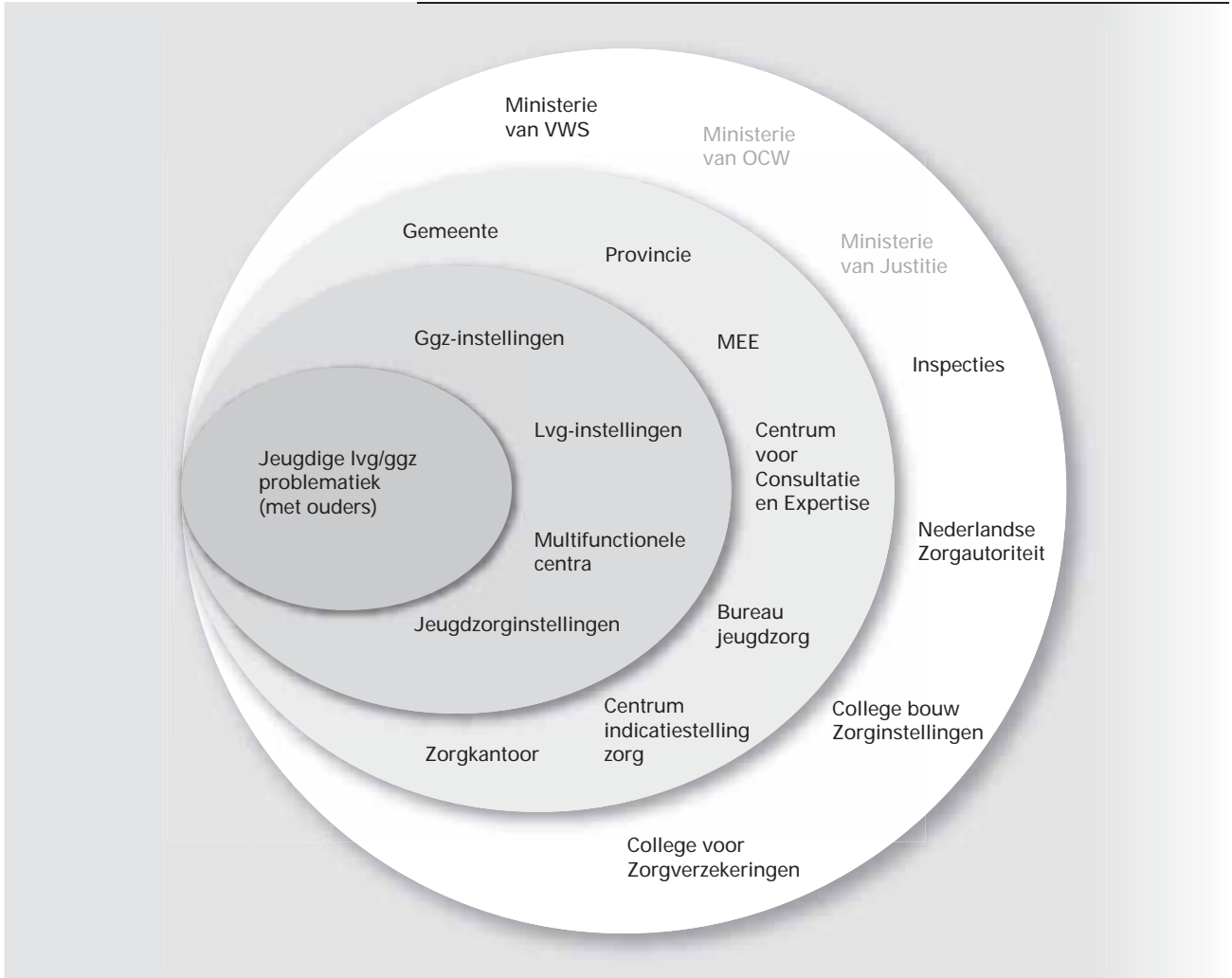
zorg te vinden, zal het Centrum voor Coördinatie en Expertise (CCE)¹⁷ in overleg met relevante zorgaanbieders naar een creatieve oplossing zoeken.

De Nederlandse Zorgautoriteit houdt toezicht op de recht- en doelmatige uitvoering van de AWBZ door de zorgkantoren. De provincie controleert de rechtmatige en doelmatige besteding van de subsidies die op grond van de Wjz aan BJZ en jeugdzorginstellingen verstrekt zijn.

De jeugdige met psychi(atri)sche problemen en/of een lichte verstandelijke handicap heeft dus met tal van organisaties te maken als hij zijn vraag naar zorg ook in daadwerkelijke zorg wil omzetten. In figuur 2 staan de organisaties die een rol hebben bij de zorg voor jeugdigen met deze problematiek. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen organisaties die direct hulp en zorg verlenen, organisaties die de jeugdige naar de zorg toeleiden, daarbij bemiddelen of de zorg op regionaal niveau inkopen en de partijen die op nationaal niveau een rol spelen bij de inrichting van het stelsel, bij de planning en financiering ervan en het toezicht erop. De focus van het onderzoek heeft op de jeugdzorg gelegen en niet op het onderwijsveld en justitiële jeugdinrichtingen. Om die reden zijn de uitvoerende organisaties die in die velden een rol hebben, in figuur 2 (zie volgende pagina) buiten beschouwing gebleven.

¹⁷ CCE helpt mensen met een bijzondere zorgvraag door onafhankelijke deskundigen in te zetten die advies en ondersteuning op maat bieden. CCE wordt als private organisatie gesubsidieerd door het Ministerie van VWS.

Figuur 2 Organisaties rond jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap en/of psychi(atri)sche problemen op 31 december 2006



In het coalitieakkoord van februari 2007 is aangegeven dat er Centra voor Jeugd en Gezin moeten komen waar zoveel mogelijk medische, sociale en educatieve ondersteuning van ouders en hun kinderen wordt georganiseerd. Daarnaast moet de organisatie van de jeugdzorg vereenvoudigd worden en binnen de rijksoverheid «ontkokerd». Op 22 februari 2007 is met het oog op deze plannen de minister voor Jeugd en Gezin benoemd.

1.2.4 Overzicht van zorgvraag en zorgaanbod

Een goed overzicht van de zorgvraag en van het zorgaanbod kunnen we niet bieden, omdat de beschikbare gegevens ontoereikend zijn.

Tabel 2 (zie volgende pagina) bevat een overzicht van de beschikbare informatie. Hierin zijn de belangrijkste voorzieningen opgenomen, de capaciteit en het aantal gebruikers.

De tabel maakt duidelijk dat de beschikbare informatie niet eenduidig is. De cijfers zijn afkomstig uit verschillende bronnen, hebben betrekking op verschillende jaren en leeftijdscategorieën en ze kunnen niet altijd uitgesplitst worden naar jeugdigen met lvg- of ggz-problematiek.

Over de vraag is nog minder bekend dan over het aanbod. De onbekend-

heid met de vraag is een belangrijke bevinding in dit onderzoek. Op de redenen, achtergronden en consequenties daarvan wordt in de volgende hoofdstukken ingegaan.

Om toch een indicatie van de vraag te krijgen zijn de gegevens die bekend zijn over het gebruik, alsmede de meest recente wachtlijstgegevens in tabel 2 weergegeven. Daarbij moet opgemerkt worden dat het soms totaalaantallen betreft, waarvan de jeugdigen met lvg- of ggz- problematiek een deel vormen; welke leeftijden gehanteerd worden is niet altijd bekend. De zorgvraag waarvoor nog geen indicatie is afgegeven, blijft buiten beeld. Dubbeltellingen worden niet uitgesloten.

Ter informatie geven we in het overzicht ook enkele gegevens over justitiële jeugdinrichtingen en het speciaal onderwijs. Aan deze voorzieningen wordt verder in dit onderzoek slechts in beperkte mate aandacht besteed.

Tabel 2 Capaciteit, gebruik van instellingen en aantal wachtende jeugdigen

| Soort instelling | Capaciteit | Zorgvraag | Aantal gebruikers per jaar | Aantal wachtenden |
|---|--|-----------|---|--|
| Jeugd-ggz (bron: GGZ Nederland, 2007a en 2007b, NIZW Jeugd, 2006) | 2 090 intramuraal (2006) 1 000 000 poliklinische/ thuiszorg activiteiten (2006) | Onbekend | 80 000 (2006) | 18 600 (aantal wachtenden op 1 januari 2007; de wachttijd bedroeg tussen de 8 (aan- melding) en 16 weken (beoordeling)) |
| lvg (orthopedagogische behandel- centra) (bron: Landelijk kenniscentrum lvg, NIZW Jeugd, 2006) | 2 890 intramuraal (2006) Ambulant onbekend | Onbekend | 6 000 (0–20 jarigen in 2003) | 1 435 (cijfers april 2006; wachttijd varieert tussen 1 maand en 2 jaar) |
| Multifunctionele centra (bron: College bouw zorginstellingen, 2006) | 120 (intramuraal, gerealiseerd) Ambulant onbekend | Onbekend | Onbekend | Onbekend |
| Jeugdzorginstellingen (bron: NIZW Jeugd, 2006; VWS, 2006) | 19 315 (in 2003, niet uitsplitsbaar naar lvg of ggz) Waarvan 7 830 (residentieel) 5 177 (dagbehandeling) 6 308 (pleegzorg) Ambulante verrichtingen onbekend | Onbekend | 48 422 (in 2003) Waarvan 16 005 (residentieel) 9 298 (dagbehandeling) 11 647 (pleegzorg) 11 472 (ambulant) (voornamelijk 0–18 jarigen met uitloop naar 23 jaar) | 2 065 (cijfers 1 april 2007; wachttijd langer dan 9 weken na indicatie) |
| Justitiële jeugdinrichtingen (bron: Ministerie van Justitie, Dienst Justitiële inrichtingen, NIZW Jeugd, 2006) | 23 opvangplaatsen psychiatrie 89 behandelplaatsen psychiatrie (daarnaast mogelijkheden in regu- liere ggz (20 inkoop- plaatsen) 420 behandelplaatsen lvg (op totale capaciteit van 2566 plaatsen in 2006) | Onbekend | 9 159 (totaal, niet uitsplitsbaar naar lvg of ggz, in 2004) | 40 (wachttend op crisis- plaats in november 2006) |
| Onderwijs (bron: Inspectie van het Onderwijs, 2006) | (Voortgezet) speciaal onderwijs 163 cluster 3 scholen 101 cluster 4 scholen (capaciteit = gebruik) | Onbekend | 24 803 (cluster 3, januari 2006) 20 987 (cluster 4, januari 2006) | 822 (cluster 3, januari 2006) 3620 (cluster 4, januari 2006) |

1.2.5 Financieel belang

Het financieel belang van de zorg voor jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap en of psychi(atri)sche problemen, is niet precies te achterhalen. Soms ontbreken recente gegevens, soms maakt deze specifieke zorg deel uit van een veel breder pakket (bijvoorbeeld provinciaal gefinancierde jeugdzorg). In tabel 3 staat uit welke financieringsbronnen de mogelijke voorzieningen voor jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap en/of psychi(atri)sche problemen, bekostigd worden, samen met de omvang van de geldstroom (VWS, 2006c; NIZW Jeugd, 2006; eigen onderzoek). We kunnen de geldstroom niet altijd specificeren naar de zorg voor de doelgroepen van dit onderzoek. Bij gebrek aan betere informatie is in die gevallen de totale geldstroom weergegeven, waarbinnen die zorg valt. Voor onderwijsvoorzieningen zou dat betekenen dat we het totale bedrag zouden moeten vermelden dat besteed wordt aan zorgleerlingen die extra onderwijsondersteuning nodig hebben. Dit is een dermate groot bedrag dat het de tabel zou vertekenen, terwijl vermoedelijk slechts een klein deel ervan besteed wordt aan jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap en/of psychi(atri)sche problemen. De onderwijsvoorzieningen ontbreken dus in de tabel.

Tabel 3 Financieringsbron en raming van voorzieningen voor jeugdigen met lvg- of ggz-problematiek

| Financieringsbron | Raming 2006 (x € 1 miljoen) | Raming 2007 (x € 1 miljoen) |
|--|--|-------------------------------------|
| Uitkering bureaus jeugdzorg (waarvan een deel gaat naar jeugdigen met lvg/ggz-problematiek) | 370,0 (215,4 justitie en 154,6 VWS) | 371,0 (215,4 Justitie en 155,6 VWS) |
| Uitkering jeugdzorgaanbod (waarvan een deel gaat naar jeugdigen met lvg/ggz-problematiek) | 781,3 | 828,5 |
| Justitiële jeugdinrichtingen (waarvan een deel gaat naar jeugdigen met lvg/ggz-problematiek: minimaal € 51 miljoen naar opvang en behandeling specifiek voor ggz/lvg)* | 296,6 | 306,6 |
| Totaal rijksgefinancierde jeugdzorg* | 1 447,9 | 1 506,1 |
| Jeugd-lvg (AWBZ) | 205 (betreft uitsluitend budget OBC** in 2004) | 205 |
| Jeugd-ggz (AWBZ) | 420,7 | 420,7 |
| Eigen middelen provincies*** | 12,5 | 12,5 |
| Totaal | 2 065,4 | 2 143,6 |

* Justitiële jeugdinrichtingen bieden jeugdzorg in een gesloten setting (al zal dit binnenkort gaan veranderen), maar zijn ook strafinrichtingen voor jeugdigen. De genoemde bedragen kunnen dus eigenlijk niet volledig aan jeugdzorg toegerekend worden.

** Orthopedagogische behandelcentra.

*** Uit een analyse van de Provinciale Beleidskaders Jeugdzorg 2005–2008, blijkt dat acht provincies/grootstedelijke regio's voornemens waren in de periode 2005 tot en met 2008 in totaal bijna € 50 miljoen aan autonome middelen ten behoeve van de jeugdzorg te besteden: Zuid Holland; Noord Holland; Amsterdam; Gelderland; Overijssel; Flevoland; Groningen en Stadsregio Rotterdam. Dit is gemiddeld zo'n € 12,5 miljoen per jaar.

We kunnen dus niet precies aangeven hoeveel geld er in totaal besteed wordt aan zorg voor jeugdigen met psychi(atri)sche problemen en/of een lichte verstandelijke handicap. Wel kunnen we op grond van bovenstaande tabel een ondergrens aangeven. Deze bestaat uit de bedragen die besteed worden aan jeugd-lvg-instellingen (orthopedagogische behandelcentra) en jeugd-ggz-instellingen, aangevuld met de € 52 miljoen die bestemd is voor lvg/ggz opvang en behandeling in de justitiële jeugdinrichtingen. Het financiële belang komt dan uit op een bedrag van minimaal € 677 miljoen op jaarbasis (€ 205 + € 420 + € 52 miljoen).

1.3 Onderzoek Algemene Rekenkamer

1.3.1 Doelstelling

Het onderzoek heeft zich geconcentreerd op de (jeugd)zorg voor jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap en/of psychi(atri)sche problemen. Jeugdzorg in brede zin, dus zowel de AWBZ-gefinancierde als de provinciaal gefinancierde jeugdzorg. Deze jeugdigen volgen echter ook veelal speciaal onderwijs en kunnen ook in justitiële jeugdinrichtingen terecht komen. Op zeer beperkte schaal is daaraan ook aandacht besteed in dit onderzoek. De fase waarin deze jeugdigen in het arbeidsproces terecht kunnen komen is buiten de reikwijdte van dit onderzoek gebleven. Justitiële jeugdinrichtingen staan centraal in het onderzoek *Detentie, behandeling en nazorg criminele jeugdigen* dat op 4 oktober 2007 door de Algemene Rekenkamer is gepubliceerd.

We hebben tussen februari 2006 en januari 2007 onderzoek uitgevoerd naar de afstemming van aanbod op vraag van jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap en/of psychi(atri)sche problemen.

In het onderzoek stonden de volgende vragen centraal:

- In hoeverre sluit het zorgaanbod aan op de vraag van jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap en/of psychi(atri)sche problemen? Is dit aanbod ook bestand tegen veranderingen in de vraag, bijvoorbeeld als gevolg van een verbeterde vroegsignalering?
- Welke verklaringen zijn er voor het al dan niet op elkaar aansluiten van het aanbod op de vraag?
- Wat moet er gebeuren om die aansluiting te verbeteren?

Deze vragen sluiten aan bij doelstellingen van het jeugdzorgbeleid van de minister van VWS (VWS, 2006b):¹⁸

- Kinderen en ouders krijgen op tijd de ondersteuning die ze nodig hebben bij het opvoeden, opgroeien en verzorgen;
- Geïndiceerde kinderen en hun ouders/verzorgers kunnen gebruikmaken van kwalitatief goede en betaalbare (jeugd)zorg en krijgen op tijd de juiste hulp bij een zorgaanbieder van hun keuze. Er moet keuze zijn uit voldoende en gevarieerd zorgaanbod.

De minister van VWS was, ten tijde van het onderzoek, verantwoordelijk voor een systeem waarin voorzieningen voor ondersteuning en zorg aanwezig zijn. Aan dit systeem geeft de minister onder andere invulling door beleid te maken dat gericht is op een toegankelijk, passend en samenhangend zorgaanbod voor kinderen met ernstige opgroei- en opvoedproblemen. Hierbij worden uitdrukkelijk ook kinderen met psychiatrische problemen en licht-verstandelijk gehandicapte jeugd en hun ouders genoemd. Daarnaast viel de coördinatie van het jeugdbeleid, duidelijke spelregels voor alle betrokken partijen en toezicht op de

¹⁸ Zoals eerder is aangegeven, is het onderzoek uitgevoerd in 2006, toen het jeugdzorgbeleid nog onder de verantwoordelijkheid van de minister van VWS viel.

kwaliteit van de jeugdzorg onder de verantwoordelijkheid van de minister van VWS (VWS, 2006b).

Sinds 22 februari 2007 vallen de jeugdzorg en de AWBZ-zorg voor jeugdigen onder de verantwoordelijkheid van de minister voor Jeugd en Gezin.

1.3.2 Onderzoeksaanpak

Om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden hebben we zowel op nationaal als op regionaal niveau onderzoek uitgevoerd. Op nationaal niveau zijn wet- en regelgeving en het gevoerde beleid geanalyseerd aan de hand van documentstudie en interviews met de belangrijkste actoren bij de overheid en in het veld. We hebben daarbij ook de belangrijkste beleidsontwikkelingen betrokken.

De werking van het stelsel op regionaal niveau is een belangrijk onderdeel van dit onderzoek. We hebben drie zorgkantoorregio's geselecteerd en nader onderzocht. Deze drie zorgkantoorregio's komen (gedeeltelijk) overeen met de werkgebieden van vier bureaus jeugdzorg. In die drie zorgkantoorregio's hebben we de voornaamste spelers in het zorgveld geïnterviewd om ons verder te kunnen verdiepen in de feitelijke afstemming van het aanbod op de vraag. De resultaten van deze regionale onderzoeken hebben we vervolgens besproken in regionale werkconferenties met de belangrijkste actoren in de desbetreffende regionale werkvelden. Om het onderzoek te completeren met de invalshoek van individuele cliënten, hebben we op bescheiden schaal dossierstudie uitgevoerd en zijn enkele gesprekken met betrokkenen gevoerd. In januari 2007 hebben we in een expertmeeting onze bevindingen gepresenteerd en gesproken over mogelijke aanbevelingen met vertegenwoordigers van landelijke organisaties die bij het onderwerp betrokken zijn.

Het onderzoek heeft dus betrekking op het jaar 2006. In februari 2007 is de minister voor Jeugd en Gezin benoemd.

Een nadere toelichting op de onderzoeksaanpak is opgenomen in bijlage 2.

