

De raad van de gemeente Lelystad  
Postbus 91  
8200 AB LELYSTAD

<b>uw brief van</b>	<b>uw kenmerk</b>	<b>ons kenmerk</b>	<b>datum</b>
--	--	--	10 oktober 2019
<b>behandeld door</b>	<b>doorkiesnummer</b>	<b>bijlagen</b>	<b>dossiernummer</b>
P.B. Nieuwenhuis	14-0320	--	--
<b>onderwerp</b>			<b>pr-nummer</b>
Rekenkamerbrief toegang jeugdzorg aan de hand van recente (rekenkamer)onderzoeken			--

Geachte raad,

De rekenkamer Lelystad biedt u hierbij het resultaat aan van een literatuurstudie over de instroom van jeugdigen naar de jeugdzorg in relatie tot de invloed die de gemeente c.q. de gemeenteraad hierop kan hebben.

De context van deze literatuurstudie vormt het nieuwe stelsel voor de jeugdzorg dat per 1 januari 2015 is ingegaan. Sindsdien zijn gemeenten verantwoordelijk geworden voor de jeugdzorg. Zij moeten contracten afsluiten met jeugdzorgaanbieders, zodat een samenhangend zorgaanbod ontstaat. Tegelijkertijd worden gemeenten geacht de toegang tot de jeugdzorg zodanig te sturen dat het gebruik van kostbare, gespecialiseerde jeugdhulp afneemt. Hoe kan een gemeente dit voor elkaar krijgen? Aan welke knoppen kan worden gedraaid? En wat kan de gemeente Lelystad op dit punt leren van anderen?

Met deze vragen als leidraad hebben wij elf onderzoeken bestudeerd die de afgelopen jaren zijn uitgebracht door rekenkamers in den lande en andere gezaghebbende gremia, specifiek over de toegang tot de jeugdzorg. Wij beschrijven in deze brief welke rode draden en inzichten uit de onderzochte rapporten mogelijk interessant en relevant zijn voor het Lelystadse jeugdzorgbeleid.

Rekenkamer Lelystad  
Stadhuisplein 2  
Postbus 91  
8200 AB Lelystad  
14-0320  
[www.lelystad.nl/rekenkamer](http://www.lelystad.nl/rekenkamer)  
[rekenkamer@lelystad.nl](mailto:rekenkamer@lelystad.nl)

## NIEUW JEUGDZORGSTELSEL IN HET KORT

Vóór 2015 werd de jeugdzorg in ons land geregeld en bekostigd door provincies. In het nieuwe jeugdzorgstelsel is deze verantwoordelijkheid overgeheveld naar gemeenten. Het nieuwe jeugdzorgstelsel is wettelijk verankerd in de Jeugdwet 2015.

### Jeugdwet 2015

De Jeugdwet 2015 vervangt de Wet op de jeugdzorg, die tot 2015 geldig was. Ook jeugdbescherming en jeugdreclassering (zie kader) maken deel uit van de nieuwe wet.

#### Jeugdhulp, jeugdbescherming en jeugdreclassering

Jeugdzorg is onderverdeeld in jeugdhulp, jeugdbescherming en jeugdreclassering.

*Jeugdhulp* is de hulp aan jongeren tot en met 18 jaar<sup>1</sup> bij psychische problemen, een verstandelijke beperking en/of opvoedproblemen. Het kan gaan om hulp 'zonder verblijf' (bijvoorbeeld ondersteuning door een wijkteam of school of ambulante hulp bij een jeugdhulpaanbieder), maar ook om jeugdhulp 'met verblijf' (bijvoorbeeld opvang in een pleeggezin, zorgboerderij of gesloten instelling).

*Jeugdbescherming* omvat de uitvoering van kindbeschermingsmaatregelen (ondertoezichtstelling, uithuisplaatsing of beëindiging van het ouderlijk gezag) die de rechter dwingend kan opleggen wanneer een gezonde en veilige ontwikkeling van een jeugdige (ernstig) wordt bedreigd en vrijwillige hulp niet voldoende helpt.

*Jeugdreclassering* is een vorm van jeugdzorg waarbij een jongere die een strafbaar feit heeft gepleegd wordt begeleid en gecontroleerd om recidive te voorkomen en hem of haar op het rechte pad te houden. Een jeugdreclasseringsmaatregel wordt opgelegd door de kinderrechter (bij vonnis) en in een aantal gevallen ook door de officier van justitie van het Openbaar Ministerie.

De nieuwe Jeugdwet is in de aanloop naar 2015 opgesteld om een oplossing te bieden voor diverse tekortkomingen in het toenmalige jeugdzorgstelsel. Er werd onvoldoende aan preventie gedaan en de eigen kracht en het sociale netwerk van jongeren werden onvoldoende benut. Er was daardoor sprake van:

- een *te groot beroep op (dure) professionele hulp*;
- een *tekortschietende samenwerking rond gezinnen* (versterkt door een wirwar van bekostigingsstromen);
- *overmedicalisering van afwijkend gedrag* (oftewel de tendens om gewone levensprocessen te duiden in termen van ziekte en de dokter in te schakelen als oplossing voor elk probleem).

De kosten voor de jeugdzorg namen als gevolg van deze knelpunten toe.

Door de (financiële) verantwoordelijkheid voor de jeugdzorg onder te brengen bij gemeenten hoopte de regering:

- een *einde te maken aan de versnippering* binnen de jeugdzorg; en
- de *kosten omlaag* te brengen.

De nieuwe Jeugdwet bracht met zich mee dat gemeenten verantwoordelijk werden voor het leveren van alle jeugdzorg binnen de gemeentegrenzen. Gemeenten kregen zodoende formeel een

---

<sup>1</sup> Bepaalde vormen van jeugdhulp gaan door tot en met 22 jaar.

*zorgplicht*. Daarnaast werd van gemeenten een zodanige *sturing van de toegang tot de jeugdzorg* verwacht, dat het gebruik van kostbare, gespecialiseerde jeugdzorg zou verminderen.

### Transformatie van de jeugdzorg

Het nieuwe jeugdzorgstelsel vergde een ‘transformatie’ van de jeugdzorg. Doelstellingen in dat kader waren:

1. *Preventie* en uitgaan van *eigen verantwoordelijkheid* en eigen mogelijkheden van jongeren en hun ouders, met inzet van hun sociale netwerk.
2. *Zorggebruik en medicalisering verminderen en aantal risicjongeren terugdringen* door bevordering opvoedcapaciteiten van ouders en sociale omgeving.
3. *Eerder de juiste hulp op maat bieden* aan jongeren en gezinnen, met aandacht voor (kosten)-effectiviteit van de geboden hulp.
4. *Integrale hulp aan gezinnen volgens het uitgangspunt één gezin, één plan, één regisseur*, om te komen tot effectieve en efficiënte samenwerking rond gezinnen.
5. *Regeldruk voor medewerkers in de jeugdzorg verminderen* zodat zij meer ruimte krijgen om de juiste hulp te bieden.

Een tussenevaluatie van de wet in 2017 liet zien dat de doelstellingen nog niet werden gehaald (ZonMw, 2018). De samenwerkende rijksinspecties<sup>2</sup> wezen in datzelfde jaar op het belang van betere informatievoorziening voor inwoners, zodat zij zelf een antwoord zouden kunnen vinden op veel van hun vragen. Ook bepleitten de inspecties het ontwikkelen van vast aanspreekpunt binnen de gemeente waar inwoners terecht zouden kunnen met resterende vragen.

### FINANCIËLE GEVOLGEN VOOR GEMEENTEN

Het nieuwe jeugdzorgstelsel blijkt inmiddels voor tal van gemeenten financieel nadelige gevolgen te hebben. Dit wordt veroorzaakt door verschillende factoren.

- Een eerste factor is de *manier waarop het geld voor de jeugdzorg onder gemeenten wordt verdeeld*. Met de decentralisatie van de jeugdzorg was een budget van circa € 3,9 miljard gemoed. Dat bedrag werd in 2015 nog volgens een historische verdeelsleutel over gemeenten verspreid. Maar vanaf 2016 is het Rijk de middelen voor jeugdzorg gaan verdelen aan de hand van objectieve (gemeentelijke) kenmerken. Gemeenten moesten zo in staat worden gesteld een voorzieningenniveau te realiseren passend bij hun sociale structuur. De introductie van dit ‘objectieve verdeelmodel’ pakt voor diverse gemeenten nadelig uit.
- De problemen zijn verergerd door de *efficiëncykorting van het Rijk*. De regering veronderstelde in 2015 dat de transformatie van de jeugdzorg in enkele jaren tijd besparingen zou opleveren. Dat resultaat boekte de regering alvast in door minder geld uit te keren aan gemeenten. Deze korting liep op van 3,5% in 2015 tot een structurele korting van 12,5% vanaf 2017 ten opzichte van het oorspronkelijke landelijke budget. Gemeenten zagen zodoende de inkomsten vanuit het Rijk met in totaal meer dan 20% afnemen. Menig gemeente lukt het sindsdien niet om de uitgaven in hetzelfde tempo bij te sturen.