1.4 Leeswijzer deel II

In deel I van dit rapport staan de conclusies en aanbevelingen van dit onderzoek. In dit deel II komen de bevindingen aan de orde die tot die conclusies hebben geleid.

In het volgende hoofdstuk gaan we in op de afstemming van het aanbod op de vraag op individueel niveau. Aan de hand van de fasen die een jeugdige doorloopt om de benodigde zorg of hulp te krijgen, beschrijven we de wet- en regelgeving, het beleid en de uitwerking daarvan in de praktijk.

Hoofdstuk 3 gaat in op de afstemming van het aanbod op de vraag op regionaal, provinciaal en landelijk niveau. Daarin bespreken we de wet- en regelgeving, het rijksbeleid en de uitvoering in de regionale en provinciale praktijk bij vraaganalyse, planning en zorginkoop, financiering, verantwoording en beleidsinformatie en toezicht, controle en handhaving.

2 AFSTEMMING VAN HET AANBOD OP DE VRAAG OP INDIVIDUEEL NIVEAU

2.1 Samenvatting en conclusies

Wanneer een jeugdige met een lichte verstandelijke handicap en/of psychi(atri)sche problemen hulp nodig heeft, zullen een aantal stappen gezet moeten worden om dat ook te realiseren.

Allereerst zal gesignaleerd moeten worden dat de jeugdige hulp of zorg nodig heeft (§ 2.2). Soms merkt de jeugdige (of zijn familie) dat zelf op, soms gebeurt dit vanuit het consultatiebureau, de school(arts) of andere organisaties waarmee de jeugdige te maken heeft.

Vervolgens heeft de jeugdige een indicatie nodig (§ 2.3). De jeugdige kan dan verschillende trajecten doorlopen, afhankelijk van de problematiek die overheerst. De indicatie wordt gesteld door BJJ of het CIZ. Wanneer er sprake is van een ernstige psychische stoornis kan een jeugdige direct doorverwezen worden door een (huis)arts. De wettelijke eisen (in AWBZ en Wjz) die aan de totstandkoming van de indicaties gesteld worden, verschillen op het punt van omvang, termijnen, leeftijdsafbakening en bezwaarmogelijkheden.

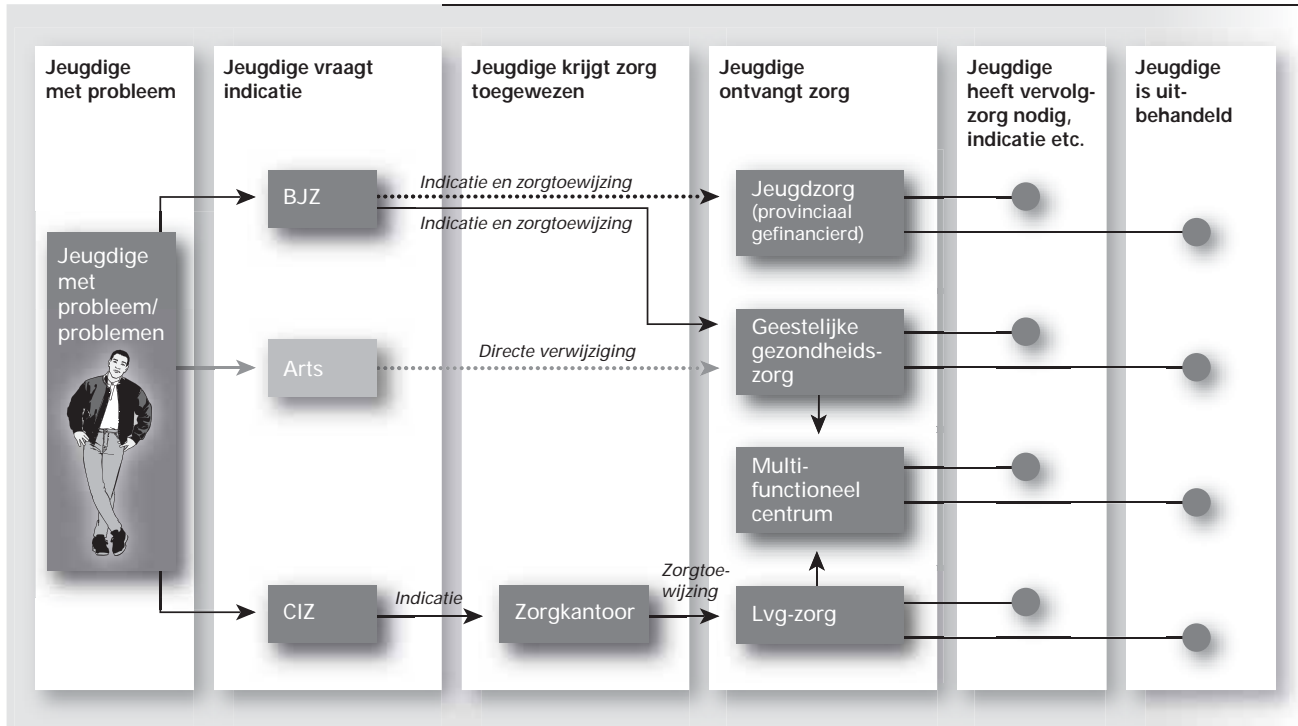
Afhankelijk van de indicatie wordt daarna de zorg toegewezen door het zorgkantoor of BJJ (§ 2.4). De begeleiding die hiermee gepaard gaat is intensiever als de zorg voortkomt uit de Wjz dan wanneer deze voortkomt uit de AWBZ. Bovendien biedt de Wjz de mogelijkheid om ook aan ouders ondersteuning te bieden.

Een lichte verstandelijke handicap en psychi(atri)sche problemen komen vaak samen en in combinatie met opgroei- en opvoedproblemen voor. Hierdoor kunnen jeugdigen met deze problematiek bij verschillende instellingen terecht komen: instellingen voor licht verstandelijk gehandicapten, orthopedagogische behandelcentra, instellingen voor (ambulante) geestelijke gezondheidszorg, multifunctionele centra of (provinciaal gefinancierde) jeugdzorginstellingen. Zij kunnen dan ook te maken krijgen met verschillende wettelijke regimes, te weten de AWBZ en de Wjz met verschillende regels ten aanzien van onder andere indicatie, wachttijden en zorgtoewijzing.

Wanneer de geïndiceerde zorg niet beschikbaar is, zal de jeugdige moeten wachten. In die tussentijd kan vervangende (Wjz) of overbruggingszorg (AWBZ) geboden worden.

Omdat jeugdigen zich ontwikkelen, is de kans groot dat ook de vraag naar en behoefte aan zorg verandert. Er moet dan goede doorstroming naar nieuw, adequaat zorgaanbod mogelijk zijn. Wanneer vervolgzorg nodig is, zal weer eerst een indicatie gesteld moeten worden door BJJ of CIZ. De jeugdige doorloopt de eerder beschreven fasen dan weer opnieuw.

Figuur 3 Van vraag naar zorg (situatie op 31 december 2006)



In dit hoofdstuk zal aan de hand van bovengenoemde fasen uit het proces om van vraag naar zorg te komen, worden beschreven welke wettelijke eisen gelden, welk beleid van toepassing is en hoe het proces feitelijk in de regionale praktijk verloopt.

De jeugdige met een lichte verstandelijke handicap en/of psychi(atri)sche problemen heeft naast de regels die gelden voor het verkrijgen van jeugdzorg vaak ook nog te maken met regels voor (speciaal) onderwijs en in een aantal gevallen voor justitiële jeugdinrichtingen. In deze wetten zijn weer andere regels voor opname/indicatie en behandeling van toepassing.

De jeugdige met deze problematiek (en zijn/haar ouders of verzorgers) heeft (hebben) dus met veel en complexe regelgeving te maken.

2.2 Signalering

2.2.1 Wet- en regelgeving

De jeugdgezondheidszorg heeft een belangrijke taak bij het vroegtijdig signaleren van problemen (vroegsignalering). De jeugdgezondheidszorg richt zich op preventieve gezondheidszorg voor personen van 0–18 jaar. Gemeenten zijn hiervoor verantwoordelijk. De Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv) vormt het wettelijke kader. Colleges van burgemeesters en wethouders hebben op grond van deze wet onder andere tot taak zorg te dragen voor:

- het op systematische wijze volgen en signaleren van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van jeugdigen en van gezondheidsbevorderende en -bedreigende factoren;
- het ramen van de behoeften aan zorg;

- de vroegtijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen;
- het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding.

Gemeenten hebben geen specifieke verantwoordelijkheid voor jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap en/of psychi(atri)sche problemen. Gemeenten hebben ook op grond van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) een belangrijke taak bij de signalering van problemen bij jeugdigen. Elke gemeente moet over vijf op de jeugd gerichte functies beschikken. Signalering is één van deze functies.

We hebben niet onderzocht hoe het proces van signalering in de praktijk verloopt.

2.2.2 Rijksbeleid en ontwikkelingen

Eén van de beleidsdoelen van de minister van VWS is dat jeugdigen op tijd de zorg krijgen die ze nodig hebben. De overheid komt pas in beeld als het gezin en de sociale omgeving onvoldoende in staat blijken de problemen het hoofd te bieden of wanneer de gezondheid of veiligheid van het kind in het geding is. Daarvoor moeten problemen wel tijdig gesignaleerd worden.

Het Zorgadviesteam (ZAT) heeft hierin een belangrijke rol. Dit zijn multidisciplinaire teams waarin signalen van mogelijke problemen bij jeugdigen worden besproken op scholen. In ZAT's werken onderwijs, leerplichtambtenaar, schoolmaatschappelijk werk, BJZ, de jeugdgezondheidszorg en politie samen. In het kader van Operatie JONG is extra ingezet op uitbreiding van het aantal ZAT's. De uitbreiding en de inrichting daarvan wordt gecoördineerd door het ministerie van OCW. Ten tijde van het onderzoek hadden nog niet alle scholen voor voortgezet onderwijs een eigen ZAT.

In het kader van Operatie JONG heeft de Inventgroep in september 2005 het rapport «Helpen bij opgroeien en opvoeden, eerder, sneller en beter» uitgebracht, een advies over vroegtijdige signalering en interventies bij opvoed- en opgroei problemen (Inventgroep, 2005). In aansluiting op dit rapport heeft de staatssecretaris van VWS de opdracht gegeven een richtlijn «Vroegsignalering psychosociale problematiek voor de jeugdgezondheidszorg» op te stellen. In het najaar van 2006 is het RIVM (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu) Centrum Jeugdgezondheid in samenwerking met de beroepsgroepen gestart met het opstellen van deze richtlijn.

Verder heeft de commissaris jeugd- en jongerenbeleid, Steven van Eijck, een sturingsadvies uitgebracht dat onder meer pleit voor gemeentelijke Centra voor Jeugd en Gezin (CJG) waarin taken op het gebied van opvoeding, preventie, signalering en bescherming gebundeld worden. Inmiddels heeft de minister voor Jeugd en Gezin in zijn programma voor 2007–2011 vastgelegd dat er aan het eind van deze kabinetsperiode een landelijk dekkend netwerk is van Centra voor Jeugd en Gezin, waarin jeugdzorg, opvoedingsondersteuning en andere organisaties hun krachten bundelen (Ministerie voor Jeugd en Gezin, 2007b).

Een andere ontwikkeling is de verwijfsindex voor risicjongeren. Hierin kunnen professionals risicosignalen over een kind melden. Bij meer dan één signaal over een kind krijgen alle professionals die een signaal doorgegeven hebben, bericht dat er meer meldingen zijn en van wie die meldingen zijn. Vervolgens kunnen zij dan contact met elkaar opnemen om de hulp aan het kind af te stemmen. De staatssecretaris van VWS heeft in december 2005 € 5 miljoen uitgetrokken om begin 2007 van start

te gaan met de verwijfsindex (Ministerie van VWS, 2005). De minister voor Jeugd en Gezin heeft in zijn programma 2007–2011 aangegeven dat de verwijfsindex met ingang van 1 januari 2009 beschikbaar komt. Daarnaast zal uiterlijk 1 januari 2008 voor elk kind een elektronisch kinddossier beschikbaar zijn.

2.3 Indicatiestelling

2.3.1 Inleiding

Een indicatie is een objectieve en onafhankelijke vaststelling van de zorgbehoefte. Als een jeugdige met een lichte verstandelijke handicap en/of psychi(atri)sche problematiek zorg nodig heeft, moet eerst bepaald worden wat hij precies nodig heeft. Dit wordt vastgelegd in een indicatiebesluit. Een indicatiebesluit geeft recht op zorg. Het moet worden genomen door een daartoe bevoegd indicatieorgaan. In de volgende paragrafen wordt ingegaan op de opzet van en regelgeving omtrent het indicatieproces voor jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap en/of psychi(atri)sche problemen, het rijksbeleid en de feitelijke uitvoering in de regionale praktijk.

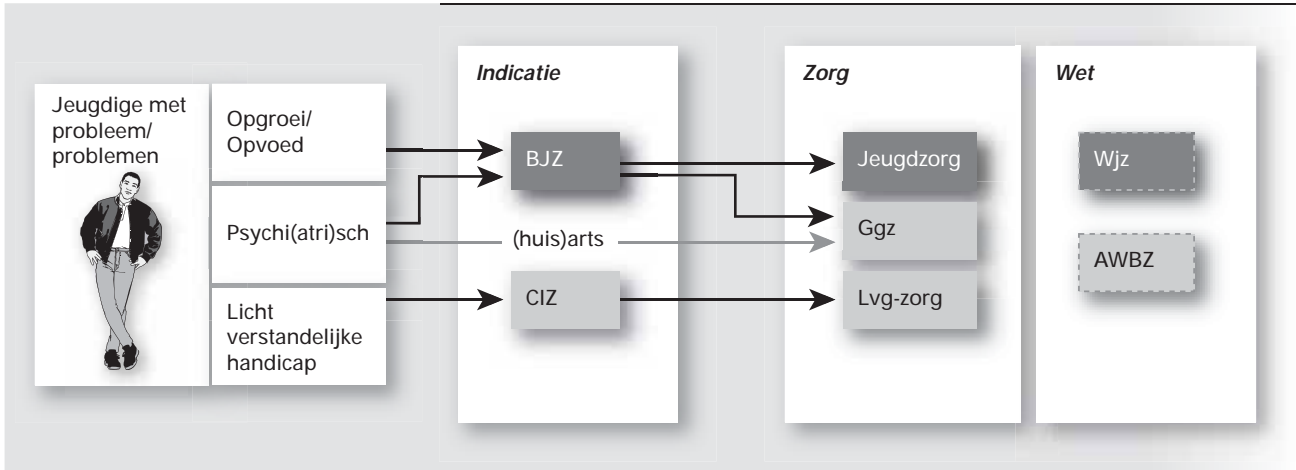
2.3.2 Opzet en wet- en regelgeving

Opzet

Afhankelijk van de problematiek en de zorg die de jeugdige nodig heeft, wordt het indicatiebesluit genomen door BJZ of het CIZ.

In figuur 4 is weergegeven bij welk indicatieorgaan een jeugdige met een bepaald probleem moet zijn om aanspraak te kunnen maken op jeugdzorg, geestelijke gezondheidszorg of zorg voor licht verstandelijk gehandicapten en welke wetten dan gelden.

Figuur 4 Toegang tot de jeugdzorg en wettelijke grondslag hiervoor (situatie op 31 december 2006)



Eén van de doelen van de Wjz is een samenhangend aanbod van jeugdzorg te realiseren. Daarom kan een jeugdige bij BJZ terecht voor een indicatie voor:

- jeugdzorg die valt onder de Wjz. Dat wil zeggen zorg die samenhangt met opgroei- en opvoedproblemen, of met problemen van de opvoeder die het onbedreigd opgroeien van de jeugdige belemmeren;
- geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen die valt onder de AWBZ;
- gesloten jeugdzorg op civiele basis (de wettelijke grondslag hiervan gaat over van de Beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen naar de Wjz).

Jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap als grootste probleem moeten voor een indicatiebesluit naar het CIZ. Dan gelden de regels van de AWBZ. Naar verwachting zal de indicatiestelling voor licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen per 1 januari 2008 overgaan van het CIZ naar BJZ. Dit was al beoogd bij de invoering van de Wjz, om een integrale, centrale toegang tot de jeugdzorg tot stand te brengen.

De jeugdige kan voor toegang tot de geestelijke gezondheidszorg ook terecht bij een (huis)arts. Wanneer bij de (huis)arts een redelijk vermoeden bestaat dat er bij de jeugdige sprake is van een ernstige psychische stoornis, mag de jeugdige direct doorverwezen worden naar een ggz-instelling. In het Uitvoeringsbesluit Wjz is nader bepaald wanneer een psychische stoornis als ernstig beschouwd moet worden. Aan de directe doorverwijzing is ook de voorwaarde verbonden dat dit aan BJZ gemeld moet worden onder gemotiveerde opgave van de psychische stoornis die naar het inzicht van de arts bij de jeugdige aanwezig is. Daardoor zou er bij BJZ een totaaloverzicht moeten bestaan van het aantal jeugdigen dat geestelijke gezondheidszorg nodig heeft.

Wet- en regelgeving

Wanneer de problematiek van de jeugdige voornamelijk van psychi(a-tri)sche aard is of wanneer sprake is van opgroei- en opvoedproblemen, gelden voor indicatiestelling de regels van de Wjz, behalve wanneer de jeugdige met psychische problemen direct wordt verwezen door de (huis)arts. Wanneer het grootste probleem van de jeugdige de lichte verstandelijke handicap is, dan zijn de regels van de AWBZ van toepassing.

Wjz en AWBZ verschillen niet alleen in bewoordingen van elkaar, maar ook in eisen die aan de indicatie gesteld worden. Zo hoeft het indicatiebesluit op grond van de AWBZ minder uitgebreid te zijn dan het besluit dat op grond van de Wjz wordt afgegeven. Het Wjz-besluit moet ook ingaan op de mogelijke oorzaken van de problemen, adviseren wie de zorg kan verlenen, aangeven of coördinatie nodig is en wie dat dan het beste kan uitvoeren. De AWBZ kent wel meer «functies» waarvoor geïndiceerd kan worden dan de Wjz: de AWBZ kent er zeven, de Wjz drie. Verder zijn er verschillen in termijnen: de jeugdige moet een Wjz-indicatie binnen dertien weken tot gelding brengen (daarna is een nieuwe indicatie nodig), voor een AWBZ-indicatie geldt een dergelijke termijn niet. Vanaf het moment dat de zorg is gestart is de Wjz-indicatie maximaal een jaar geldig, aan een AWBZ-indicatie is geen wettelijk vastgesteld maximum verbonden. De jeugdige met een Wjz-indicatie moet dus potentieel vaker een nieuwe indicatie aanvragen dan een jeugdige met een AWBZ-indicatie.

Een nieuwe Wjz-indicatie kan worden aangevraagd door jeugdigen tot achttien jaar. Wanneer de jeugdige op die leeftijd al in zorg is of tot een

half jaar daarvoor in zorg was, is het mogelijk de zorg tot het 23e jaar voort te zetten. De AWBZ kent geen leeftijdsafbakening. Wanneer BJZ voorziet dat de benodigde zorg voor de jeugdige niet op tijd beschikbaar is, kan het «vervangende zorg» indiceren. Het CIZ stelt geen indicaties voor dergelijke «overbruggingszorg». Tegen de inhoud of het achterwege blijven van een indicatiebesluit van het CIZ kan een jeugdige bezwaar maken. Bij de behandeling van dit bezwaar moet het CIZ hierover advies inwinnen bij het College voor Zorgverzekeringen (CVZ). Daarmee kan de uniformiteit van de beslissingen op bezwaar bevorderd worden. Een dergelijke verplichte advisering bestaat niet ten aanzien van bezwaarschriften op indicaties van BJZ.

2.3.3 Rijksbeleid

De minister van VWS heeft het beleidsdoel dat kinderen die ernstig in hun ontwikkeling worden bedreigd en hun ouders/verzorgers op tijd de juiste indicatiestelling krijgen, opdat zij op tijd en in hun eigen omgeving toegang hebben tot zorg. Om dit beleidsdoel te realiseren, zijn tal van beleidsinitiatieven in gang gezet.

Harmonisatie indicatiestelling

Binnen de sectoren onderwijs, justitie, zorg en arbeid zijn vele toegangspoorten voor indicatietrajecten die vaak gebaseerd zijn op verschillende beoordelings- en toetsingssystematieken. Deze systemen sluiten onvoldoende op elkaar aan. Harmonisatie van de indicatiestelling was daarom één van de thema's van Operatie JONG. Een projectgroep bestaande uit de betrokken ministeries, MOgroep (Maatschappelijk Ondernemers Groep), CIZ en het indicatieorgaan voor het onderwijs heeft gewerkt aan een integraal indicatietraject voor:

- (AWBZ)zorg en onderwijs voor jeugdigen met een verstandelijke beperking;
- (Jeugd)zorg en onderwijs voor jeugdigen met gedragsproblemen.

Deze indicatietrajecten zijn getoetst in een aantal pilots. Op basis van ervaringen in deze pilots is een kader ontwikkeld. Het kader is in oktober 2006 door de betrokken koepels geaccordeerd. Daarnaast zijn er plannen voor de ontwikkeling van een gemeenschappelijke front-office voor de indicatiestelling voor zorg en onderwijs.

Jeugd-ggz

De minister van VWS legt elke vier jaar de hoofdlijnen van het jeugd-beleid, de prioriteiten en doelstellingen vast in een landelijk beleidskader. Dit landelijke beleidskader is richtinggevend voor het door de provinciebesturen te voeren beleid. In het Landelijk beleidskader jeugdzorg 2005–2008 is opgenomen dat provincies in hun provinciale beleidskaders moeten aangeven hoe zij een verantwoorde indicatiestelling waarborgen. Daarbij wordt expliciet aandacht gevraagd voor het aantrekken van extra ggz-expertise voor de ggz-indicatiestelling door BJZ.

De IGZ heeft samen met de IJZ in september 2006 het rapport *Toegang naar jeugd-ggz kan sneller en beter* uitgebracht. In dit rapport constateren de inspecties dat de samenwerking tussen de bureaus jeugdzorg en de jeugd-ggz te wensen overlaat. Daardoor moeten jongeren te lang wachten op hulp. Van het streven naar één loket voor dit deel van de jeugdzorg komt nog maar weinig terecht. Hierdoor wordt «zij-instroom» bevorderd: de rechtstreekse verwijzingen van artsen naar de jeugd-ggz.

In november 2006 is de evaluatie van de Wjz aan de Tweede Kamer

aangeboden (Baecke e.a., 2006). Ook daarin wordt geconstateerd dat sprake is van een grote instroom in de jeugd-ggz zonder dat er indicatiestelling door BJZ heeft plaatsgevonden. Aanbevolen wordt dat afspraken gemaakt moeten worden met huisartsen over toegangscriteria en informatie-uitwisseling.

Naar aanleiding van signalen over gebrekkige samenwerking tussen BJZ en de jeugd-ggz, heeft de staatssecretaris van VWS het Interprovinciaal Overleg (IPO) in 2005 verzocht een indicatieprotocol op te stellen. In overleg met Zorgverzekeraars Nederland, de MOgroep, GGZ Nederland, NVO/NIP, het CIZ en het Ministerie van VWS heeft het IPO het «Protocol indicatiestelling jeugdigen met psychiatrische problematiek» opgesteld (van de Zijden en Diephuis, 2006). Dit protocol bevat inhoudelijke voorschriften over de indicatiestelling voor jeugdigen met psychiatrische problematiek. De voorschriften hebben betrekking op de inhoud en de onderbouwing van indicatiebesluiten door BJZ, op de informatie-uitwisseling tussen BJZ's en aanbieders van jeugd-ggz en op de benodigde inhoudelijke expertise binnen de BJZ's. Het indicatieprotocol heeft geen betrekking op jeugdigen die via de (huis)arts rechtstreeks naar de jeugd-ggz worden verwezen. Het protocol is 1 januari 2007 in werking getreden.

Jeugd-lvg

Om de kwaliteit van de indicatiestelling door het CIZ te bevorderen, heeft het CIZ op verzoek van de staatssecretaris van VWS conceptbeleidsregels voor de indicatiestelling opgesteld. Het CVZ heeft hierover in juli 2006 geadviseerd dat de conceptbeleidsregels weliswaar verbeterd zijn ten opzichte van eerdere versies, maar vooralsnog niet in aanmerking komen voor vaststelling.

Het Landelijk beleidskader jeugdzorg kan jaarlijks bijgesteld worden. Zo is in de bijstelling van september 2006 nader bepaald dat provincies geacht worden in te gaan op de wijze waarop zij overgang van de indicatiestelling voor jeugd-lvg van CIZ naar BJZ implementeren. Het Ministerie van VWS heeft een overleggroep ingesteld om het overgangsproces in goede banen te leiden.

2.3.4 Uitvoering in de regionale en provinciale praktijk

De feitelijke indicatiestelling vindt plaats op regionaal of provinciaal niveau. In de drie geselecteerde regio's hebben we onderzocht hoe de indicatiestelling van jeugdigen in de praktijk verloopt.

Bureau Jeugdzorg

Hoewel iedereen rechtstreeks bij BJZ toegang heeft, is het niet de bedoeling dat alle jeugdigen met problemen bij BJZ komen. Pas als op lokaal niveau (de directe omgeving van de jeugdige en bijvoorbeeld ook school, maatschappelijk werk en politie) de problemen niet kunnen worden opgelost, is een verwijzing naar BJZ op zijn plaats. Aanmelding van cliënten geschiedt onder andere door huisarts, politie of maatschappelijk werk. Ook het onderwijs is een belangrijke verwijzer. De bureaus jeugdzorg nemen vaak deel aan allerlei netwerken rond jeugdigen in problemen, vooral in de onderwijssector.

Het aantal aanmeldingen bij BJZ is in 2005 sterk gestegen. In de onderzochte regio's variëren de stijgingspercentages ten opzichte van 2004 tussen 24% en 68%. Dit komt vermoedelijk door de invoering van de Wjz in 2005 waarmee de status van BJZ wettelijk vastgelegd werd en de bekendheid toenam. De bureaus hebben hiervoor aanvullende financiële

middelen gekregen, maar toch is het erg moeilijk geweest om deze aanwas op te vangen. De aanmelding leidt in de overgrote meerderheid van de gevallen tot een indicatiestelling voor een bepaald type zorg. Omdat de indicatiestelling zorgvuldig moet gebeuren, kost dit enige tijd. De gemiddelde benodigde tijd in de onderzochte regio's lag ten tijde van het onderzoek rond de veertig dagen.

De meerderheid van de indicaties die BJJ afgeeft, betreft provinciaal gefinancierde jeugdzorg. Ruim een derde van de indicaties betreft AWBZ-zorg. Er zijn slechts geringe verschillen tussen de onderzochte regio's. Aan de ggz-indicaties en pgb's wordt hieronder meer aandacht besteed.

Geestelijke gezondheidszorg

In het verleden waren er spanningen en verschillen van inzicht tussen BJJ en de ggz-sector omdat de indicaties van BJJ naar het oordeel van de ggz te zeer een inbreuk vormden op de medische handelingsvrijheid, zonder dat er voldoende psychiatrische en/of gedragskundige deskundigheid aan ten grondslag lag. In alle onderzochte regio's is hierover overleg geweest. In 2005 hebben IGZ en IJZ thematische toezichtbezoeken gebracht aan een groot aantal regio's juist met het oog op deze problematiek. Deze bezoeken vonden plaats in het kader van het eerdergenoemde onderzoek naar de toegang tot de jeugd-ggz (Inspectie Jeugdzorg en Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2006). Per regio zijn deelrapporten uitgebracht, ook voor de drie door ons onderzochte regio's. Opvallend was dat BJJ in de grootstedelijke regio zich zeer terughoudend ging opstellen in de ggz-indicaties, namelijk door louter te constateren dat sprake is van een ggz-probleem.

Inmiddels is het eerder genoemde indicatieprotocol vastgesteld dat mogelijk zal leiden tot een betere afstemming.

Over het algemeen krijgt BJJ ondersteuning van de ggz-aanbieders voor het stellen van ggz-indicaties. Dit gebeurt voornamelijk door detachering van personeel van deze instellingen. In twee van de drie onderzochte regio's koopt BJJ expertise in van ggz-instellingen. BJJ onderkent wel dat deze gang van zaken enigszins op gespannen voet staat met de onafhankelijkheid van de BJJ-indicatie. Daarom neemt BJJ diagnostici in dienst en streeft ernaar een steeds groter deel van de ggz-indicatiediagnostiek in eigen beheer uit te voeren.

Behalve zorg in natura kunnen jeugdigen met ggz-problematiek ook hun recht op zorg verzilveren door middel van een pgb. De bureaus jeugdzorg waren hier niet goed op voorbereid toen zij deze taak toebedeeld kregen. Het heeft de nodige tijd gekost de materie goed in de vingers te krijgen.

Zoals eerder vermeld moet de (huis)arts BJJ op de hoogte stellen van directe doorverwijzing van een jeugdige naar de ggz. Dit gebeurt echter zelden, met als gevolg dat BJJ geen volledig beeld van de vraag naar jeugd-ggz heeft. De aanbieders van jeugd-ggz hebben nog het beste beeld van de verhouding tussen de instroom op medische verwijzing en op indicatie van BJJ. Zij hebben er echter geen belang bij om aan te geven dat een belangrijk deel van hun instroom buiten de door de wetgever bedoelde weg via BJJ om gaat.

Lvg-zorg

Het CIZ indiceert op basis van grondslagen, functies en klassen. Lvg wordt niet apart geregistreerd, maar valt onder «verstandelijk gehandicapt». Daardoor kan het CIZ niet vaststellen hoeveel lvg-indicaties er per jaar worden gesteld.

Bij de overgang van de gemeentelijk aangestuurde Regionale Indicatieorganen naar het landelijk aangestuurde CIZ zijn er in sommige regio's grote achterstanden ontstaan bij de afhandeling van indicatieaanvragen. Aanvragers moesten soms maanden wachten. In de grootstedelijke regio waren rigoureuze maatregelen nodig om een weer enigszins werkbare situatie te verkrijgen. Zo werden commerciële indicatiebureaus ingehuurd.

Een indicatieaanvraag bij CIZ brengt met zich mee dat men ingewikkelde formulieren moet invullen, waartoe jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap zelf niet in staat zijn. Soms kunnen de ouders het, maar meestal is er hulp van derden nodig, zoals de huisarts, onderwijsinstellingen, MEE of de beoogde zorgaanbieder. In één van de onderzochte regio's is het merendeel van de indicatieaanvragen (hoewel formeel ondertekend door de zorgvrager of diens ouders) in feite van de beoogde zorgaanbieder afkomstig. De onafhankelijke indicatiestelling wordt in dergelijke gevallen erg sterk door het beschikbare aanbod beïnvloed. In de onderzochte plattelandsregio neemt BJZ de hele voorbereiding van de indicatiestelling voor lvg-jongeren die zich bij BJZ aanmelden, voor zijn rekening. BJZ draagt informatie en conclusies aan, die door het CIZ worden afgehandeld. Daarmee wordt dus vooruitgelopen op de overgang van de lvg-indicatiestelling naar BJZ met ingang van 2008. CIZ krijgt geen terugkoppeling van wat er met de gestelde indicatie is gebeurd. Het behoort niet tot de taak van CIZ om dit te volgen.

Afstemming en domeinafbakening tussen BJZ en CIZ

De categorie licht verstandelijk gehandicapt was aanvankelijk afgebakend met IQ-scores tussen 50 en 70. Sinds de «harde» bovengrens van 70 is losgelaten, is de begrenzing van de lvg-groep subjectiever geworden. Daardoor is een goede afstemming tussen BJZ en CIZ noodzakelijk, opdat jeugdigen niet van het kastje naar de muur gestuurd worden.

In de drie onderzochte regio's zijn afstemmingsafspraken tussen BJZ en CIZ gemaakt om dit laatste te voorkomen. Daarbij wordt allereerst een IQ-grens bepaald waarboven indicatie door BJZ altijd gewenst is, namelijk 85. Daaronder blijft toch een schemerzone bestaan. Dan moet rekening gehouden worden met de sociale redzaamheid en met het bestaan van eventuele ggz-, opgroei- en opvoedproblematiek en de vraag in hoeverre deze problematiek leidend is. De bureaus jeugdzorg bereiden zich voor op de overgang van de lvg-indicatie van CIZ naar BJZ per 1 januari 2008. In het kader daarvan proberen zij lvg-deskundigheid in huis te halen. Zoals hiervoor al is aangegeven verricht BJZ in de plattelandsregio allerlei voorbereidingstaken voor de lvg-indicatie door CIZ. Daarbij wordt gesignaleerd dat de Wet op de jeugdzorg de nodige hulp aan kind én ouder garandeert, terwijl de AWBZ individueel gericht is op de hulpbehoevende, over het algemeen het kind en dus niet de ouder(s).

2.4 Zorgtoewijzing en zorgverlening

Vanaf het moment dat de jeugdige een geldige indicatie heeft, is een recht op zorg ontstaan. Afhankelijk van de indicatie wordt de jeugdige bij het verkrijgen daarvan bijgestaan door BJZ of het zorgkantoor. BJZ en

zorgkantoor wijzen zorg toe: ze moeten bewerkstelligen dat de jeugdige de geïndiceerde zorg ook krijgt.

Zorgtoewijzing is niet rechtstreeks en letterlijk in de wet geregeld, maar komt voort uit de taak die BJZ en zorgkantoor hebben bij het tot gelding brengen van aanspraken van cliënten/verzekerden. De jeugdige kan aangeven welke aanbieder zijn of haar voorkeur heeft. Wanneer de jeugdige geen voorkeur heeft, kan BJZ of zorgkantoor bemiddelen.

De zorg of hulp voor jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap en/of psychi(atri)sche problemen wordt verleend door diverse aanbieders. De orthopedagogische behandelcentra (voor lvg-zorg) en de multifunctionele centra zijn daarbij gebonden aan de regels die de AWBZ stelt, voor de provinciaal gefinancierde instellingen voor jeugdzorg gelden de regels van de Wjz. Instellingen voor geestelijke gezondheidszorg zijn voor een deel gebonden aan de regels van de Wjz (indicatie en casemanagement) en voor het overige deel aan de AWBZ-regels.

2.4.1 Wet- en regelgeving en rijksbeleid

Zorgtoewijzing

Op grond van de Wjz heeft BJZ niet alleen de taak om indicaties te stellen maar ook om een cliënt actief bij te staan en deze zo nodig te motiveren om de zorg ook te verkrijgen. Als zorg niet tijdig geleverd kan worden, kan BJZ vervangende zorg indiceren. Daarnaast heeft BJZ de taak te bevorderen dat de zorgaanbieder een samenhangend hulpverleningsplan maakt en de verleende zorg te volgen en evalueren. Ook het adviseren van de cliënt over zorg die na beëindiging van de geïndiceerde zorg nodig is en het bijstaan van de cliënt bij het verkrijgen van deze zorg, behoren tot de taken van BJZ.

Voor de lvg-zorg liggen indicatiestelling en zorgtoewijzing bij twee afzonderlijke organisaties: de indicatiestelling bij het CIZ en de zorgtoewijzing bij het zorgkantoor. Het zorgkantoor moet bewerkstelligen dat verzekerden hun aanspraken kunnen realiseren conform de indicatie. Als zorg niet tijdig geleverd kan worden, dan heeft het zorgkantoor de taak te voorzien in een vorm van overbruggingszorg. Het zorgkantoor heeft geen taken als het gaat om het bevorderen van de totstandkoming van een samenhangend hulpverleningsplan of het volgen en evalueren van de verleende zorg. CIZ en zorgkantoor adviseren een cliënt wiens geïndiceerde zorg beëindigd is ook niet over vervolgzorg. Het CIZ kan eventueel wel een nieuwe indicatie stellen.

Beleidsdoel van de minister van VWS is dat geïndiceerde jeugdigen op tijd gebruik kunnen maken van kwalitatief goede jeugdzorg bij de aanbieder van hun keuze.

Voor jeugdigen die in het bezit zijn van een indicatie, zal zorg toegewezen moeten worden. Indien er geen passend aanbod voor de geïndiceerde zorgvraag beschikbaar is, loopt de zorgtoewijzing spaak. Er ontstaan dan wachtlijsten.

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars (zorgkantoren) hebben in het zogenoemde Treekoverleg afspraken gemaakt over aanvaardbare wachttijden in de zorg. Voor de niet-acute AWBZ-zorg gelden de volgende maximale normen voor aanvaardbare wachttijden (de zogenoemde Treeknormen):

- AWBZ-zorg zonder verblijf (thuiszorg en ambulante zorg/dagactiviteiten gehandicaptenzorg): maximaal 6 weken;

- AWBZ-zorg met verblijf en behandeling: maximaal 6 weken;
- AWBZ-zorg met verblijf zonder behandeling (wonen gehandicaptenzorg en RIBW/woonzorgvoorzieningen GGZ): maximaal dertien weken.

Voor de acute AWBZ-zorg dient de noodzakelijke zorg binnen 24 uur beschikbaar te zijn.

Voor de provinciaal gefinancierde jeugdzorg zijn geen onderlinge afspraken tussen zorgaanbieders en provincies gemaakt over aanvaardbare wachttijden. Wel heeft de staatssecretaris van VWS in een aantal brieven aangegeven dat kinderen niet langer dan negen weken na indicatie op provinciale jeugdzorg mogen wachten. Daartoe heeft de staatssecretaris prestatieafspraken gemaakt met de provincies en grootstedelijke regio's (Ministerie van VWS, 2006d).

De staatssecretaris van VWS ontvangt onder andere via de provinciale uitvoeringsrapportages jeugdzorg informatie over de wachtlijsten in de (provinciaal gefinancierde) jeugdzorg.

Informatie over de wachtlijsten in de AWBZ-zorg wordt onder andere verkregen uit de rapportages van het CVZ. In dit kader is het rapport «Wachtlijsten in de verpleging en verzorging en gehandicaptenzorg: ontwikkelingen in 2005 en achtergronden» van juni 2006 relevant (Ramakers, 2006). In dit rapport vraagt het CVZ speciale aandacht voor lvg-jeugdigen. Jonge licht verstandelijk gehandicapten, al dan niet met gedragsproblemen, zijn volgens het CVZ de belangrijkste groep problematisch wachtenden. Het precieze aantal is niet bekend, omdat de groep licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen niet uit de groep verstandelijk gehandicapten te filteren is (zie § 2.3.4).

Zorgverlening

Om zorg te mogen verlenen die ten laste komt van de AWBZ, moeten zorginstellingen een toelating hebben op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). Instellingen moeten daarvoor aan zogenoemde transparantie-eisen voldoen. Zorgkantoren moeten schriftelijke overeenkomsten sluiten met zorgaanbieders. Daarin moeten onder andere bepalingen opgenomen zijn over de aard, omvang, kwaliteit, doelmatigheid en prijs van de te verlenen zorg en de wijze waarop verzekerden van informatie worden voorzien.