---

<sup>2</sup> Te weten: de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, de Inspectie Justitie en Veiligheid, de inspectie van het Onderwijs en de Inspectie Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

- Daar komt bij dat, zoals hierboven aangegeven, gemeenten sinds 2015 op grond van de Jeugdwet een *zorgplicht* hebben en dat de zorgvraag waaraan zij moeten voldoen in principe 'oneindig' is – terwijl de rijksbudgetten begrensd zijn.
- Verder worstelen veel gemeenten met een *gebrek aan grip op verwijzingen van huisartsen en medisch specialisten*. Door privacybeperkingen kunnen gemeenten maar beperkt regie voeren op medische verwijzingen. En vanwege de keuzevrijheid van jongeren en gezinnen kunnen gemeenten ook maar moeilijk regie voeren op het zorggebruik. Het dichtbij organiseren van jeugdhulp leidt bovendien tot een toename van het aantal jongeren en gezinnen dat voor hulp aanklopt bij gemeenten.
- Bij het gebrek aan grip op de kostenontwikkeling speelt ook nog mee dat *op casusniveau kosten nooit doorslaggevend* zijn. Zorgprofessionals richten zich vooral op de kwaliteit van hulp en op de zorginhoudelijke 'outcome'. Op uitvoeringsniveau wordt dus niet expliciet op kosten gestuurd. Sterker nog, daar is soms juist sprake van 'upcoding': de zorgbehoefte van de cliënt wordt dan administratief zwaarder voorgesteld dan zij in werkelijkheid is, om te voorkomen dat de cliënt een te lage zorgindicatie krijgt. Gevolg daarvan kan wel zijn, dat de gemeente meer moet betalen.

Al met al is het geld dat het Rijk aan gemeenten verstrekt voor de jeugdzorg ontoereikend om de transformatie van de jeugdzorg naar behoren vorm te geven. Er is bijvoorbeeld geen geld voor investeringen aan de 'voorkant' van het stelsel (denk aan vrij toegankelijke voorzieningen zoals sport- en cultuurverenigingen, voorschoolse voorzieningen, ontmoetingsruimtes in wijken en dorpen, mantelzorgers en vrijwilligers) die op de langere termijn zullen leiden tot minder hulpvragen en per saldo tot lagere kosten. Zulke investeringen leveren vaak in het begin niet genoeg op of kosten in eerste instantie zelfs geld. Veel gemeenten geven aan dat bijpassen van het verschil vanuit andere domeinen of uit de eigen reserves geen duurzame oplossing kan zijn (Significant, 2019).

### DILEMMA: HOE TE STUREN OP INSTROOM NAAR JEUGDZORG?

De financiële tekorten bij gemeenten kunnen gemakkelijk leiden tot extra nadruk op financiële in plaats van inhoudelijke sturing van de jeugdzorg. De aandacht gaat dan vooral uit naar het beperken van de uitgaven. Dit is in de praktijk ook waarneembaar. Gedreven door financiële tekorten zijn in diverse gemeenten initiatieven ontplooid om de hoeveelheid hulp door jeugdprofessionals en/of gespecialiseerde hulpaanbieders terug te dringen.

Het is de vraag of hiermee in de geest van de nieuwe Jeugdwet wordt gehandeld. Maar hoe moet het dan wel? Veel gemeenteraden worstelen met de vraag hoe zij concreet kunnen sturen op de instroom naar de jeugdzorg.

#### Gemeentelijke toegangsorganisatie

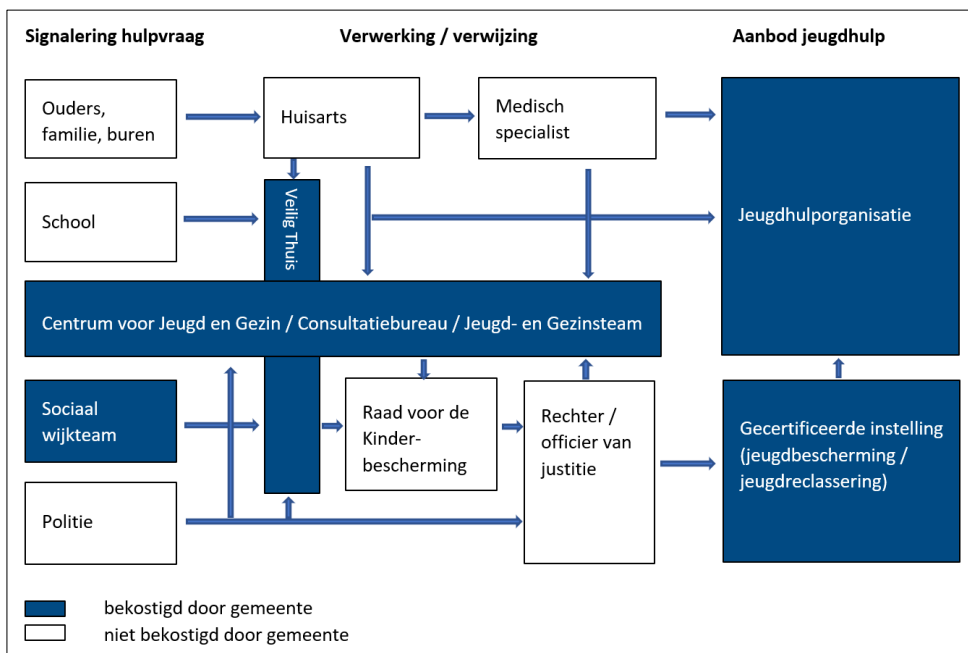
Bij de inwerkingtreding van de Jeugdwet in 2015 werd het inrichten van een *gemeentelijke toegangsorganisatie* – met daarbinnen werkende jeugdprofessionals – gezien als een belangrijk instrument voor de transformatie van de jeugdzorg.

### Inrichting van de gemeentelijke toegang

Gemeenten hebben bij de overheveling van taken tal van eigen keuzes kunnen maken, ook voor de manier waarop zij de toegang tot jeugdzorg vormgeven. Veel gemeenten, waaronder ook Lelystad, hebben gekozen voor het opzetten van sociale (wijk)teams en/of jeugd- en gezinsteams. Andere gemeenten hebben een centraal loket in het gemeentehuis ingesteld.

Ouders en jongeren kunnen met vragen over opvoeden en opgroeien terecht bij deze ‘gemeentelijke toegang’ (i.e. bij wijkteams of jeugd- en gezinsteams dan wel een centraal loket) maar ook bij ‘andere verwijzers’. Deze ‘andere verwijzers’ zijn niet direct verbonden aan de gemeente en de gemeente bekostigt hen ook niet. Het gaat om organisaties en professionals die een belangrijke rol spelen bij de verwijzing van jongeren en zo mede de instroom tot de jeugdzorg beïnvloeden. Denk aan scholen, huisartsen, jeugdartsen, medisch specialisten, gecertificeerde instellingen, de Raad voor de Kinderbescherming, rechters, directeuren van justitiële instellingen en politie.

Zoals het hiernavolgende schema laat zien zijn er verschillende routes waarlangs een jongere bij een instelling voor jeugdzorg terecht kan komen. Sommige van deze routes lopen via de gemeentelijke toegang: instanties waar de gemeente grip op heeft omdat zij door de gemeente worden bekostigd (in het schema blauw gekleurd). Maar andere routes lopen buiten de gemeentelijke toegang om – bijvoorbeeld wanneer een jongere via de huisarts en een medisch specialist in de jeugdzorg belandt, of via de politie en de rechter. De gemeente is verplicht in alle gevallen de zorg te bekostigen.



Bewerking van figuur uit rapport rekenkamercommissie Leiden & Leiderdorp (2018)

## Verwijzingen

Huisartsen hebben een grote invloed op de inzet van jeugdzorg; zij zijn de grootste verwijzer naar jeugdhulpaanbieders. Dat is ook in Lelystad het geval; zie onderstaande tabel.

	2015		2016		2017		2018	
Huisarts	1.200	[48%]	1.005	[40%]	1.140	[43%]	1.095	[45%]
Gemeentelijke toegang	275	[11%]	605	[24%]	720	[27%]	680	[28%]
Gecertificeerde instelling	275	[11%]	275	[11%]	275	[10%]	285	[12%]
Jeugdarts	30	[1%]	55	[2%]	60	[2%]	95	[4%]
Medisch specialist	55	[2%]	70	[3%]	170	[6%]	85	[4%]
Geen verwijzer	185	[7%]	110	[4%]	60	[2%]	140	[6%]
Verwijzer onbekend	470	[19%]	395	[16%]	195	[7%]	45	[2%]
Rechter / officier van justitie	0	[0%]	0	[0%]	0	[0%]	0	[0%]
Totaal	2.490	[100%]	2.520	[100%]	2.630	[100%]	2.425	[100%]

### Jeugdzorgtrajecten in Lelystad, uitgesplitst naar verwijzers (bron: CBS, Jeugdmonitor Statline)

Te zien is dat in Lelystad in de periode 2015-2018 aan meer dan 40% van de jeugdzorgtrajecten een verwijzing door de huisarts voorafgegaan is. De gemeentelijke toegangsorganisatie is na 2015 wel in belang toegenomen en is nu met 28% de één na grootste verwijzer naar jeugdzorg, terwijl gecertificeerde instellingen ongeveer 12% van de verwijzingen voor hun rekening nemen.<sup>3</sup>

Naar verwachting zal de invloed van huisartsen op de jeugdzorg de komende jaren niet substantieel verminderen. De kracht van huisartsen zit in de continuïteit: ze kennen gezinnen vaak al langer en blijven in de verschillende levensfasen veelal bij de gezinsleden betrokken. Verwijzing via een huisarts heeft ook als belangrijk voordeel voor de cliënt dat zo'n verwijzing rechtstreeks en dus sneller toegang geeft tot jeugdzorg.

Daar staat tegenover dat huisartsen tijdens een consult voor een jeugdzorgvraag vaak onvoldoende tijd hebben voor een brede uitvraag naar de actuele gezinsomstandigheden en het functioneren van het gezinssysteem. Ook hebben huisartsen soms maar beperkt zicht op het beschikbare aanbod van jeugdzorg in de gemeente, waardoor ze al snel rechtstreeks verwijzen naar de hen bekende ggz-aanbieders.