De eisen die de Wjz aan de zorgaanbieders stelt, zijn in vergelijking met de eisen voor AWBZ-zorgaanbieders beperkt. De Wjz stelt als eis dat de jeugdzorgaanbieder een rechtspersoon is met volledige rechtsbevoegdheid. In de statuten moet als doel zijn opgenomen het bieden van jeugdzorg waarop ingevolge de Wjz aanspraak bestaat. In de Wjz is verder nog bepaald dat de aanbieder zijn cliënten aan- of afmeldt bij BJJ, dat BJJ geïnformeerd wordt over de voortgang van de zorg en dat de aanbieder meewerkt aan de evaluatie van de verleende zorg.

In 2006 heeft het IPO in samenwerking met de IJZ en het Ministerie van VWS het «Protocol kwaliteit nieuwe zorgaanbieders» opgesteld. Voorafgaand aan een reguliere plaatsing bij een nieuwe zorgaanbieder of een plaatsing bij een aanpalende sector voert de provincie een kwaliteitstoets uit. Dit gebeurt aan de hand van een provinciaal toetsingskader. Op basis van de toets kan de provincie een voorlopige subsidie verstrekken.

Op de AWBZ-gefinancierde instellingen is verder de Kwaliteitswet zorginstellingen van toepassing. Deze wet stelt globale eisen aan de zorg; uitgangspunt is de eigen verantwoordelijkheid van de instelling voor kwalitatief goede zorg. De individuele instelling moet de algemene eisen

die de wet stelt verder uitwerken en invullen. In de Wjz worden vergelijkbare eisen aan de kwaliteit gesteld.

2.4.2 Uitvoering in de regionale en provinciale praktijk

AWBZ-zorg

In sommige regio's krijgen de jeugdigen van het CIZ, dan wel BJZ informatie over de zorgaanbieders. Meestal hebben de cliënten voorkeur voor een bepaalde aanbieder (er is overigens over het algemeen ook maar weinig keus in een regio). Vaak is er dan al contact geweest en zijn er al afspraken gemaakt tussen zorgvrager en zorgaanbieder. Het zorgkantoor hoeft deze dan alleen maar te sanctioneren. Wanneer dit niet het geval is zorgt het zorgkantoor in sommige regio's in overleg met de cliënt voor zorgtoewijzing. Cliënten van BJZ worden vaak door een casemanager van BJZ bijgestaan bij het verkrijgen van ggz-zorg, waarbij het uiteindelijk het zorgkantoor is dat de zorg toewijst.

Voor moeilijk plaatsbare zorgvragers verzorgt het zorgkantoor zorgbemiddeling. Het zorgkantoor gaat dan in overleg met de zorgvragers en zorgaanbieders op zoek naar een plaats waar de zorgvrager toch zijn zorgaanpakken kan realiseren. Ook andere organisaties zijn actief op dit terrein. Zo begeleidt MEE cliënten bij het zoeken naar adequate zorg. Als het echt heel moeilijk wordt om passende zorg te vinden, komt het CCE in beeld om in overleg met relevante zorgaanbieders naar een creatieve oplossing te zoeken.

Ali

Ali is een autistische jongen van zestien jaar. Hij is erg groot en sterk en kent zijn eigen krachten niet. Hij is snel bang en zet zijn angst om in agressie, die vanwege zijn kracht gevaarlijk kan zijn voor andere kinderen en voor volwassenen. Achteraf heeft hij spijt. Vanaf zijn achtste jaar wordt Ali behandeld in een centrum voor autismebehandeling. Aanvankelijk kreeg hij dagbehandeling, maar na twee jaar wordt volledige opname nodig geacht. Dit leidt niet tot verbetering. Hij wordt overvraagd, wat leidt tot slapeloosheid, prikkelbaarheid en agressief gedrag. Een zeer ernstig incident leidt tot zijn schorsing, maar enkele maanden later wordt hij toch weer opgenomen in een andere groep. Deze groep wordt gekenmerkt door een prikkelarm programma met veel individuele aandacht. Aanvankelijk lijkt Ali zich in deze omgeving goed te ontwikkelen. Een half jaar geleden ging het echter weer mis en heeft hij een ander kind ernstig verwond. Sindsdien zit hij thuis.

Ali's moeder krijgt thuis maximale ondersteuning van hulpverleners en familie. Dit wordt gefinancierd met een persoonsgebonden budget. Toch is zijn moeder nog vaak alleen met hem, mede omdat Ali zijn dag-nachtritme helemaal heeft omgekeerd. Ali kan buitengewoon heftig reageren op onverwachte gebeurtenissen. Zijn moeder stelt dan duidelijke grenzen. Ali kan in die situaties heel erg boos op zijn (kleine) moeder worden: hij pakt haar dan vast, zet haar klem en laat haar niet meer los totdat een derde te hulp komt. De situatie is onhoudbaar geworden.

Verschillende hulpverleners overleggen onderling over een oplossing, maar komen er niet uit. Er wordt advies aan CCE gevraagd. CCE kent dergelijke probleemgevallen van autistische krachtpaters, waarbij het hielp dat zij hun enorme kracht regelmatig op een nuttige manier konden aanwenden. Er wordt gekeken naar de mogelijkheid van plaatsing op een gespecialiseerde zorgboerderij.

Provinciaal gefinancierde jeugdzorg

Anders dan het CIZ, dat na het stellen van de indicatie geen verdere bemoeienis heeft, is BJZ ervoor verantwoordelijk dat de cliënt ook echt naar de geïndiceerde zorg wordt toegeleid. BJZ heeft als wettelijke taak te volgen of de jeugdige de geïndiceerde zorg verkrijgt en hier zo nodig door middel van casemanagement aan bij te dragen. Ook het volgen van de uitvoering van de geïndiceerde zorg is een taak van het casemanagement.

BJZ kan deze taak alleen goed uitvoeren als het goed geïnformeerd wordt over het verloop van de zorg bij respectievelijk de ggz en de provinciaal gefinancierde jeugdzorg. Vanuit deze laatste tak van zorg laat de informatie soms te wensen over, maar is toch over het algemeen van een redelijk goed niveau. De informatieverstrekking vanuit de ggz aan BJZ is over het algemeen genomen ontoereikend. In de onderzochte plattelandsregio kan BJZ nog enige informatie verkrijgen door actief bij de ggz-aanbieders te informeren, in de grotere regio's is daar geen beginnen aan. Binnen de provinciaal gefinancierde jeugdzorg is informatie over de wachtlijsten en wachttijden beschikbaar. Er zijn echter geen specifieke gegevens over jeugdigen met ggz- of lvg-problematiek die moeten wachten op deze vorm van jeugdzorg. In het algemeen bestaat de overtuiging dat zulke jeugdigen er wel zijn. Dit betreft dan jeugdigen bij wie de opgroei- en opvoedproblematiek meer bepalend voor het functioneren zijn dan de ggz- of lvg-problematiek en die daarom voor provinciaal gefinancierde jeugdzorg geïndiceerd zijn. Recentelijk zijn door het Rijk extra gelden ter beschikking gesteld om de wachtlijsten in de jeugdzorg weg te werken, en sommige provincies hebben daaraan uit eigen middelen nog extra geld toegevoegd.

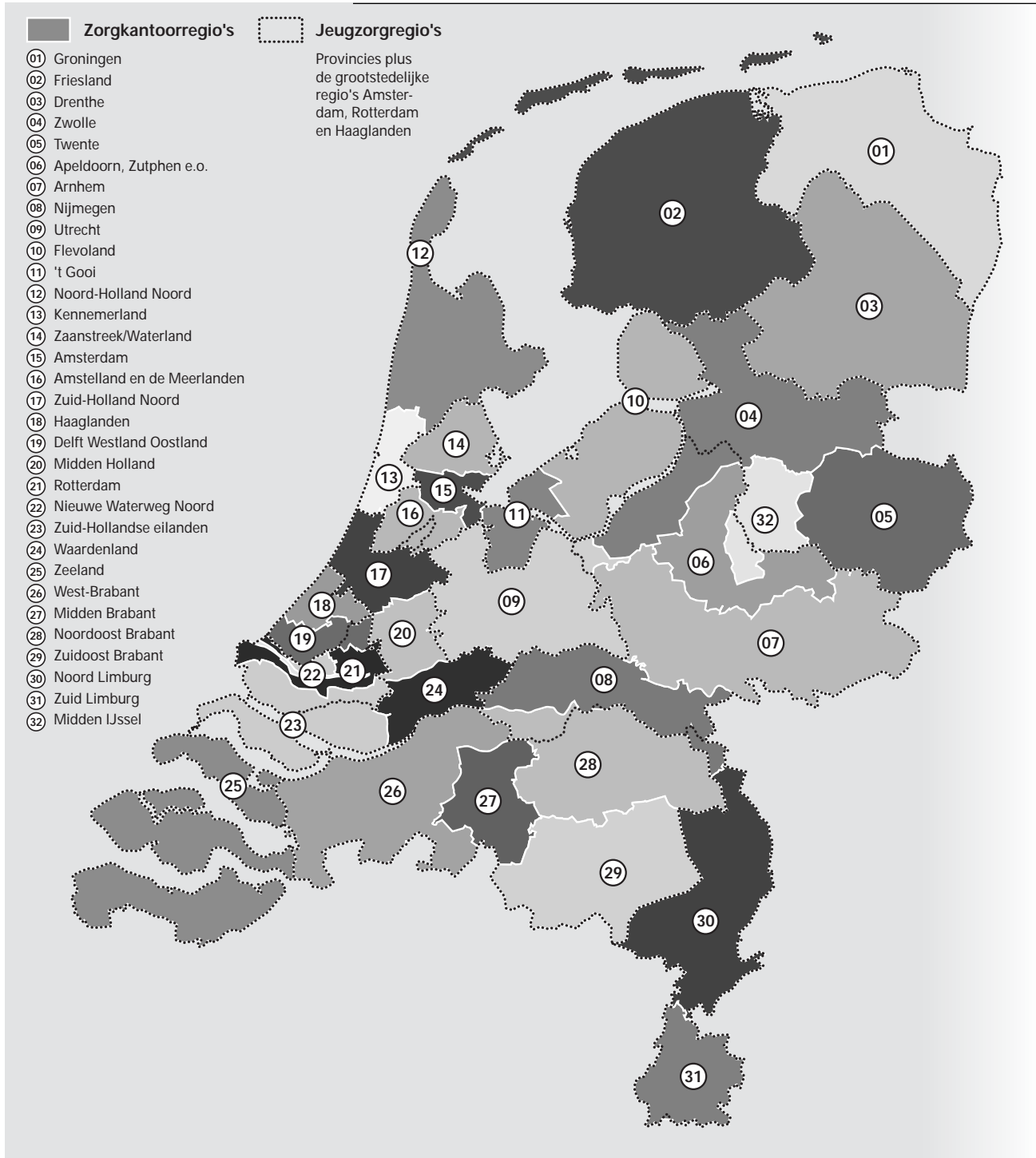
3 AFSTEMMING VAN AANBOD OP VRAAG OP REGIONAAL, PROVINCIAAL EN NATIONAAL NIVEAU

3.1 Samenvatting en conclusies

De jeugdige die over een indicatie beschikt, heeft een wettelijk recht op deze zorg (krachtens Wjz of AWBZ). In het vorige hoofdstuk is uiteengezet hoe het zorgaanbod wordt afgestemd op de vraag van de individuele cliënt. Een voorwaarde voor een goede uitvoering hiervan is dat het zorgaanbod op regionaal, provinciaal en landelijk niveau past op de zorgvraag. Zorgaanbod kan namelijk niet van het ene op het andere moment tevoorschijn getoverd worden. Er moet dus voldoende zorg beschikbaar zijn, in de juiste vorm, op het juiste moment, op de juiste plaats.

Daarbij is het de bedoeling dat de zorg beschikbaar is in de omgeving van de woonplaats van de cliënt. Daarom wordt de afstemming gerealiseerd op regionaal (AWBZ-zorg), c.q. provinciaal niveau (provinciaal gefinancierde jeugdzorg). In totaal zijn er 32 zorgkantorregio's en 15 jeugdzorgregio's.

Jeugdzorgregio's en zorgkantorregio's op 31 december 2006

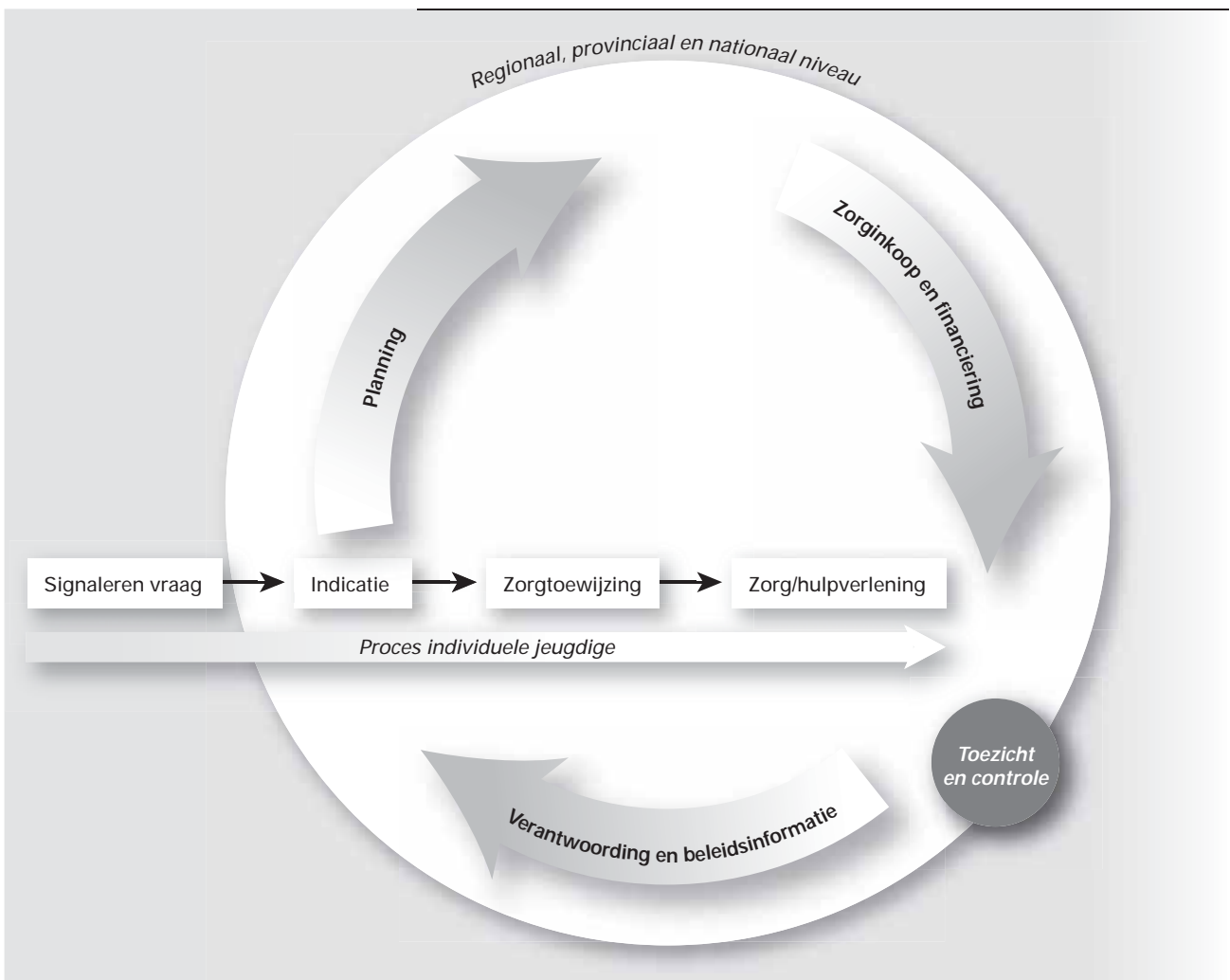


Op nationaal niveau zijn de kaders bepaald. Daarbij behoren ook de financiële kaders. Het Rijk is verantwoordelijk voor een doelmatig en doeltreffend werkend stelsel van jeugdzorg. Dit stelsel moet zo zijn ingericht dat de zorgvraag op de goede plaats terecht komt en zorgaanbod waarnaar geen vraag is verdwijnt. Alleen met gefundeerde, actuele informatie over de vraag wordt duidelijk wat er écht nodig is. Als die benodigde zorg niet voorhanden is, kunnen de overheid op landelijk niveau, maar ook de inkopers en aanbieders van zorg in een regio structurele oplossingen zoeken.

Opzet van het stelsel van afstemming

De opzet van het stelsel van afstemming en de relatie met het proces dat de jeugdige die zorg nodig heeft, doorloopt, kan schematisch worden weergegeven (figuur 5).

Figuur 5 Opzet van beleidscyclus afstemming zorgaanbod op vraag



De opzet van het stelsel van afstemming van het aanbod op de vraag heeft het karakter van een beleidscyclus:

- Onderzoeken wat er nodig is en planning daarvan;
- Inkopen van de benodigde zorg en financiering daarvan;

- Vragen om verantwoording en beleidsinformatie en toetsen of de juiste zorg is gepland, ingekocht en verleend;
- De kwaliteit van de beleidscyclus wordt verbeterd door toezicht en controle op recht- en doelmatigheid.

Deze beleidscyclus hangt samen met het proces van toeleiding naar zorg van individuele cliënten. Het totaal van individuele indicatiestellingen vormt input voor het planningsproces en het resultaat van de zorginkoop is het totale zorgaanbod dat beschikbaar is om aan de vraag van individuele jeugdigen te voldoen.

In eerste aanleg vindt dit proces plaats op regionaal, c.q. provinciaal niveau. De optelling van de regionale en provinciale gegevens maakt het mogelijk op nationaal niveau dezelfde beleidscyclus te doorlopen.

Afstemming in de praktijk

De praktijk wijkt af van het principe dat de zorgvraag leidend is, omdat de vraag niet goed bekend is bij de zorginkopers. De indicatiestellingen bieden geen compleet overzicht en er wordt nauwelijks aanvullend onderzoek gedaan. De zorginkopers beschikken niet over een zorgvraag-analyse op korte termijn en ook niet over een zorgvraagprognose op middellange termijn (nodig omdat de realisatie van nieuwe voorzieningen soms jarenlang kan duren). De zorgaanbieders bepalen in hoge mate welk zorgaanbod beschikbaar is voor inkoop, enerzijds doordat zij informatie over tekorten leveren aan de zorginkoper (door middel van hun wachtlijst-gegevens), anderzijds doordat zij over het algemeen degenen zijn die het initiatief nemen voor de ontwikkeling van nieuw zorgaanbod.

Het Rijk en de rijkstoezichthouders nemen genoegen met deze gang van zaken en handhaven onvoldoende de regel dat de vraag leidend moet zijn bij het samenstellen van een samenhangend zorgaanbod.

Voor een beter inzicht in de vraag en daarop toegesneden planning en inkoop van zorg is het van groot belang dat zorgvragers hun inbreng hebben. Dit is echter moeilijk te realiseren, omdat er in de sectoren jeugd-lvg en jeugd-ggz (nog) geen krachtige cliëntenorganisaties bestaan.

Intersectorale afstemming van het zorgaanbod komt niet structureel van de grond, mede doordat er tal van verschillen zijn tussen de regels waaraan voldaan moet worden op grond van de AWBZ, respectievelijk de Wjz. Zorgaanbieders bepalen veelal ieder voor zich welk nieuw zorgaanbod ontwikkeld wordt. De regie over dit afstemmingsproces is niet goed geregeld.