De situatie is dus dat gemeenten wettelijk gezien een jeugdzorgplicht hebben, plus de verantwoordelijkheid om een passend en toereikend aanbod van jeugdzorg beschikbaar te stellen, waarnaar de huisarts rechtstreeks kan verwijzen – ook als het gaat om niet vrij toegankelijke voorzieningen. Met een dergelijke verwijzing kan de jeugdige rechtstreeks terecht bij de jeugdhulpaanbieder. De gemeentelijke toegangsorganisatie wordt dan dus gepasseerd. Toch is de gemeente verplicht om ook deze jeugdzorg te bekostigen. Waarmee het dilemma van veel gemeenten in een notendop is geschetst.

<sup>3</sup> Zie bijlage 2 bij deze rekenkamerbrief voor meer CBS-cijfers over de toegang tot de jeugdzorg in Lelystad.

## WETTELIJKE MOGELIJKHEDEN OM ZORGGEBRUIK TE BEÏNVLOEDEN

Op grond van de Jeugdwet moeten gemeenten contracten afsluiten met jeugdhulpaanbieders voor een samenhangend aanbod van jeugdzorg. Gemeenten zijn bijvoorbeeld opdrachtgever van de gecertificeerde instellingen die jeugdbescherming en jeugdreclassering aanbieden, en ook van organisaties als Veilig Thuis, die hulp bieden in situaties van kindermishandeling. Gemeenten bepalen zelf welke van deze jeugdzorg zij vrij toegankelijk aanbieden en welke hulp zij geïndiceerd en op maat willen voorschrijven.

### Knoppen waaraan een gemeente kan draaien

Gemeenten hebben een aantal 'knoppen om aan te draaien' als het gaat om het aanbod van en de vraag naar jeugdzorg. Ze kunnen:

- ervoor zorgen dat er via het gemeentelijk loket vrij toegankelijke jeugdhulp beschikbaar is, waar voorafgaand aan een verwijzing de hulpvraag 'breed' wordt uitgevraagd en eerst wordt gezocht naar hulp 'dichtbij' (in de eigen sociale omgeving, bij jeugdmaatschappelijk werk, een sportvereniging, een vrijwilligersorganisatie, de school enzovoort);
- ervoor zorgen dat er meer verbinding en afstemming komt tussen diverse vrij toegankelijke jeugdhulp binnen een gezin.

Daarnaast kunnen gemeenten met gericht beleid invloed uitoefenen. Ze kunnen:

- preventieve activiteiten inzetten, zodat er minder gebruikgemaakt hoeft te worden van gespecialiseerde jeugdzorg;
- beleid ontwikkelen om de kwaliteit en effectiviteit van gespecialiseerde hulp te bevorderen.

Gemeentelijke beleidsmakers kunnen ook sturen op de *toegang* tot de jeugdzorg – maar dit kan slechts binnen strenge grenzen. Een gemeenteraad kan nu eenmaal geen invloed uitoefenen op het handelen van 'andere verwijzers'; daar gaat de raad niet over. Dat gebrek aan grip op de andere verwijzers beperkt de mogelijkheden van de raad om eventuele knelpunten in deze toegang en verwijzing naar gespecialiseerde hulp aan te pakken.

### Wettelijke bevoegdheden huisarts

De wetgever heeft de huisarts in het stelsel van jeugdzorg een vergaande autonome bevoegdheid gegeven als het gaat om het signaleren en doorverwijzen. De gedachte daarachter is dat huisartsen bij uitstek in staat zijn om in te schatten wat de problematiek van jeugdigen is en hen te verwijzen naar passende zorg. Daarnaast is de huisarts laagdrempelig en voor ouders en jeugdigen een vertrouwde hulpverlener.

Hoe logisch deze overwegingen ook zijn, de worsteling van gemeenten met verwijzingen door de huisarts is ook goed te begrijpen. Immers, hoe kan de gemeente grip houden op het jeugdzorgbudget (waarvoor zij verantwoordelijk is) als huisartsen ongelimiteerd naar jeugdzorg kunnen verwijzen? En hoe kunnen gemeenten beleidsvisies op het gebied van jeugdzorg doorvoeren als huisartsen volledig autonoom beslissen over hun verwijzingen naar de jeugdzorg?

De Jeugdwet bevat twee belangrijke artikelen als het gaat over de rol van huisartsen en de gemeente binnen het domein van de jeugdzorg. De strekking van deze artikelen (2.6 lid 1 en 2.7 lid 4) laat zich als volgt samenvatten:

- Het college van B&W is ervoor verantwoordelijk dat de jeugdzorg in de gemeente *toegankelijk* is na verwijzing door de huisarts, de medisch specialist en de jeugdarts.
- Het is aan het college van B&W om *afspraken* te maken met huisartsen, medisch specialisten, jeugdartsen en zorgverzekeraars over de voorwaarden waaronder en de wijze waarop de verwijzing plaatsvindt.<sup>4</sup>

Met name de tweede bepaling biedt een aanknopingspunt voor gemeenten om meer grip te krijgen op verwijzingen door (huis)artsen; zie hierna.

### Invloed gemeente op jeugdzorgverlening na verwijzing

Na verwijzing door een huisarts, medisch specialist en/of jeugdarts staat meestal nog niet vast of en zo ja welke vorm van jeugdzorg nodig is. Op grond van de Jeugdwet is het aan het college om vervolgens te bepalen wat de aangewezen vorm van jeugdzorg is. In de praktijk is het meestal de jeugdhulpaanbieder die dit namens het college doet. Deze beoordeelt dan feitelijk welke vorm, omvang en duur van jeugdzorg naar zijn/haar professionele oordeel nodig is. Het college kan in principe niet afwijken van het professionele oordeel van de jeugdhulpaanbieder, mits de jeugdhulpvoorziening binnen het gemeentelijke aanbod en de contracten blijft.

#### Rol college Lelystad bij besluiten over individuele jeugdhulpvoorzieningen

Ook in Lelystad is het zo geregeld dat het college een jeugdhulpaanbieder kan mandateren om namens de gemeente te besluiten tot een individuele voorziening voor jeugdzorg op basis van een verwijzing van een huisarts, medisch specialist of jeugdarts. Een en ander is vastgelegd in de *Verordening Jeugdhulp Lelystad 2018*.

Welke mogelijkheden heeft de gemeente nu om, binnen het zojuist geschetste wettelijk kader, invloed uit te oefenen op de verlening van jeugdzorg na verwijzing door huisarts, medisch specialist of jeugdarts? Zoals aangegeven zijn die mogelijkheden beperkt – maar ze zijn er wel:

- Allereerst kan de gemeente bepalen welk deel van de voorzieningen vrij toegankelijk is en welk deel niet. Door meer hulpverlening ‘binnen het loket van de gemeente te trekken’, kan een gemeente haar invloed daarop vergroten.
- Daarnaast kan de gemeente met jeugdhulpaanbieders in het kader van de contract- of subsidie-relatie afspraken maken waaraan zij zich moeten houden bij het kiezen van een behandeling. De gemeente kan op deze manier op een hoger niveau (dus niet per afzonderlijk geval) sturen op de inzet van jeugdzorg.
- Verder kunnen gemeenten hun invloed doen gelden via de afspraken die zij op grond van de zorgverzekeringswet moeten maken met zorgverzekeraars over onder meer het voorschrijf- en verwijzgedrag van huisartsen, medisch specialisten en jeugdartsen. Onderdeel van deze

---

<sup>4</sup> De wet vermeldt bij deze beide artikelen uitdrukkelijk (onder verwijzing naar artikel 453 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek) dat artsen te allen tijde moeten handelen in overeenstemming met de professionele standaarden die voor hen gelden.



afspraken zou bijvoorbeeld kunnen zijn dat de huisarts bij verwijzing naar een individuele voorziening, hiervan een melding moet doen aan de gemeente. De gemeente houdt op die manier beter zicht op het hulpverleningsproces rond de jeugdige en diens ouders.

- Een gemeente kan verder – zoals verzekeraars ook doen – ‘spiegelinformatie’ leveren aan huisartsen, medisch specialisten en jeugdartsen. De gemeente informeert artsen dan over hoe hun doorverwijzingen zich verhouden tot die van andere huisartsen, medisch specialisten en jeugdartsen. Zo worden artsen zich bewust van hun handelen en kunnen zij eventueel hun handelen hierop aanpassen in een door de verzekeraar en de gemeente gewenste richting. Bij grote afwijkingen kan de gemeente met de arts in gesprek gaan over de mogelijke oorzaak. Hieruit kan bijvoorbeeld blijken dat de doorverwijzingen verklaard kunnen worden door het cliëntenbestand van deze arts of dat in deze buurt meer inzet op preventie gewenst is. Maar bijvoorbeeld ook dat de betreffende arts onvoldoende inzicht heeft in het gemeentelijke aanbod.
- Ten slotte kan de gemeente ervoor kiezen huisartsen ondersteuning te bieden in de vorm van samenwerking met een sociaal wijkteam of een praktijkondersteuner (VNG, 2015).

## HOE ZIET DE LELYSTADSE AANPAK ERUIT?

De transformatie van de jeugdzorg is in Lelystad, zoals in veel andere gemeenten, tot op heden nog maar beperkt van de grond gekomen. Lelystad wil daarom werken aan versnelling van de transformatie. Opgaven zijn daarbij onder meer (a) het indammen van de toenemende ggz-problematiek en (b) kostenbeheersing gecombineerd met goede jeugdzorg. Dit is vastgelegd in de *Kadernota Sociaal Domein 2019-2022* (Gemeente Lelystad, 2018d).