De problematiek van jeugdigen is voortdurend in beweging. Het proces van afstemming van aanbod op vraag dus ook. Het ontwikkelen van adequaat nieuw zorgaanbod is van groot belang. De regels omtrent het gebruik van de AWBZ-contracteerruimte maken dat het aantrekkelijker is om nieuw intramuraal zorgaanbod te scheppen dan nieuw extramuraal zorgaanbod. Bijzondere aandacht vereisen de doorstroming en de beschikbaarheid van vervolgzorg. In alle onderzochte regio's hebben de meeste zorgvoorzieningen problemen met de doorstroming en het vinden van goede vervolgzorg voor cliënten. Er is weinig passende vervolgcapaciteit. Dit leidt tot «verstopping» of tot het stopzetten van zorg zonder verantwoord vervolg.

3.2 Vraaganalyse, planning en zorginkoop

3.2.1 Wet- en regelgeving

AWBZ-zorg

De WTZi bepaalt dat de minister van VWS ten minste eenmaal in de vier jaar zijn visie op een kwalitatief goed, doelmatig, evenwichtig en voor een ieder toegankelijk stelsel van gezondheidszorg bekendmaakt. In deze visie moet tevens opgenomen worden hoe de bereikbaarheid van zorg gewaarborgd is.

De zorgkantoren moeten, door adequate zorginkoop, ervoor zorgen dat de verzekerden binnen hun werkgebied daadwerkelijk kunnen beschikken over de zorg waarop zij op grond van de AWBZ recht hebben. In het Convenant zorgkantoren 2006–2008 is afgesproken dat het zorgkantoor eenmaal in de vier jaar een beleidsvisie opstelt. Daarbij moet het zorgkantoor ook de resultaten van een cliëntenraadpleging betrekken en aangeven wat daarmee gedaan is. De beleidsvisie moet een zorgvraagprognose bevatten waarin aandacht besteed wordt aan de aansluiting van specifieke typen zorgvraag op specifieke typen zorgaanbod. Jaarlijks dient het zorgkantoor in een jaarplan aan te geven hoe het concreet gestalte geeft aan de beleidsvisie. Vast onderdeel van het jaarplan vormt het door het zorgkantoor opgestelde inkoop- en contracteerbeleid. Het inkoopplan moet de zorgbehoefte in de regio concreetiseren. Ook moeten de veranderingen die het zorgkantoor in aard, omvang en spreiding van het regionale zorgaanbod wenst te stimuleren en de wijze waarop het zorgkantoor dit denkt te realiseren, hierin opgenomen worden.

Provinciaal gefinancierde jeugdzorg

De provincies – en de (voor de jeugdzorg) met provincies gelijkgestelde grootstedelijke regio's Amsterdam, Rotterdam en Haaglanden – zijn verantwoordelijk voor de kwaliteit, de planning en de financiering van de jeugdzorg. Zij moeten zorgen voor voldoende zorgaanbod in hun provincie, opdat jeugdigen met een juiste indicatie hun wettelijke recht op jeugdzorg tot gelding kunnen brengen.

In die context heeft de provincie ook de verantwoordelijkheid voor de totstandkoming en uitvoering van het provinciale beleidskader jeugdzorg. Het provinciale beleidskader is gebaseerd op het landelijke beleidskader. Het bevat de hoofdlijnen van het beleid ten aanzien van de door de provincie gefinancierde jeugdzorg. Daarnaast moet het, omwille van de samenhang in de jeugdzorg, ook een overzicht bevatten van hoe anderen, zoals de zorgkantoren, voornemens zijn te voorzien in de behoefte aan jeugdzorg in de provincie. Betrokken cliëntenorganisaties moeten in de gelegenheid worden gesteld om op het ontwerp van het provinciale beleidskader te reageren. Het provinciale beleidskader moet ter goedkeuring worden voorgelegd aan de ministers van VWS en Justitie. Hierbij is onderling afgesproken dat het Ministerie van VWS de concept-beschikking opstelt, die het Ministerie van Justitie aanvult met de onderwerpen die voor dit ministerie van belang zijn. De provincie kan jaarlijks het provinciale beleidskader actualiseren en eveneens jaarlijks stelt de provincie een uitvoeringsprogramma jeugdzorg vast, waarover overlegd moet worden met dezelfde organisaties die bij de totstandkoming van het provinciale beleidskader betrokken zijn.

3.2.2 Rijksbeleid

Het Rijksbeleid met betrekking tot planning en zorginkoop in de provinciaal gefinancierde jeugdzorg staat de laatste jaren geheel in het teken van de aanhoudende wachtlijsten en het streven naar wegwerken daarvan. In het kader van deze wachtlijstaanpak zijn aanmerkelijke extra bedragen aan de provincies ter beschikking gesteld; zie verder § 3.3.2.

Voor de jeugd-ggz heeft de staatsecretaris van VWS met GGZ Nederland en Zorgverzekeraars Nederland prestatieafspraken gemaakt. Deze houden in dat de instellingen in 2006 9390 extra jeugdigen behandelen, in 2007 14 530 en in 2008 en volgende jaren 10 280. Hiervoor is € 31 miljoen ter beschikking gesteld. De doelstelling is dat met ingang van 2008 alle jeugdigen binnen de door de sector gestelde normen zorg krijgen.

Op 23 december 2005 heeft de minister van VWS een beleidsvisie over de AWBZ-zorg, onder andere over het ontwikkelen van nieuw zorgaanbod, aan de Tweede Kamer aangeboden (VWS, 2006e). In dit stuk wordt ook ingegaan op het zorgaanbod voor jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap en/of psychi(atri)sche problemen. Er wordt op gewezen dat zorgkantoren en zorgaanbieders ervoor moeten zorgen dat het evenwicht tussen aanbod en vraag in deze sector hersteld wordt. De minister verwacht dat de zorgaanbieders tussentijds zorgen voor voldoende overbruggingszorg.

Het Ministerie van VWS heeft het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) verzocht een beleidsondersteunend model te ontwikkelen, waarmee ramingen gemaakt kunnen worden voor de toekomstige vraag naar en gebruik van zorg voor verstandelijk gehandicapten. Het SCP heeft hierover in augustus 2005 de rapporten *Zorg voor verstandelijk gehandicapten; Ontwikkelingen in de vraag* (Woittiez en Crone, 2005) en *Cijfermatige ontwikkelingen in de verstandelijke-gehandicaptenzorg; Een vraagmodel* (Woittiez e.a., 2005) uitgebracht. Hierin wordt ook specifiek ingegaan op de groep van licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen. De belangrijkste conclusie is dat de groeiende zorgvraag (van lvg-ers) vooral tot uitdrukking zal komen in een stijging van de vraag naar begeleiding, kort verblijf en onderzoek met verblijf.

In juli 2005 heeft het College Toezicht Zorgverzekeringen (CTZ)¹⁹ het rapport *Zorginkoop zorgkantoren* uitgebracht (Cornelissen, 2005). Wat de afstemming van het aanbod op de vraag betreft constateert het CTZ dat de zorgkantoren vaak niet in staat zijn aan te geven hoeveel van welk type zorg men moet inkopen om aan de vraag van cliënten te voldoen. Desalniettemin concludeert het CTZ dat de zorgkantoren de zorginkoop over het algemeen goed uitvoeren en rekening houden met de spreiding van de vraag en de diversiteit van het zorgaanbod. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) rapporteert dat de zorgkantoren voor de contractering van zorg in 2006 een raming van de zorgvraag hebben vastgelegd (Nederlandse Zorgautoriteit, 2006). Waarschijnlijk is hiermee bedoeld een brede raming voor de gehele AWBZ-sector en niet voor specifieke sectoren zoals ggz en lvg-zorg voor jeugdigen. Immers, uit ons onderzoek in hetzelfde jaar (2006) blijkt juist dat de zorgkantoren niet over een zorgvraagraming voor deze specifieke zorgvormen beschikken.

Een voorganger van de NZa, het CTG/ZA i.o. heeft op 15 augustus 2006 op verzoek van de staatssecretaris van VWS een brief geschreven over knelpunten in de contracteerruimte 2006. Deze analyse heeft ook inzichten

¹⁹ Sinds 1 oktober 2006 samen met CTG de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

opgeleverd over het zorginkoopproces. In de brief stelt het CTG/Zaio: «Uit de monitor extramurale zorg blijken zich nog geen sterke veranderingen op het gebied van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid voor te doen. Er is bijvoorbeeld nog een sterk geconcentreerde aanbodzijde in de AWBZ te constateren. De instellingen hebben nauwelijks prikkels om een goede prijs-kwaliteitverhouding te leveren. Ook voor de zorgkantoren dienen de prikkels te worden vergroot om goede en doelmatige zorg in te kopen voor de cliënt. Het cliëntperspectief voor de zorgkantoren dient toe te nemen en vanuit overheidswege actief te worden gestimuleerd, want in de AWBZ kan de cliënt in tegenstelling tot de Zorgverzekeringswet geen verzekeraar kiezen.»

Het komt nogal eens voor dat jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap en/of psychi(atri)sche problemen ernstige gedragsproblemen vertonen. Eén van de beleidsdoelstellingen van VWS is dat er nieuw zorgaanbod voor jeugdigen met ernstige gedragsproblemen moet komen. In 2004 is in een samenwerkingsverband van de sectoren jeugdzorg, jeugd-ggz, justitie en jeugd-lvg het Urgentieplan van start gegaan. De kern daarvan is het instellen van multidisciplinaire teams en het uitvoeren van een screening. Het Urgentieplan heeft in 2005 een vervolg gekregen met een structureel plan van aanpak, waarin een uitbreiding van behandelplaatsen is voorzien voor jongeren met ernstige gedragsproblematiek. Deze extra plaatsen zijn toebedeeld aan een aantal intersectorale projecten en aan specifieke sectoren. De eerste voorziening is in het najaar van 2006 geopend.

In januari 2004 heeft het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen (voorloper van het College bouw zorginstellingen, Cbz) het rapport «Licht verstandelijk gehandicapte jongeren met probleemgedrag» uitgebracht. Het Cbz wijst er op dat er met name capaciteitstekorten zijn voor de zorg aan lvg-ers met probleemgedrag (College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen, 2004).

Ook wordt in dit onderzoek vastgesteld dat de zorg vanuit de verschillende sectoren jeugdzorg, gehandicaptenzorg, de kinderen jeugdpsychiatrie en het justitiële circuit onvoldoende op elkaar afgestemd is. Dit heeft tot gevolg dat jongeren uit de doelgroep te laat de juiste zorg krijgen, waardoor de problemen kunnen escaleren. Alleen door éénduidige indicatiecriteria en een structurele samenwerking tussen de instellingen uit de vier sectoren kunnen deze problemen voorkomen worden. Het Cbz vond ook de aansluiting met de volwassenenzorg onvoldoende. Daarnaast ontbreken toereikende gegevens over de cliëntenstromen, de inhoud van de geboden zorg en het effect daarvan. Daardoor is het moeilijk het bestaan van capaciteitsknelpunten kwantitatief te onderbouwen.

Het Ministerie van VWS heeft aangegeven dat zij mede op basis van de in dit rapport gesignaleerde capaciteitsknelpunten sindsdien alle aanvragen terzake de afgelopen jaren heeft gehonoreerd.

Johan

Johan is een zeventienjarige jongen met een lichte verstandelijke handicap. Hij is moeilijk te sturen, heeft ernstige gedragsproblemen en een negatief zelfbeeld. Zijn (alleenstaande) moeder kan hem niet aan. Johan heeft vrijwel zijn hele leven in zorginstellingen doorgebracht.

Van zijn vierde tot zijn achtste jaar bezocht Johan een medisch kleuterdagverblijf en een medisch kindertehuis. Op zijn tiende werd hij geplaatst in een orthopedagogisch instituut. Daar verbleef hij twee jaar, waarna hij weer bij zijn moeder kon gaan wonen. Moeder en kind werden begeleid in het kader van Families First. Echter, na twee jaar ging moeder psychisch ten onder aan het onmogelijke gedrag van Johan (hij was toen veertien) en moest worden opgenomen in een psychiatrische inrichting. Johan werd opnieuw in een orthopedagogisch centrum geplaatst.

De laatste drie jaar zorgt Johan voor toenemende overlast. Zijn moeder is niet meer in staat zich met hem te bemoeien en hij is onder toezicht gesteld. Het orthopedagogische centrum geeft aan dat hij naar besloten opvang moet, maar deze is niet beschikbaar. Incidenten escaleren steeds vaker. Johan pleegt geweld tegen medebewoners, sticht brand en doet tenslotte een zelfmoordpoging. De kinderrechter gelast plaatsing in een justitiële jeugdinrichting, maar daar is voorlopig geen plaats. Het orthopedagogische centrum kan hem niet meer handhaven en zet hem de deur uit.

Johan is een maand thuis en gaat dan zwerven. Hij komt vervolgens terecht in een crisisopvang (zes weken), daarna nogmaals en nogmaals. Hij is sinds kort weer geplaatst in een orthopedagogisch centrum in afwachting van toelating tot een justitiële jeugdinrichting. Een jaar na de rechterlijke uitspraak is hij nog steeds niet in een justitiële jeugdinrichting geplaatst.

Een moeilijk te beantwoorden zorgvraag ligt bij licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen met psychi(atr)ische problemen, omdat de gangbare behandelmethoden uitgaan van een redelijk intelligentieniveau. Ggz voor lvg-ers vereist een bijzondere methodiek. Het Ministerie van VWS probeert de behandeling van deze categorie beter mogelijk te maken door de oprichting te stimuleren van Multifunctionele centra (MFC's) voor ggz-zorg voor licht verstandelijk gehandicapten. Blijkens een onderzoek van het Cbz verloopt de ontwikkeling van deze MFC's traag. Dit komt onder andere door verschillen in regelgeving en financiering tussen de ggz en de gehandicaptenzorg en het ontbreken van geschikte locaties. Praktische belemmeringen in de samenwerking tussen de instellingen die het initiatief nemen om tot een MFC te komen, dreigen volgens het Cbz te worden versterkt door de stelselwijziging, wanneer het ggz-deel van het MFC onder de zorgverzekeringswet komt te vallen en het gehandicaptenzorgdeel onder de AWBZ blijft. Cbz doet een beroep op het bestaande MFC-platform om samen met de zorgkantoren de ontwikkeling van nieuwe voorzieningen te versnellen, zodat een sluitend netwerk van klinische voorzieningen tot stand komt en vraag en aanbod meer in evenwicht komen (College bouw zorginstellingen, 2006).

Om meer inzicht te krijgen in het effect van geboden zorg, heeft de minister voor Jeugd en Gezin in zijn programma 2007–2011 als actiepunt opgenomen de kennis over effectieve signaleringsinstrumenten en interventies te vergaren en te verspreiden. Hoewel de sector zelf verantwoordelijk is voor de kwaliteit zal deze ondersteund worden. In samenwerking met wetenschappers, professionals werkzaam in de zorg voor jeugd en ouders/opvoeders is met het oog daarop het programma-voorstel «Zorg voor jeugd» (2007–2013) van de Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie (ZonMw) tot stand gekomen. Het programma richt zich op kennisontwikkeling voor professionals om de psychische en sociale ontwikkeling van jeugd te bevorderen en veilig te stellen waar deze ontwikkeling wordt bedreigd. ZonMw werkt samen met het Nederlands Jeugdinstituut en het RIVM. Het Nederlands Jeugdinstituut biedt in de databank Effectieve interventies de

beschikbare kennis over de effectiviteit van interventies aan professionals en beleidsmakers. De door de erkenningscommissies beoordeelde interventies en instrumenten worden toegevoegd aan deze databank. De minister voor Jeugd en Gezin beoogt dat op termijn afspraken gemaakt kunnen worden over de verplichte inzet van effectieve instrumenten.

3.2.3 Uitvoering in de regionale en provinciale praktijk

Bij de inkoop van AWBZ-zorg zijn de zorgkantoren autonoom. Over het algemeen wordt de «Handreiking contracteer- en inkoopbeleid zorgkantoren 2006» van Zorgverzekeraars Nederland gehanteerd. Deze handreiking heeft tot doel een eerlijke en zorgvuldige procedure van zorginkoop te bevorderen. De voornaamste uitgangspunten zijn:

- Het zorgkantoor stelt een overzicht op van het benodigde AWBZ-zorgaanbod per zorgprestatie.
- Elke toegelaten zorginstelling kan een offerte indienen als aanzet tot het aangaan van een contract.
- Alle inschrijvers worden op gelijke wijze behandeld door het zorgkantoor.

Dit beleid geldt AWBZ-breed. Voor de sectoren die in dit onderzoek zijn betrokken, jeugd-ggz en jeugd-lvg, was de praktische uitwerking in de onderzochte regio's voor 2006 als volgt. Er wordt uitgegaan van het bestaande zorgaanbod en van de realisatie van het afgelopen jaar. Daarnaast worden landelijke referentiecijfers bekeken. Zo mogelijk worden wachtlijsten bij de overwegingen betrokken, voor zover deze bij de zorgkantoren bekend zijn. Omdat de contracteerruimte vrijwel niet gegroeid was, kon nieuw aanbod naar het oordeel van de onderzochte zorgkantoren nauwelijks gefinancierd worden, zodat alles goeddeels bij het oude gelaten werd.

De provincies (en grootstedelijke regio's) stellen jaarlijks een uitvoeringsprogramma vast, met daarin een overzicht van de door de provinciaal gefinancierde zorgaanbieders en BIZ geleverde en te leveren prestaties. In de meest recente uitvoeringsprogramma's geven de onderzochte provincies prioriteit aan het bestrijden van de wachtlijsten (behalve in de onderzochte plattelandspovincie die geen wachtlijsten (meer) kende).

Noch de onderzochte zorgkantoren, noch de onderzochte provincies, gingen in hun inkoopplan, respectievelijk uitvoeringsprogramma, uit van een analyse van de vraag. De daartoe benodigde gegevens waren niet beschikbaar (zie verderop).

Ook over de inhoud en het effect van de geboden zorg is bij zorgkantoren en provincies weinig bekend.

Wachtlijsten als indicator voor (gebrek aan) afstemming
Tijdens de fase van materiaalverzameling voor dit onderzoek (zomer 2006) waren er in alle onderzochte regio's wachtlijsten voor de meeste zorgvormen die van belang zijn voor jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap en/of psychi(atr)ische problemen. Sindsdien zijn de provincies, geholpen door de wachtlijstimpuls vanuit het Rijk, voortvarend bezig geweest met het wegwerken van de wachtlijsten in hun sector van de jeugdzorg. Wij zijn in het kader van dit onderzoek niet meer in staat geweest om het resultaat hiervan vast te stellen, maar volgens eigen opgave van de provincies waren de wachtlijsten begin 2007 geheel weggewerkt. Inmiddels is bekend dat de wachtlijsten in april 2007 weer zijn toegenomen tot 2 065 wachtenden (Ministerie van VWS, 2007a). In de

AWBZ-sectoren lvg-zorg en ggz voor jeugdigen is dat niet het geval. In 2006 waren er voor de belangrijkste vormen van ggz, specifieke lvg-zorg en MFC's wachtlijsten met lange wachttijden (zie ook tabel 2). Er waren wel initiatieven om de ergste knelpunten weg te werken, maar gezien de omvang van de problematiek en de benodigde investeringen, zal dit een kwestie van lange adem zijn.

Het ontbreken van wachtlijsten biedt overigens nog geen zekerheid dat het zorgaanbod op de vraag past. Het betekent alleen dat een ieder die zich met reden aangemeld heeft voor zorg ook een vorm van zorg krijgt. De aanwezigheid van wachtlijsten toont daarentegen wél aan dat er te weinig en/of verkeerde zorg ingekocht is, zodat niet volledig aan de zorgvraag kan worden voldaan.

Het is niet verrassend dat de zorginkopers er niet in slagen het contracteren van zorgaanbod af te stemmen op de vraag, want de omvang en aard van de zorgvraag zijn bij hen niet goed bekend. Op de achtergronden daarvan wordt nu ingegaan.

Zorgvraag niet goed bekend

In de opzet van het stelsel van afstemming van het zorgaanbod op de zorgvraag vormt de totaliteit van de indicatiestellingen de input voor de planning van de inkoop van zorgaanbod. Echter, door verschillende omstandigheden (die in hoofdstuk 2 al aan de orde zijn geweest) kunnen de indicatiestellingen deze functie niet vervullen voor jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap en/of psychi(atri)sche problemen. Kort samengevat:

- De ggz-indicaties door BJZ geven geen volledig beeld omdat een belangrijk deel van de toeloop buiten BJZ om via het medische circuit gaat.
- De lvg-indicaties door CIZ worden niet apart onderscheiden, maar maken deel uit van de veel bredere grondslag «verstandelijk gehandicapt».

Aangezien de opzet om een goed beeld te verkrijgen van de vraag vanuit het totaal van de indicatiestellingen dus niet werkt, zouden de zorginkopers moeten zoeken naar andere mogelijkheden om de vraag vast te stellen. Zij kunnen bijvoorbeeld een opdracht verlenen om hiernaar een onderzoek in te stellen. In 2005 hebben de Zuid-Hollandse zorgkantoren een dergelijke onderzoeksopdracht verstrekt. Dit was echter een eenmalige operatie en bovendien zijn de resultaten niet gespecificeerd op het niveau van de individuele zorgkantorregio. Over het algemeen worden de mogelijkheden die er zijn om een beeld te krijgen van de zorgvraag buiten de indicatiestelling om, zoals onderzoek naar maatschappelijke, demografische en epidemiologische ontwikkelingen, niet benut door de zorginkopers. Zoals hiervoor al aangegeven, beschikte geen van de onderzochte zorgkantoren over een zorgvraaganalyse en/of zorgvraagprognose voor de categorieën jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap en/of psychi(atri)sche problemen.

Complicerende factor hierbij is nog, dat het zorgaanbod in deze sector de afgelopen tijd een grote concentratie te zien heeft gegeven door fusies en overnames, hetgeen geresulteerd heeft in nog maar één (meestal) of twee aanbieders per AWBZ-regio.

Inbreng van zorgvragers

Voor beter inzicht in de vraag(ontwikkeling), maar ook voor een adequate planning en inkoop van zorg is het van groot belang dat de zorgvragers een inbreng kunnen hebben. Dit is ook de bedoeling van het overheidsbeleid. In de visie van de minister van VWS worden de lijnen van de ontwikkeling van de zorg uitgezet in goed overleg tussen de drie betrokken partijen: de zorgverzekeraars, de zorgaanbieders en de zorgvragers. Ook in de wet- en regelgeving is voorgeschreven dat de stem van de cliënten gehoord wordt. In de zorg wordt een dergelijke rol over het algemeen neergelegd bij cliënten- of patiëntenorganisaties.

Het probleem is echter dat er in de sectoren jeugd-ggz en jeugd-lvg geen krachtige cliëntenorganisaties bestaan die als gesprekspartner kunnen fungeren in het overleg over de te contracteren zorg en te ontwikkelen zorgvormen. In de ggz zijn er organisaties van ouders van kinderen met allerlei specifieke problemen; dit veld is erg verbrokken. Bij de verstandelijk gehandicapten zien we het omgekeerde beeld. Er bestaan diverse grote en sterke organisaties van ouders van verstandelijk gehandicapten, verenigd in de Federatie van Ouderverenigingen. Deze organisaties moeten het gehele veld van de verstandelijke gehandicaptenzorg bestrijken. Er zijn geen afdelingen of sectoren die bestemd zijn voor de zorg voor jeugdige licht verstandelijk gehandicapten.

Het is dus niet alleen maar een kwestie van uitnodigen. Als men wil weten wat er onder de zorgvragers leeft en welke behoeften zij hebben, zullen er initiatieven moeten worden genomen voor ontwikkeling van een structurele vorm van cliëntenorganisatie en -inbreng. Provincies en zorgkantoren zouden dit moeten stimuleren, eventueel met inschakeling van organisaties die dicht bij de doelgroep staan, zoals bijvoorbeeld MEE, de ouderorganisaties in de verstandelijke gehandicaptenzorg, of het Landelijk Cliënten Forum Jeugdzorg. De provincies zijn weliswaar actief in het bevorderen van cliënteninbreng, maar hebben in dit opzicht met betrekking tot de doelgroepen van dit onderzoek, jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap en/of psychi(atri)sche problemen, nog weinig resultaat geboekt.

Er zijn, alles overziende, in de huidige regionale/provinciale praktijk geen goede instrumenten om het zorgaanbod op de vraag af te stemmen.

Intersectorale afstemming

Jeugdigen met een lichte verstandelijke beperking, psychi(atri)sche problematiek en/of gedragsstoornissen bevinden zich op het snijvlak van veel vormen van zorg en hulpverlening, met name lvg-zorg, ggz en jeugdhulpverlening. Vaak gaan verschillende vormen van problematiek samen, psychische, verstandelijke, onaangepast gedrag, opvoedingsproblemen. In sommige onderzochte regio's heeft meer dan de helft van de residentieel opgenomen cliënten van de jeugdzorgaanbieder te kampen met psychiatrische problematiek. Het is dan een afweging voor BJZ om bij de indicatiestelling te concluderen welke problematiek leidend is, de ggz-problematiek of de opgroei- en opvoedproblematiek. Vanuit het oogpunt van de vraag zou een breed intersectoraal aanbod wenselijk zijn. Daarvoor zijn samenwerking, samenhang en onderlinge afstemming nodig.

Groot gezin

Op aanwijzing van bureu stelde de politie een onderzoek in naar mogelijke verwaarlozing bij een gezin met veertien kinderen. Inderdaad bleek de situatie met name voor de kinderen onhoudbaar te zijn. Met spoed werd ondertoezichtstelling en uithuisplaatsing aangevraagd en verkregen. Maar hoe breng je veertien kinderen tegelijk onder?

De gemeente, de provincie, Bureau Jeugdzorg, een lvg-instelling en een instelling voor jeugdzorg sloegen de handen ineen, zorgden voor noodopvang en daarna voor plaatsing, zes licht verstandelijk gehandicapte kinderen bij de lvg-instelling, zeven kinderen in de residentiële jeugdhulpverlening en één in een pleeggezin. Het betrof echter een zeer hecht gezin en de kinderen misten elkaar erg, wat een belemmering vormde voor hun verdere ontwikkeling. De zorgaanbieders drongen aan op hereniging. De gemeente en een woningcorporatie gingen samen op zoek naar mogelijkheden. Uiteindelijk werd een leegstaand schoolgebouw gevonden en omgebouwd tot een groot formaat woonhuis. Na enkele maanden konden alle veertien kinderen hier weer samengebracht worden. Er is 24-uurs begeleiding door medewerkers van de lvg-instelling en jeugdzorg. De ouders komen regelmatig op bezoek en zij krijgen begeleiding om toe te kunnen groeien naar een nieuwe situatie, waarin zij weer zelf (met begeleiding) de regie over hun gezin krijgen.

De samenwerkingsbereidheid is over het algemeen vrij groot, vooral binnen de AWBZ-sector. Er zijn tal van initiatieven van zorgaanbieders om deelprocessen gezamenlijk aan te pakken. Er is echter weinig samenhang tussen en bundeling van deze initiatieven en het overzicht ontbreekt meestal. Het zijn fragmentarische ontwikkelingen die over het algemeen niet aansluiten op een totaalvisie van wat er in de regio nodig is. Dit komt vooral doordat de samenwerking bemoeilijkt wordt door de verschillende wettelijke grondslagen voor de zorg in de verschillende sectoren, namelijk de AWBZ en de Wjz, die in regelgeving van elkaar verschillen op het punt van onder andere indicatiestelling, zorgtoewijzing, zorgverlening en financiering. Financieringsverschillen spelen trouwens ook een belemmerende rol binnen de AWBZ als het om de combinatie ggz en lvg gaat; voor deze sectoren gelden verschillende tarieven en arbeidsvoorwaarden. Het overbruggen van deze obstakels vereist het bestaan van een erkende regiefunctie.

Rob

Rob is een jongen van zeventien jaar die vier jaar geleden een ernstige herseninfectie heeft gehad. Als hij daarvan «genezen» is en weer thuis komt, blijkt hij aan epilepsie te lijden. Rob krijgt daarvoor medicatie en vervolgens (al dan niet ten gevolge daarvan) gaat hij aan agressieve aanvallen lijden.

Rob kan geplaatst worden op een neuropsychiatrische afdeling van een ggz-instelling. Dichtbij is ook een jeugdpsychiatrische afdeling van dezelfde instelling, maar daar kunnen ze zijn problematiek niet aan, dus Rob zit tussen volwassenen. Er worden pogingen gedaan om Rob overdag onder te brengen op de school, verbonden aan de jeugdpsychiatrische afdeling, maar dit stuit op bekostigingsconflicten tussen beide afdelingen die niet opgelost kunnen worden. Omdat hij als epileptisch kind niet echt past op de afdeling waar hij verblijft, krijgt hij geen behandeling, geen dagbesteding en geen onderwijs. Hij zit maar wat de hele dag. De ouders signaleren dit, maar zien geen alternatief: geen enkele andere instelling wil Rob hebben. Uiteindelijk dienen de ouders een klacht in: geen behandelplan, geen dagbesteding, geen onderwijs, gebrekkige communicatie. De klacht wordt ontvankelijk verklaard en de ouders worden volledig in het gelijk gesteld; de instelling moet voor oplossingen zorgen. Er verandert echter niets. De ouders gaan naar de inspectie. Deze constateert dat de klacht correct behandeld is en informeert bij de instelling of de verlangde verbeteringen in gang zijn gezet, waarop de instelling antwoordt dat dit inderdaad het geval is. Echter, in feite worden er geen verbeteringen in gang gezet.

De ouders van Rob merken op dat zij goed opgeleid zijn en beide in de zorg werken. Zij zijn dus goed geëquipeerd, maar desalniettemin volkomen de weg kwijt in het doolhof van zorgvoorzieningen waarin geen uitweg lijkt te bestaan voor hun kind.

Zoals hiervoor al aangegeven moet (op grond van de Wjz) de provincie overleggen met het zorgkantoor om afspraken te maken over de afstemming van de provinciale jeugdzorg en de jeugdzorg op grond van de AWBZ. Het provinciale beleidskader jeugdzorg moet onder andere een overzicht bevatten van de wijze waarop in de behoefte aan AWBZ-zorg zal worden voorzien. Het voorgeschreven overleg vindt over het algemeen wel plaats, maar het voorgeschreven overzicht ontbreekt vrijwel steeds, omdat de daarvoor benodigde gegevens niet geleverd werden. Ten dele komt dit doordat de zorgkantoren zelf niet over de benodigde gegevens beschikken. Voor een ander deel is de achtergrond hiervan dat de zorgkantoren (en hun kielzog de AWBZ-aanbieders) zich niet geroepen voelen om verantwoording af te leggen aan de provincie.

Naar het oordeel van de provincies impliceren de bovenvermelde wettelijke bepalingen dat de regie van de afstemming tussen provinciaal en AWBZ-gefinancierde jeugdzorg bij de provincie behoort te liggen. Tegelijk geven zij aan deze regierol moeilijk te kunnen waarmaken, omdat zij eigenlijk niet beschikken over sturingsinstrumenten met betrekking tot de AWBZ-zorg. In goed overleg wordt er veel heen en weer gepraat, maar uiteindelijk gaan de beide sectoren veelal hun eigen gang. Het belang van een regierol wordt onderkend, maar er is geen consensus over de vraag welke actor deze rol moet vervullen.

Ontwikkelen nieuw zorgaanbod

Het zorgkantoor moet door middel van het inkoopbeleid veranderingen stimuleren in het *aanbod* met het oog op te verwachten ontwikkelingen in de *zorgvraag*. De zorgkantoren in de onderzochte regio's geven zelf aan geen goed beeld te hebben van de zorgvraagontwikkeling. In sommige regio's wordt prioriteit gegeven aan zorgvormen die de doorstroming in het bestaande zorgaanbod kunnen verbeteren. In andere regio's vertrouwen de zorgkantoren op de ervaringen en inzichten van de (bestaande) zorgaanbieders. De bij het onderzoek betrokken zorgaanbieders waren van oordeel dat het zorgkantoor zich erg terughoudend opstelt. Initiatieven moeten van de zorgaanbieders zelf komen. Deze hebben wel plannen, maar de verdere ontwikkeling, die in sommige gevallen jaren vergt, vormt een probleem. AWBZ-financiering komt pas beschikbaar als zorgvernieuwing erkend is en de zorg daadwerkelijk geleverd wordt. Daaraan voorafgaand zijn tal van investeringen nodig die de zorgaanbieder zelf moet financieren.

Voor de ontwikkeling op middellange termijn geldt dat het zorgkantoor eens in de vier jaar een beleidsvisie moet opstellen, onder andere met betrekking tot ontwikkelingen in de zorg en de wenselijke aansluiting van typen zorgvragen en zorgaanbod op elkaar (zie eerder genoemd Convenant zorgkantoren). Dit betreft het gehele AWBZ-terrein. Voor deelsectoren die sterk in beweging zijn, zoals de jeugd-lvg- en jeugd-ggz-sectoren wordt het raadzaam geacht de toekomstige ontwikkelingen in kaart te brengen. Daarbij moet in aanmerking worden genomen dat, met name waar het gebouwde voorzieningen betreft, er gemiddeld ongeveer vijf jaar vooruit moet worden gedacht. Echter, in geen van de onderzochte regio's was een zorgvraagprognose beschikbaar, al waren er wel voornemens om hiermee een begin te maken.

Doorstroming

Wanneer een bepaalde vorm van zorg aan een jeugdige wordt afgerond, ontstaat er ruimte voor een nieuwe cliënt. Tegelijkertijd is er vaak vervolgzorg nodig. De «achterkant», de doorstroming, is dus van belang

voor de mogelijkheid om aan de «voorkant» zorg aan te bieden die past op de vraag van een jeugdige. In alle onderzochte regio's kennen de meeste zorgvoorzieningen problemen met de doorstroming en het vinden van goede vervolgzorg voor de cliënt. Er is heel weinig passende vervolgcapaciteit. Dit leidt tot verstopping of tot het stopzetten van zorg zonder verantwoord vervolg (met het risico van terugval en een nieuwe, zwaardere zorgvraag). Extra kwetsbare groepen zijn gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapten in crisisopvang en jeugdigen die vanwege het bereiken van een bepaalde leeftijd (in sommige gevallen 18 jaar, in andere gevallen 23 jaar) niet meer voor jeugdzorg in aanmerking komen.

3.3 Financiering

3.3.1 Wet- en regelgeving

AWBZ-zorg

De uitgaven van de AWBZ worden voor een belangrijk deel uit premies gefinancierd. Noch de uitgaven van de AWBZ noch de inning van de premies vallen onder het budgetrecht van het parlement. De Staten-Generaal worden wel over de totale zorguitgaven geïnformeerd. De regering stelt de totale ruimte voor de zorguitgaven vast. Dit is het zogenoemde budgettair kader zorg. De minister van VWS rapporteert hierover aan het parlement. Bij ministeriële regeling worden jaarlijks de macro-verstrekkingenbudgetten vastgesteld, voorafgaand aan het betreffende budgetjaar. De minister van VWS geeft in de regeling ook aanwijzingen voor de verdeling van de macrobedragen.

Sinds 2005 is de financiële ruimte van zorgaanbieders en zorgkantoren binnen de AWBZ begrensd. Daarvoor heeft de staatssecretaris van VWS een convenant gesloten met de brancheorganisaties van aanbieders van AWBZ-zorg voor de jaren 2005 tot en met 2007.

Het CVZ is fondsbeheerder en keert uit het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten aan de zorgkantoren geld uit ter dekking van de AWBZ-uitgaven. Het zorgkantoor bepaalt zelf aan welke zorg in zijn regio het budget besteed wordt. Om voor financiering in aanmerking te komen, moeten zorgaanbieders over een toelating beschikken, moeten degenen aan wie zorg verleend wordt in het bezit zijn van een geldige indicatie en er moet in beginsel een productieafspraken gemaakt zijn tussen de aanbieder en het zorgkantoor. Deze productieafspraken leidt tot het instellingsbudget. Op grond van het instellingsbudget en de gemaakte productieafspraken krijgt de zorgaanbieder betaald. De werkelijke kosten moeten achteraf gedeclareerd worden.

Hoewel zowel de instellingen voor licht verstandelijk gehandicapten als de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg onder de AWBZ vallen, zijn er verschillen in tarieven en in arbeidsvoorwaarden. Dit heeft gevolgen voor de hoogte van de financiering.

Provinciaal gefinancierde jeugdzorg

De rijksoverheid is verantwoordelijk voor het beschikbaar stellen van voldoende middelen voor het realiseren van de aanspraken op jeugdzorg. Provincies zijn op hun beurt verantwoordelijk voor een doeltreffende, doelmatige en rechtmatige besteding van die middelen. Het landelijke beleidskader jeugdzorg bevat een raming van de bedragen die het Rijk

aan de provincies wil verstrekken. Ook het provinciale beleidskader omvat een financieel kader.

Het Rijk verstrekt jaarlijks aan de provincies een specifieke uitkering voor de bureaus jeugdzorg en een specifieke uitkering ten behoeve van de jeugdzorg in de provincies. De provincies verstrekken op hun beurt subsidies aan BJZ en de jeugdzorgaanbieders voor het uitvoeren van de jeugdzorg en het verschaffen van beleidsinformatie over de jeugdzorg. In de «Regeling bekostiging jeugdzorg» worden nadere eisen gesteld aan het provinciale subsidiebeleid op het terrein van de inrichting van het uitvoeringsprogramma, aan het bepalen van het bedrag dat de provincies als subsidie uitkeren en aan het toezicht door de provincies op de rechtmatige en doelmatige besteding van subsidies.

Provinciaal én AWBZ-gefinancierde jeugdzorg

Het komt voor dat de provinciaal gefinancierde aanbieders van jeugdzorg ook bepaalde componenten aanbieden die vanuit de AWBZ gefinancierd zijn. De afzonderlijke en diverse wettelijke eisen werken complicierend voor deze instellingen.

3.3.2 Rijksbeleid

AWBZ-zorg

De nationale AWBZ-contracteerruimte wordt vastgesteld door de minister van VWS en vervolgens verdeeld over de 32 zorgkantorregio's. De verdeling is gebaseerd op productiegegevens van het afgelopen jaar. De contracteerruimte is dus niet gebaseerd op een raming van de actuele zorgvraag in de regio.

De gevolgen voor de contracteerruimte van nieuwe of gewijzigde toelatingen is verschillend voor intramurale en extramurale zorg:

- Indien een nieuwe of gewijzigde toelating voor intramurale zorg wordt afgegeven, blijven de exploitatiekosten buiten de contracteerruimte. De exploitatiekosten worden wel van de landelijk beschikbare groeiruimte afgetrokken.
- Indien een nieuwe of gewijzigde toelating voor extramurale zorg wordt afgegeven, gaat dit ten koste van de contracteerruimte voor de overige instellingen.