### Problemen in Lelystadse jongerenpopulatie

Het Databoek ‘Kinderen in Tel’ brengt elke twee jaar in alle Nederlandse gemeenten aan de hand van diverse indicatoren de leefomstandigheden van de plaatselijke jongerenpopulatie in kaart. De hieronder weergegeven selectie van indicatoren weerspiegelt problemen waarvoor jeugdzorg noodzakelijk kan zijn. In de Lelystadse jongerenpopulatie spelen relatief veel van dergelijke problemen (peiljaar 2016):

	Lelystad	Nederland
Jeugdcriminaliteit	2,19%	1,50%
Voortijdig schoolverlaten	2,51%	1,80%
Uitkeringsgezin	8,59%	6,60%
Eenoudergezin	20,56%	15,40%
Speciaal onderwijs	4,06%	2,60%
Jeugdwerkloosheid	1,81%	1,50%
Kindermishandeling	0,54%	0,70%
Kind met handicap	3,44%	2,70%

Grietenij was in 2016 volgens de gegevens van ‘Kinderen in Tel’ de Lelystadse wijk met de grootste risico’s in leefomstandigheden voor kinderen.<sup>5</sup>

<sup>5</sup> Zie bijlage 3 bij deze rekenkamerbrief voor meer cijfers over Lelystad uit ‘Kinderen in Tel’.

Het raadsprogramma van Lelystad beschrijft een integrale aanpak van de jeugdzorg in de gemeente, met aandacht voor efficiënte en doelmatige inzet van overleg tussen de verschillende zorgverlenende partijen, volgens het principe 'één huishouden, één plan, één regisseur'. Goede samenwerking met het onderwijs, huisartsen, politie en andere zorgverleners is binnen deze aanpak belangrijk.

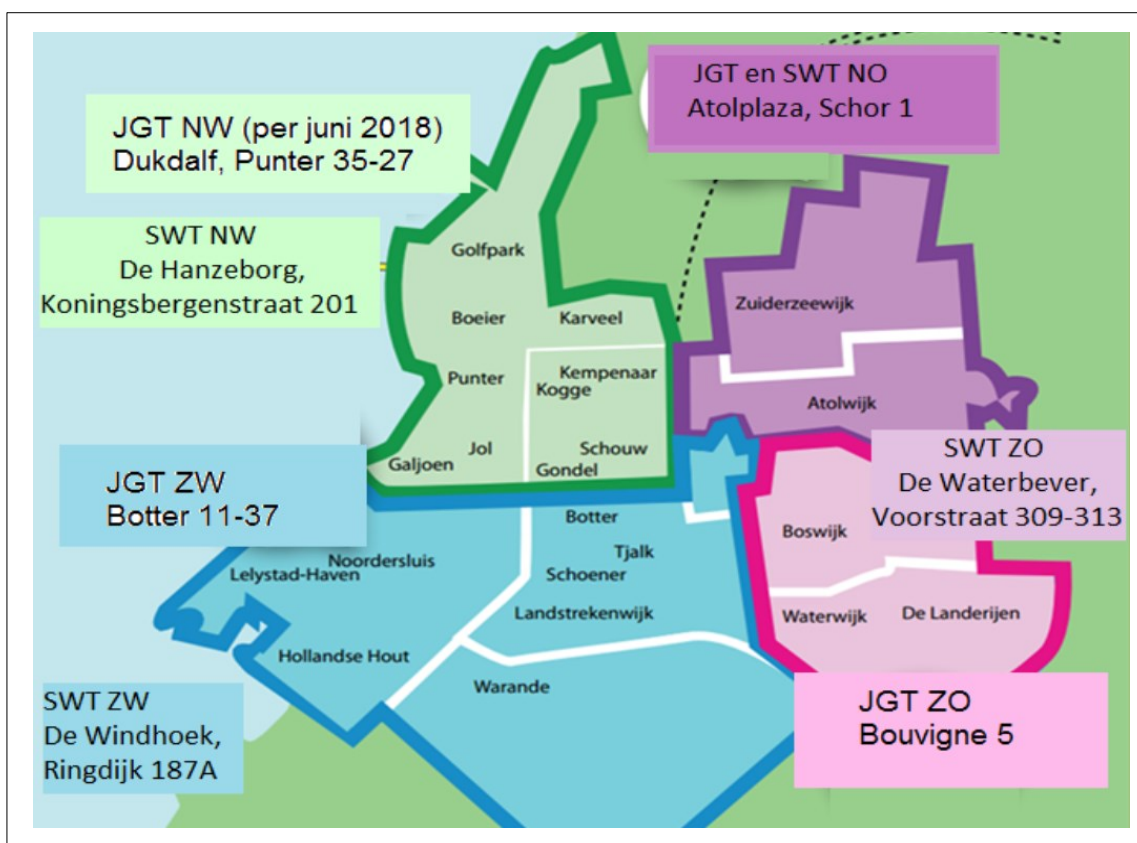
### **Toegang tot jeugdhulp via de jeugd- en gezinsteams in de wijk**

Een groot deel van de Lelystedelingen vindt op dit moment de weg naar ondersteuning langs een 'natuurlijke' route: via school, de kinderopvang, de huisarts, een wijkpunt en/of verenigingen. Daar wordt de hulpvraag rond een jeugdige gesignaleerd of komt een inwoner zelf om hulp vragen. Verder weten veel inwoners met behulp van digitale of fysieke informatie zelf een antwoord te vinden op hun vragen. Belangrijk daarbij is dat informatie toegankelijk en leesbaar/begrijpelijk is voor alle inwoners, ook laaggeletterden en digibeten.