Bij het ontbreken van voldoende capaciteit in de eigen regio kunnen zorgkantoren zorg in een andere zorgkantorregio «inkopen» door het overhevelen van een deel van hun contracteerruimte. Indien zorgkantoren knelpunten ondervinden in de contracteerruimte dienen zij deze tijdig te melden. De staatssecretaris van VWS zal dan, rekening houdend met de zorgplicht die bij de uitvoering van de AWBZ bestaat, over deze punten een beslissing nemen. Naar aanleiding van een interpellatiedebat in de Tweede Kamer op 5 oktober 2006 heeft de staatssecretaris van VWS de NZa verzocht de instellingen opnieuw te informeren over deze knelpunten-procedure. In de circulaire hierover van NZa is aangegeven dat het gaat om cliënten die met een geldige indicatie geen tijdige toegang hebben tot de benodigde AWBZ-zorg.

De contracteerruimte heeft betrekking op zorg in natura. Daarnaast kunnen jeugdigen (dan wel hun ouders) zelf zorg inkopen middels een persoonsgebonden budget (pgb). Daarmee wil het Ministerie van VWS de keuzevrijheid van de burger vergroten en bevorderen dat zorgaanbieders zich profileren en concurreren op kwaliteit en prijs. Om in aanmerking te

komen voor een pgb is een indicatie van het CIZ of BJZ nodig. Er is geen pgb mogelijk voor behandeling en langdurig verblijf.

In de AWBZ bestaan naast de contracteerruimte ook «geormerkte gelden». Voor 2007 heeft het Ministerie van VWS een bedrag van € 37 miljoen geormerkt voor zorgzwaarte in de gehandicaptenzorg. Zorgzwaartepakketten vervangen het huidige bekostigingssysteem van zorg in verblijfsinstellingen (intramurale zorg) in de AWBZ. In het nieuwe systeem krijgen zorginstellingen een geldbedrag dat is afgestemd op de zorgbehoefte (zorgzwaarte) van een cliënt. Nu is dat nog een gemiddeld bedrag per bed, waardoor het voor instellingen onaantrekkelijk is om cliënten met een grote zorgbehoefte op te nemen. Met de zorgzwaartepakketten is gestart op 1 januari 2007 en op 1 januari 2008 zal deze financieringssystematiek in de gehele AWBZ zijn ingevoerd.

Provinciaal gefinancierde jeugdzorg

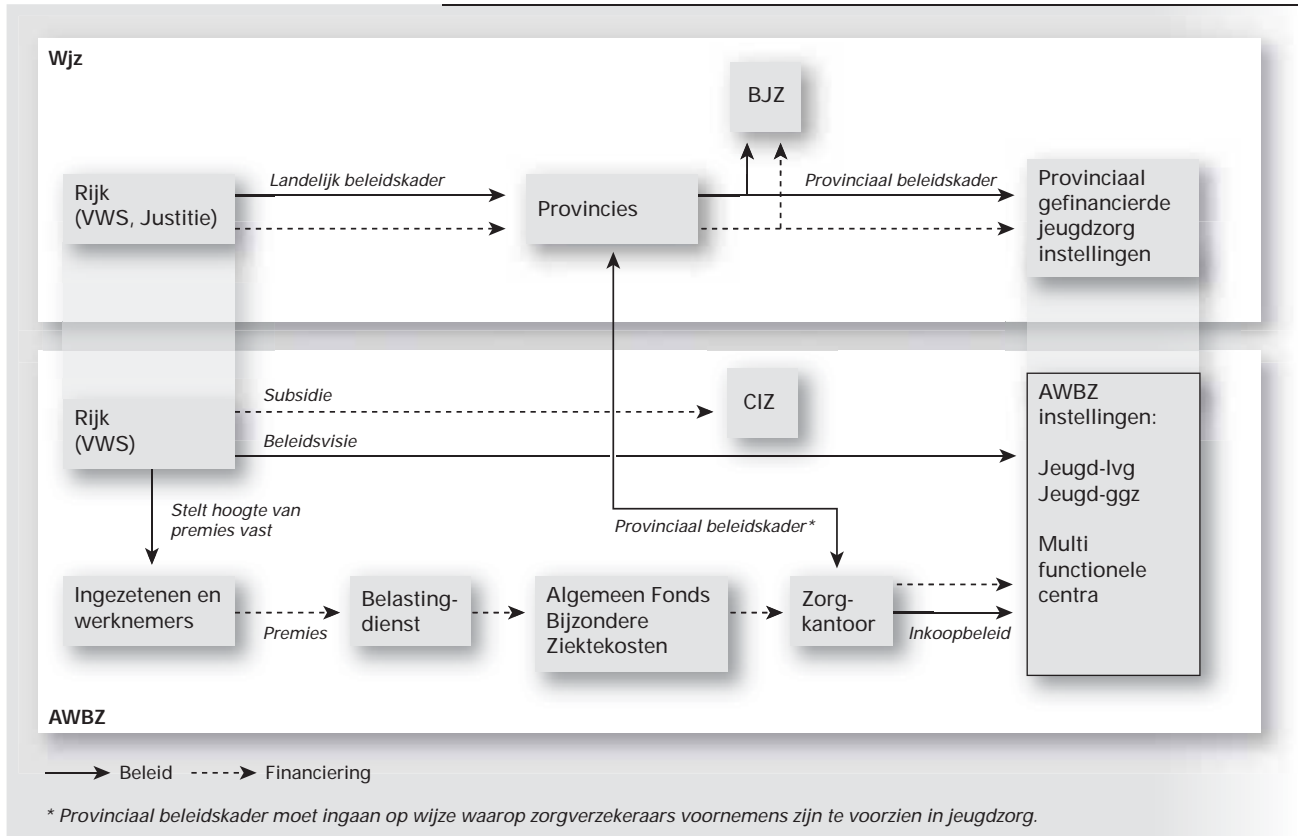
In het Bestuursakkoord «Financieel Kader Wet op de Jeugdzorg» (oktober 2003) over de periode 2004 tot en met 2006 heeft de staatssecretaris van VWS met de provincies afgesproken dat zij er alles aan gaan doen om de sector doelmatiger te laten werken, waardoor met hetzelfde geld meer kinderen kunnen worden geholpen. Deze ambitie is opgenomen in het landelijke en de provinciale beleidskaders. Medio 2005 is echter gebleken dat de vraag naar jeugdzorg sterker toenam dan bij het sluiten van het bestuursakkoord was verwacht. De (extra) beschikbaar gestelde € 43 miljoen (€ 10 miljoen uit het hoofdlijnenakkoord en € 33 miljoen voor de financiering van extra uithuisplaatsingen), waarvoor 1900 jeugdigen geholpen zouden worden, bleek niet voldoende te zijn. Daarom heeft de staatssecretaris van VWS in een brief in maart 2006 aangekondigd, dat er extra middelen worden ingezet om de wachtlijsten in de jeugdzorg weg te werken. Met de provincies is vervolgens afgesproken (VWS, 2006f) dat nog in 2006 5900 extra kinderen in zorg worden genomen. Hiervoor heeft de staatssecretaris € 100 miljoen extra beschikbaar gesteld. De doelstelling van deze «Wachtlijstimpuls» is de wachtlijsten in de provinciaal gefinancierde jeugdzorg geheel weg te werken. Zoals eerder vermeld is dit, volgens eigen opgave van de provincies, tijdelijk gelukt.

3.3.3 Uitvoering in de regionale en provinciale praktijk

Over het algemeen verloopt de financiering van de zorg in de regionale en provinciale praktijk in overeenstemming met de wet- en regelgeving en het rijksbeleid, met één belangrijke uitzondering. Zoals hierboven vermeld bestaat er een knelpuntenprocedure waarop zorgkantoren een beroep kunnen doen als zij onvoldoende regionale contracteerruimte hebben om aan de zorgvraag te kunnen voldoen. Tot nog toe heeft geen van de zorgkantoren hiervan gebruik gemaakt, hoewel zij wel uitdrukkelijk op deze mogelijkheid zijn gewezen. De zorgkantoren hebben echter geen duidelijk beeld van de zorgvraag en kunnen dus ook niet aantonen dat zij over te weinig geld beschikken om aan de zorgvraag te voldoen.

De voorgaande paragrafen overziende, kunnen het beleid en de financiering van de jeugdzorg op grond van de Wjz en de AWBZ als volgt schematisch worden weergegeven (figuur 6; situatie 2006).

Figuur 6 Beleid en financiering (situatie op 31 december 2006)



3.4 Verantwoording en beleidsinformatie

3.4.1 Wet- en regelgeving

AWBZ-zorg

In het Rijksjaarverslag verantwoordt de minister van VWS zich niet alleen over de begrotingsuitgaven, maar ook over de premiegefinancierde zorguitgaven en -beleid. Op hoofdlijnen wordt daarin in een toelichting gegeven op de financiële kerncijfers, de (voorlopige) realisatie en budgettaire ontwikkelingen per sector, zoals gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg. Onderscheid naar bijvoorbeeld zorg voor lvg- en ggz-jeugdigen wordt daarin niet gemaakt.

Zorgkantoren dienen controles uit te voeren conform de Regeling administratie en controle uitvoeringsorganen AWBZ van september 2004. Ze verbinden hieraan zo nodig (financiële) consequenties. Tot de taak van het zorgkantoor behoort ook het uitvoeren van controles om vast te kunnen stellen of aan de gedeclareerde zorg een indicatie ten grondslag ligt en of deze zorg ook daadwerkelijk geleverd is.

Het zorgkantoor moet jaarlijks aan de NZa een financieel verslag zenden over het voorafgaande kalenderjaar. Daarin wordt onderscheid gemaakt tussen beheerskosten en kosten van verstrekkingen van zorg en vergoedingen. Het financieel jaarverslag dient vergezeld te gaan van een rechtmatigheids- en getrouwheidsverklaring van een accountant en een

rapport van de accountant over de ordelijkheid en controleerbaarheid van het gevoerde financiële beheer. Daarnaast dient het zorgkantoor een uitvoeringsverslag naar de NZa te sturen waarin gerapporteerd wordt over de uitvoering van de wet in het afgelopen jaar en voornemens over het lopende en daaropvolgende jaar. De NZa vormt zich als toezicht-houder een oordeel over de rechtmatigheid en doelmatigheid van de uitvoering van de AWBZ.

Zorginstellingen moeten op grond van uiteenlopende wet- en regelgeving (Kwaliteitswet, Klachtwet, WTZi etc.) aan verschillende instanties informatie verstrekken en hun verslaglegging op een bepaalde manier inrichten. Sinds 1 januari 2005 moeten de AWBZ-zorginstellingen een verklaring afgeven dat de AO/IC van de productie aan minimale vereisten voldoet. Deze kaderregeling moet de juistheid van de productiecijfers (en de facturatie ervan) helpen waarborgen.

Het ministerie, de brancheorganisaties en de informatievragende partijen hebben de eisen aan zowel de jaarverslaggeving als aan de overige jaarlijkse informatieverplichtingen samengebracht in het zogenoemde Jaardocument, dat bestaat uit een maatschappelijk verslag, jaarrekening en specifieke bijlagen. In de Regeling verslaggeving WTZi is vastgelegd dat alle onder de regeling vallende instellingen (waaronder ggz- en lvg-instellingen) het Jaardocument moeten gebruiken voor de jaarverantwoording. Dit is vanaf 2007 verplicht. In dit document zijn alle verantwoordingsinformatieverplichtingen waaraan zorginstellingen jaarlijks moeten voldoen samengevoegd in één integrale verantwoording. Met deze jaarverantwoording wordt beoogd de informatievoorziening van zorginstellingen aan belanghebbenden en verantwoordingspartijen te verbeteren, onder andere door eenheid van taal en uniformering en tegelijkertijd de administratieve lasten die voor de zorginstellingen met de jaarlijkse verantwoording zijn gemoeid te verminderen.

Om de transparantie in de AWBZ-zorg te bevorderen en een basis te vormen om pro-actief op zowel regionaal als landelijk niveau het aanbod van zorg beter op de vraag af te stemmen, is het AWBZ-brede zorgregistratiesysteem (AZR) ontwikkeld. Het AZR is een landelijke systematiek voor het registreren en uitwisselen van berichten tussen indicatieorgaan, het zorgkantoor en de zorgaanbieder. AZR is bedoeld om het proces van zorgtoewijzing en zorgverlening te ondersteunen en zo de cliënten goed en efficiënt van de geïndiceerde zorg te voorzien. Het landelijk verzamelen van (wachtlijst)informatie uit AZR gebeurt periodiek door het CVZ.

Het AZR-systeem functioneert nog niet optimaal. Het mankeert vooral aan volledige medewerking van de zorgaanbieders. Deze moeten via AZR het zorgkantoor informeren over het in zorg nemen van cliënten («melding aanvang zorg») en over veranderingen die zich voordoen bij cliënten die al in zorg genomen zijn. Deze meldingen worden nog lang niet altijd doorgegeven en daardoor ontbreekt het overzicht bij de zorgkantoren. In 2001 hebben wij onderzoek gedaan naar de taakuitvoering door de zorgkantoren (Algemene Rekenkamer, 2001a). Een belangrijke conclusie was dat de zorgkantoren zich bij het inkopen van de zorg niet baseren op de vraag, maar op het aanbod. Door de zorgkantoren werden geen activiteiten ontplooid om gegevens te verzamelen over de regionale vraag ten behoeve van de zorginkoop. Wij drongen aan op een voortvarende invoering van de AZR teneinde de zorgkantoren in staat te stellen zich beter van hun taak te kwijten. Een jaar later hebben wij opnieuw en op grond van soortgelijke conclusies gewezen op het grote belang van kwaliteitsslagen bij het invoeren van AZR (Algemene Rekenkamer, 2001b).

Inmiddels is het vier jaar na de geplande afronding van AZR en is het systeem nog steeds niet volledig gevuld en operationeel.

Provinciaal gefinancierde jeugdzorg

De ministers van VWS en Justitie verantwoorden zich jaarlijks over de jeugdzorg met het jaarverslag en met de voortgangsrapportage jeugdzorg. Het jaarverslag omvat het beleidsverslag en de jaarrekening van het gehele ministerie en gaat niet gedetailleerd in op de zorg voor jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap en/of psychi(atri)sche problemen. De voortgangsrapportage jeugdzorg wordt elk jaar door de bewindspersoon van VWS, mede namens de minister van Justitie, voor het indienen van de begroting van het Rijk vastgesteld. De voortgangsrapportage bevat een aantal overzichten, waaronder van de aan de provincies versterkte en nog te verstrekken uitkeringen en de wijze waarop door de provincies de uitkeringen besteed zijn.

Artikel 42.1 van de Wjz bepaalt dat de ministers van VWS en Justitie gegevens verwerken ten behoeve van een samenhangend beleid ten aanzien van de jeugdzorg. In het Besluit beleidsinformatie jeugdzorg is geregeld welke gegevens nodig zijn voor een samenhangend jeugdzorg-beleid, wie die gegevens verzamelt en welke gegevens verstrekt mogen worden. De Regeling beleidsinformatie jeugdzorg en het daaruit voortkomende Informatieprotocol jeugdzorg geven hier weer verder uitwerking aan. Op grond van de regeling verstrekken de provincies twee maal per jaar beleidsinformatie aan het Rijk. Het betreft voornamelijk niet-financiële beleidsinformatie, die aangeleverd wordt door de bureaus jeugdzorg. Om te bevorderen dat alle bureaus jeugdzorg hun beleidsinformatie op vergelijkbare manier vastleggen, zijn standaardtabellen ontwikkeld. De bureaus jeugdzorg dienen deze beleidsinformatie elk kwartaal aan de zorgverzekeraars en de provincies aan te leveren (Informatieprotocol jeugdzorg).

Provincies stellen jaarlijks een uitvoeringsprogramma vast waarin ook een aantal overzichten opgenomen is, waaronder één van de in het afgelopen jaar door BJZ en gesubsidieerde zorgaanbieders geleverde en de komende twee jaar te leveren activiteiten en de voor de uitvoering van die activiteiten verstrekte subsidies. De accountant van de provincie legt aan de hand van een controleprotocol zijn oordeel en bevindingen over het financiële beheer vast in een verslag.

BJZ legt verantwoording af met het jaarverslag, een verslag uitvoering van taken, waarin de taakuitvoering en kwaliteitsbewaking worden beschreven, en beleidsinformatie. De provinciale aanbieders van jeugdzorg stellen een jaarverslag volgens de geldende wet- en regelgeving op. Een integraal en uniform jaardocument, zoals bij de AWBZ-zorgaanbieders, is er niet.

In vergelijking met de situatie voorafgaand aan de invoering van de Wjz per 1 januari 2005 is nieuw dat de provincies bij de verantwoording van de besteding van de uitkeringen niet alleen een getrouwbeeldverklaring, maar ook een rechtmatigheidsverklaring van de accountant moeten overleggen. Op de naleving van deze verplichting gaan wij hieronder in.

3.4.2 Rijksbeleid en uitvoering in de regionale en provinciale praktijk

Op 21 december 2006 heeft de staatssecretaris van VWS de Tweede Kamer en de Algemene Rekenkamer op de hoogte gesteld van problemen

met de verantwoording over het boekjaar 2005 (VWS 2006g). De verklaringen van getrouwheid geven het beeld dat de provincies de uitkeringen daadwerkelijk aan jeugdzorg hebben besteed. Maar op Limburg na blijken de provincies niet in staat om een goedkeurende rechtmatigheidsverklaring te overleggen. In veel gevallen kon niet vastgesteld worden dat de verleende zorg aansloot bij het indicatiebesluit. De staatssecretaris gaat ervan uit dat hier sprake is van ingroeiproblematiek en zal daarom niet korten op de uitkeringen. Dat laat onverlet dat zij de ontstane situatie ongewenst vindt. Zij acht het van groot belang dat de provincies wél gaan voldoen aan de wettelijke vereisten.

3.5 Toezicht, controle en handhaving

3.5.1 Wet- en regelgeving

Toezicht op de kwaliteit, de naleving van de wet door BJZ, de provinciaal gefinancierde instellingen voor jeugdzorg en de justitiële jeugdinrichtingen is een taak van de IJZ. De provincie is belast met de controle op de rechtmatige en doelmatige besteding van de verleende subsidies.

De IGZ houdt toezicht op de naleving van de Kwaliteitswet zorginstellingen. Toezicht op de kwaliteit van indicatiestelling door het CIZ is er niet. Toezicht op recht- en doelmatige uitvoering door de AWBZ-verzekeraars is een taak van de NZa. Voor de AWBZ-sectoren geldt bovendien dat in de overeenkomst tussen zorgaanbieder en zorgkantoor een bepaling opgenomen moet zijn over de controle op de naleving van de overeenkomst, waaronder de controle op de te verlenen dan wel verleende zorg en op de juistheid van de daarvoor in rekening gebrachte bedragen.

De ministers van VWS en Justitie moeten de provinciale beleidskaders jeugdzorg controleren en toetsen of deze passen in het landelijke beleidskader jeugdzorg en voldoen aan wettelijke vereisten.

3.5.2 Rijksbeleid

De verplichte toetsing van de provinciale beleidskaders door de Ministeries van VWS en Justitie vindt plaats. Uit deze toetsing moet onder andere blijken of de provincies een goed beeld hebben van de wijze waarop de zorgkantoren in de behoefte aan AWBZ-zorg zullen voorzien. Uit ons onderzoek blijkt dat de provincies niet aan deze voorwaarde kunnen voldoen (omdat zij onvoldoende geïnformeerd worden door de zorgkantoren). Toch keurt het Rijk deze beleidskaders goed. Naar ons oordeel moet het Rijk de wet in dit opzicht handhaven en verbetering van de provinciale beleidskaders in dit opzicht verlangen, teneinde te stimuleren dat de zorgkantoren hun wettelijke informatieplicht ten opzichte van de provincies nakomen.

De NZa (in het verleden CTZ en CTG) moet toezicht houden op het functioneren van de zorgkantoren, onder andere op het punt van de zorginkoop. De toezichthouders (CTZ en CTG) maken – wat de jaren 2005 en 2006 betreft – kritische opmerkingen over de wijze waarop de zorgkantoren zorg inkopen (zonder een goed beeld van de vraag). Opvallend is dat dat (in het geval van CTZ) niet leidt tot een kritisch oordeel en ook (in beide gevallen) niet tot interventie. Op deze manier leidt het toezicht niet tot verbetering van de praktijk.

3.5.3 Uitvoering in de regionale praktijk

De zorgkantoren moeten controleren of de zorg die de zorgaanbieders declareren in overeenstemming met de indicatie is en ook daadwerkelijk geleverd is. In de onderzochte regio's was het de ervaring van de regionale MEE-organisatie dat het regelmatig voorkomt dat de zorgaanbieder niet (volledig) de zorg levert waarvoor de cliënt geïndiceerd is; MEE krijgt hierover dikwijls klachten. De betreffende zorgkantoren sluiten niet uit dat soms zorg geleverd wordt in afwijking van de indicatie. Volgens deze zorgkantoren is het ondoenlijk om de feitelijke zorglevering te controleren. De redenen die opgegeven worden variëren: bijvoorbeeld te hoge administratieve lasten of de zorgaanbieders zijn te ver weg. Het is echter de bedoeling van de regelgeving dat er ook een vorm van (partiële) materiële controle plaatsvindt. In de «Regeling administratie en controle uitvoeringsorganen AWBZ» wordt de suggestie gedaan om via de verzekeren, bijvoorbeeld steekproefsgewijs, na te gaan of de gedeclareerde zorg daadwerkelijk is geleverd. Wij deden al eerder onderzoek naar het functioneren van de zorgkantoren (Algemene Rekenkamer, 2001a). Ook toen bleek al dat de zorgkantoren onvoldoende controleren of de zorg overeenkomstig de gestelde indicatie wordt uitgevoerd.

GEBRUIKTE AFKORTINGEN

| | |
|---------------|--|
| ADHD | Attention Deficit Hyperactivity Disorder, in het Nederlands vertaald als «aandachtstekortstoornis met hyperactief gedrag» |
| AWBZ | Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten |
| AZR | AWBZ-brede zorgregistratie |
| BJZ | Bureau Jeugdzorg |
| Cbz | College bouw zorginstellingen |
| CCE | Centrum voor Consultatie en Expertise |
| CIZ | Centrum indicatiestelling zorg |
| CJG | Centra voor Jeugd en Gezin |
| CTG | College tarieven gezondheidszorg (thans onderdeel NZa) |
| CTZ | College toezicht zorgverzekeringen (thans onderdeel NZa) |
| CVZ | College voor zorgverzekeringen |
| ggz | Geestelijke gezondheidszorg |
| IGZ | Inspectie voor de Gezondheidszorg |
| IJZ | Inspectie Jeugdzorg |
| IPO | Interprovinciaal Overleg |
| IQ | Intelligentiequotiënt |
| IVRK | International Verdrag inzake de Rechten van het Kind |
| jeugd-ggz | Geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen |
| jeugd-lvg | Jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap |
| lvg | Licht verstandelijk gehandicapt |
| MEE | organisatie voor advies en ondersteuning aan mensen met een beperking, voormalige Sociaal Pedagogische Dienst (geen afkorting) |
| MFC | Multifunctioneel centrum |
| MOgroep | Maatschappelijk Ondernemersgroep |
| NZa | Nederlandse Zorgautoriteit |
| NIZW | Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn |
| NVO/NIP | Nederlandse Vereniging van pedagogen en onderwijskundigen/Nederlands Instituut van Psychologen |
| OCW | Onderwijs, Cultuur en Wetenschap |
| Operatie JONG | Operatie Jeugdbeleid Overheid Nu Gezamenlijk |
| pgb | Persoonsgebonden budget |
| Riagg | Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg |
| RIBW | Regionale instelling voor beschermd wonen |
| SCP | Sociaal en Cultureel Planbureau |
| SPD | Sociaal Pedagogische Dienst |
| VWS | Volksgezondheid, Welzijn en Sport |
| Wcpv | Wet collectieve preventie volksgezondheid |
| Wjz | Wet op de jeugdzorg |
| Wmo | Wet maatschappelijke ondersteuning |
| WTZi | Wet toelating zorginstellingen |
| ZAT | Zorgadviesteam |
| ZonMw | Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie |

1. Vraagstelling

De Algemene Rekenkamer heeft in 2006 onderzoek uitgevoerd naar de afstemming van aanbod op vraag van jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap en/of psychi(atri)sche problemen.

In het onderzoek staan de volgende vragen centraal:

- In hoeverre sluit het hulpaanbod aan op de vraag van jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap en/of psychi(atri)sche problemen? Is dit hulpaanbod ook bestand tegen veranderingen in de vraag, bijvoorbeeld als gevolg van een verbeterde vroegsignalering?
- Welke verklaringen zijn er voor het al dan niet op elkaar aansluiten van het aanbod op de vraag?
- Wat moet er gebeuren om die aansluiting te verbeteren?

Deze vragen sluiten aan bij doelstellingen van het jeugdzorgbeleid van de minister van VWS (VWS, 2006b):

- Kinderen en ouders krijgen op tijd de ondersteuning die ze nodig hebben bij het opvoeden, opgroeien en verzorgen;
- Geïndiceerde kinderen en hun ouders/verzorgers kunnen gebruikmaken van kwalitatief goede en betaalbare (jeugd)zorg en krijgen op tijd de juiste hulp bij een zorgaanbieder van hun keuze. Er moet keuze zijn uit voldoende en gevarieerd zorgaanbod.

De minister van VWS was, ten tijde van het onderzoek, verantwoordelijk voor een systeem waarin voorzieningen voor ondersteuning en zorg aanwezig zijn. Aan dit systeem geeft de minister onder andere invulling door beleid te maken dat gericht is op een toegankelijk, passend en samenhangend zorgaanbod voor kinderen met ernstige opgroei- en opvoedproblemen. Hierbij worden uitdrukkelijk ook kinderen met psychiatrische problemen en licht-verstandelijk gehandicapte jeugd en hun ouders genoemd. Daarnaast viel de coördinatie van het jeugdbeleid, duidelijke spelregels voor alle betrokken partijen en toezicht op de kwaliteit van de jeugdzorg onder de verantwoordelijkheid van de minister van VWS (VWS, 2006b).

Sinds 22 februari 2007 vallen de jeugdzorg en de AWBZ-zorg voor jeugdigen onder de verantwoordelijkheid van de minister voor Jeugd en Gezin.

2. Aanpak

Om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden hebben we zowel op nationaal als op regionaal niveau onderzoek uitgevoerd. Het onderzoek is explorierend en kwalitatief van aard.

Nationaal

Op nationaal niveau zijn wet- en regelgeving en het gevoerde beleid geanalyseerd aan de hand van documentstudie en gesprekken bij de Ministeries van VWS, Justitie en OCW. Daarbij zijn ook de belangrijkste beleidsontwikkelingen betrokken. Om meer inzicht te krijgen in factoren die een rol spelen bij de aansluiting van het aanbod op de vraag van jeugdigen met een licht verstandelijke handicap en/of psychische problemen zijn interviews gehouden met belangrijke actoren bij de overheid en in het veld. Dit zijn CCE, CIZ expertisebureau, CO ACT consult, GGZ Nederland, Inspectie voor de Gezondheidszorg, Interprovinciaal

Overleg (IPO), Kenniscentrum LVG, MEE Nederland, de MOGroep, NIZW, Pandora, Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland en Zorgverzekeraars Nederland. Daarnaast zijn oriënterende gesprekken gevoerd met Bureau Jeugdzorg Zuid-Holland, het Regionaal Orgaan Amsterdam (ROA), de William Schrikker Groep en Zonnehuizen Veldheim Stenia.

In januari 2007 hebben we, na afronding van het totale onderzoek, in een expertmeeting onze onderzoeksresultaten gepresenteerd en gesproken over mogelijke aanbevelingen met vertegenwoordigers van landelijke organisaties die bij het onderwerp betrokken zijn.

Regionaal/provinciaal

De afstemming van vraag en aanbod van zorg voor jeugdigen met psychi(atri)sche problemen en/of een lichte verstandelijke handicap moet in de praktijk gestalte krijgen op regionaal niveau. De werking van het stelsel op regionaal niveau is daarom een belangrijk onderdeel van dit onderzoek. We hebben drie regio's geselecteerd waarin we nader onderzoek gedaan hebben naar de feitelijke afstemming van het aanbod op de vraag.

Nederland heeft een grote diversiteit aan regio-indelingen, ook op het gebied van jeugdzorg, zoals provincies en grootstedelijke regio's (Wjz) en zorgkantoorregio's (AWBZ). We hebben bij de selectie van de te onderzoeken regio's besloten om de indeling naar zorgkantoorregio's aan te houden. Daarbinnen hebben we de keuze gemaakt voor een zorgkantoorregio die een grootstedelijke regio bestrijkt, een zorgkantoorregio waarvan de grenzen overeenkomen met die van de provincie (de jeugdzorgregio) en een zorgkantoorregio die de grenzen van twee provincies overschrijdt. Ook woog bij de keuze mee dat er een geografische spreiding was en dat er variatie was in de mate van verstedelijking. In het regionale onderzoek hebben we openbare stukken bestudeerd, zowel op papier als op internet en hebben we telefonisch informatie opgevraagd. De meeste en belangrijkste informatie hebben we verkregen door interviews te houden bij de voornaamste spelers in het zorgveld, zoals zorgkantoor, provincie/grootstedelijke regio, Bureau Jeugdzorg, Centrum Indicatiestelling Zorg, MEE, CCE en de belangrijkste zorgaanbieders (ggz, lvg-zorg, provinciaal gefinancierde jeugdzorg). Het was de bedoeling om ook te spreken met regionale cliëntenorganisaties van licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen en/of van jeugdigen met psychi(atri)sche problemen (of hun ouders), maar deze waren er niet. In totaliteit hebben we in de drie regio's gesproken met zo'n 30 organisaties. De regionale onderzoeken hebben plaats gevonden in de zomer van 2006. De resultaten van deze onderzoeken hebben we besproken in regionale werkconferenties met de geïnterviewde personen in de desbetreffende regionale werkvelden.

Individueel

Om het onderzoek te completeren met de invalshoek van individuele cliënten, hebben we op bescheiden schaal dossierstudie uitgevoerd en zijn enkele gesprekken met betrokkenen gevoerd. Een deel van de informatie die we hieruit verkregen hebben is weergegeven in kaders in het rapport.

Tot slot

Het onderzoek heeft zich geconcentreerd op de (jeugd)zorg voor jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap en/of psychi(atri)sche problemen. Jeugdzorg in brede zin, dus zowel de AWBZ-gefinancierde als de provinciaal gefinancierde jeugdzorg. Deze jeugdigen volgen echter ook veelal speciaal onderwijs en kunnen ook in justitiële jeugdinrichtingen

terecht komen. Hieraan is in het onderzoek dat op nationaal niveau plaatsvond op zeer beperkte schaal aandacht besteed. De fase waarin deze jeugdigen in het arbeidsproces terecht kunnen komen is buiten de reikwijdte van dit onderzoek gebleven.

Literatuur

Algemene Rekenkamer (2001a). *De rol van het zorgkantoor*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2000–2001, 27 810, nrs. 1–2, Den Haag: Sdu.

Algemene Rekenkamer (2001b). *Zorgen voor toegankelijkheid in ouderen- en gehandicaptenzorg*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2001–2002, 28 281, nrs. 1–2, Den Haag: Sdu.

Baecke, J., Bremmer, P., Glas, M. (2006). *Evaluatieonderzoek Wet op de jeugdzorg. Eindrapport*. Bestuur & Management Consultants, Leusden/Den Haag.

Berg, M. van den, Sanden, C. van de (2005). *Melktandjes of haaiantanden? Civielrechtelijke aansprakelijkheid van de provincie in de jeugdzorg*. Tijdschrift voor familie- en jeugdrecht, vol. 27 (2005), nr. 12, p. 300–308.

Coalitieakkoord tussen de Tweede Kamerfracties van CDA, PvdA en ChristenUnie, 7 februari 2007.

Cornelissen, A. (2005). *Zorginkoop Zorgkantoren*. College Toezicht Zorgverzekeringen. Publicatienummer 28. Diemen.

College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen (2004). *Licht verstandelijk gehandicapte jongeren met probleemgedrag; Signaleringsrapport*. Rapport nummer 562. z. pl.

College bouw zorginstellingen (2006). *Evaluatie nieuwe GGZ-voorzieningen (vervolg); Signaleringsrapport*. Rapport nummer 598. z. pl.

Convenant Zorgkantoren 2006–2008. Staatscourant, 3 april 2006, nr. 66.

Eijck, S. van (2006a). *Sturingsadvies Deel 1. Koersen op het kind*. Den Haag: Projectbureau Operatie Jong.

Eijck, S. van (2006b). *Sturingsadvies Deel 2. Koersen op het kind. Kompas voor het nieuwe kabinet*. Den Haag: Projectbureau Operatie Jong.

GGZ Nederland (2007a). *Wachlijsten in ggz-instellingen op 1 januari 2007*. Utrecht: GGZ Nederland.

GGZ Nederland (2007b). *Jeugd GGZ Breed Beschikbaar; Ambities voor de jaren 2006–2008*. Utrecht: GGZ Nederland.

Graaf, M. de, Konijn, C., Schouten, R. (2005). *De Nederlandse Jeugdzorg in cijfers 1998–2002*. Utrecht: NIZW.

Inspectie Jeugdzorg en Inspectie voor de Gezondheidszorg (2006). *Toegang naar jeugd-ggz kan sneller en beter; Thematische toezichtronde samenwerking Bureaus Jeugdzorg en jeugd-ggz*. Amsterdam/Utrecht.

Inspectie van het Onderwijs (2006). *Wachlijsten in het (voortgezet) speciaal onderwijs. Peildatum 16 januari 2006*. Den Haag.

Inventgroep, Hermanns, J., Öry, F., Schrijvers, G. (2005). *Helpen bij opgroeien en opvoeden: eerder, sneller, beter. Een advies over vroeg-*

tijdige signalering en interventies bij opvoed- en opgroei problemen.
Utrecht: Julius Centrum.

Jeugdzorgbrigade (2006). *Eindrapport van de jeugdzorgbrigade.* Bijlage bij Kamerstuk 29 815, nr. 78.

Ministerie van VWS (2004). *Landelijk Beleidskader Jeugdzorg.* Tweede Kamer, vergaderjaar 2004–2005, 29 815, nrs. 1–2. Den Haag: Sdu.

Ministerie van VWS (2005). *Brief staatssecretaris over de opzet van het elektronisch kinddossier en de verwijzindex risicjongeren.* Tweede Kamer, vergaderjaar 2005–2006, 29 284 en 30 300 XVI, nr. 16. Den Haag: Sdu.

Ministerie van VWS (2006a). *Brief staatssecretaris over indicatiestelling licht verstandelijk gehandicapte (LVG) jeugdigen.* Tweede Kamer 2005–2006, 29 815, nr. 79. Den Haag: Sdu.

Ministerie van VWS (2006b). *Rijksbegroting Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2007; Begroting XVI.* Tweede Kamer, vergaderjaar 2006–2007, 30 800 XVI, nr. 2. Den Haag: Sdu.

Ministerie van VWS (2006c). *Brief staatssecretaris met voortgangsrapportage beleid en uitvoering jeugdzorg en actualisering onderdelen landelijk beleidskader jeugdzorg.* Tweede Kamer, vergaderjaar 2006–2007, 29 815, nr. 87. Den Haag: Sdu.

Ministerie van VWS (2006d). *Brief staatssecretaris over aanvalsplan wachttijden.* Tweede Kamer, vergaderjaar 2006–2007, 29 815, nr. 89. Den Haag: Sdu.

Ministerie van VWS (2006e). *Brief minister over aanpassing beleidsvisie en beleidsregels WTZi mbt acute zorg en ivm keuzevrijheid wonen in kleine of grote AWBZ-instelling.* Tweede Kamer 2005–2006, 27 659, nr. 71. Den Haag: Sdu.

Ministerie van VWS (2006f). *Brief staatssecretaris over overeenkomsten met provincies en GGZ over terugdringen wachtlijsten.* Tweede Kamer, vergaderjaar 2005–2006, 29 815, nr. 71. Den Haag: Sdu.

Ministerie van VWS (2006g). *Brief staatssecretaris over Financiële verantwoording uitkering jeugdzorg 2005.* Tweede Kamer 2006–2007, 29 815, nr. 97. Den Haag: Sdu.

Ministerie van VWS en Ministerie van Justitie (2001). *Regeling van de aanspraak op, de toegang tot en de bekostiging van jeugdzorg (Wet op de jeugdzorg); Memorie van Toelichting.* Tweede Kamer, vergaderjaar 2001–2002, 28 168, nr. 3. Den Haag: Sdu.

Ministerie van VWS en Ministerie van Justitie (2006). *Brief staatssecretaris van VWS en minister van Justitie over Evaluatie Wet op de jeugdzorg.* Tweede Kamer, vergaderjaar 2006–2007, 30 899, nr. 1. Den Haag: Sdu.

Ministerie voor Jeugd en Gezin (2007a). *Brief van de minister voor Jeugd en Gezin over kindermishandeling.* Tweede Kamer 2006–2007, 29 815 en 31 015, nr. 106. Den Haag: Sdu.

Ministerie voor Jeugd en Gezin (2007b). *Alle kansen voor alle kinderen.- Programma voor jeugd en Gezin- 2007-2011*. Bijlage bij TK 2006-2007, 31 001, nr. 5.

Nederlandse Zorgautoriteit (2006), *Uitvoering AWBZ 2005 door de uitvoeringsorganen, zorgkantoren en CAK-BZ*. Utrecht

NIZW Jeugd (2006). *Kerntabellen jeugdzorg 1998 t/m 2004*. www.jeugdzorg.nl, geraadpleegd op 21 november 2006. Ramakers, H. J. (2006). *Wachtlijsten in de verpleging en verzorging en gehandicaptenzorg: ontwikkelingen in 2005 en achtergronden*. Diemen: CVZ.

Stoll, J., Bruinsma, W., Konijn, C. (2004). *Nieuwe cliënten voor Bureau Jeugdzorg?* NIZW: Utrecht.

Werkgroep IBO financiering jeugdbeleid (2006). *Het kind en de rekening; Eindrapportage van de werkgroep IBO financiering jeugdbeleid*. Interdepartementaal Beleidsonderzoek, 2005-2006, nr. 2. z. pl.

Werkgroep Organisatie romp AWBZ (2006). *Toekomst AWBZ; Eindrapportage van de werkgroep Organisatie romp AWBZ*. Interdepartementaal Beleidsonderzoek, 2004-2005, nr. 4. z. pl.

Woittiez, I., Crone, F. (2005). *Zorg voor verstandelijk gehandicapten; Ontwikkelingen in de vraag*. Den Haag: SCP.

Woittiez, I., Jonger, J., Ooms, I., Stevens, J., Schoenmakers-Salkinoja, I. (2005). *Cijfermatige ontwikkelingen in de verstandelijke gehandicaptenzorg; Een Vraagmodel*. Den Haag: SCP.

Zeijl, E. Crone, M., Wiefferink, K., Keuzenkamp, S., Reijneveld, M. (2005). *Kinderen in Nederland*. Sociaal Cultureel Planbureau en TNO Kwaliteit van Leven: Den Haag/Leiden.

Zijden, Q. van de, Diephuis, K. (2006). *Protocol indicatiestelling jeugdigen met psychiatrische problematiek*. Partners in jeugdbeleid i.o.v. IPO: z. pl.