Met ingang van 1 januari 2015 zijn voor de toegang tot jeugdhulpverlening in Lelystad vier jeugd- en gezinsteams van start gegaan. De teams zijn multidisciplinair samengesteld. Medewerkers van de teams zijn afkomstig van diverse zorgaanbieders en inhoudelijk deskundige maatschappelijke organisaties. In 2017 is de hulpverlening van de jeugd- en gezinsteams vrij toegankelijk geworden en zijn de preventieve activiteiten van het Centrum voor Jeugd en Gezin samengevoegd met de ambulante hulp van het jeugd- en gezinsteam.

De Lelystadse jeugd- en gezinsteams geven toegang tot de jeugdhulp en bieden zo veel mogelijk hulp zelf. Wanneer meer specialistische inzet nodig is, betrekken zij andere aanbieders, in overleg met de ouders of de jongere zelf. Specialistische hulp en gedwongen maatregelen worden ingezet als voorliggende voorzieningen niet voldoende blijken. Het jeugd- en gezinsteam houdt de regie, zorgt dat er evaluaties zijn over de voortgang en zet waar nodig meer of minder hulp in.

In 2018 zijn de jeugd- en gezinsteams verhuisd naar verschillende wijken van Lelystad, zodat ze vlak bij de sociale wijkteams zijn gesitueerd (zie onderstaande kaart). Dit moet de zichtbaarheid versterken. De verbindingen in de wijk moeten ertoe leiden dat deze teams elkaar beter en sneller weten te vinden. Op die manier wordt bevorderd dat de ondersteuning gebeurt volgens het principe 'één huishouden, één plan, één regisseur'.



Situering jeugd- en gezinsteams (JGT) en sociale wijkteams (SWT) in de Lelystadse wijken (bron: *Kadernota Sociaal Domein 2019-2022*)

### Kwaliteit van sturingsinformatie over jeugdzorg

Uit verschillende onderzoeken blijkt dat het voor gemeenten vaak lastig is om zicht en grip te krijgen op de informatie die zij nodig hebben voor een goede sturing op de toegang tot jeugdzorg. Zo heeft de Randstedelijke Rekenkamer in 2009 onderzoek gedaan naar de sturingsinformatie over wachtlijsten in de jeugdzorg in de provincies Flevoland, Noord-Holland, Utrecht en Zuid-Holland. Uit het onderzoek bleek dat het moeilijk – zo niet onmogelijk – was om de juiste informatie op dit punt boven tafel te krijgen. Jeugdzorgtrajecten blijken erg lastig administratief te registreren (Randstedelijke Rekenkamer, 2010).

#### Jeugdzorgtrajecten moeilijk eenduidig te administreren

Wanneer een kind jeugdzorg krijgt, gaat het vaak niet uitsluitend om één kind met een jeugdzorgindicatie. Het gaat meestal om een heel gezin met diverse problemen en verschillende hulptrajecten. Soms is de benodigde hulp niet direct beschikbaar en komt een kind op een wachtlijst en/of krijgt het eerst (tijdelijk) een andere behandeling. Dit soort omstandigheden maken het lastig om de verleende hulp eenduidig te administreren.

Als de managementinformatie over de toegang tot de jeugdzorg onvoldoende betrouwbaar en consistent is, loopt de verantwoordelijke overheid (in 2009 waren dit de provincies, nu zijn het de gemeenten) het risico om verkeerde beleidsmaatregelen te nemen. Beleidsmakers hebben

indicatoren nodig die een juist beeld geven van de problematiek in de jeugdzorg. In 2009 beschikten de vier onderzochte provincies in de Randstad niet over deze indicatoren.

Het is de vraag of de sturingsinformatie sinds de decentralisatie van de jeugdzorg naar gemeenten is verbeterd. Immers, sinds 2015 is de jeugdzorg verder versnipperd, al is het maar omdat de zorg niet meer door twaalf provincies, maar door 355 gemeenten wordt verzorgd. En de instellingen binnen die gemeenten administreren de hulptrajecten allemaal op hun eigen manier.

De Lelystadse gemeenteraad is voor sturingsinformatie over jeugdzorg primair aangewezen op een systeem van monitoring. Dit systeem bestaat uit de volgende onderdelen:

- *Begrotingsmonitors*: in de planning- & controlcyclus van de gemeentebegroting en de jaarrekening wordt gerapporteerd over financiële en inhoudelijke ontwikkelingen binnen het sociaal domein, waaronder de jeugdzorg. Dit gebeurt eveneens in de tussentijdse begrotingsmonitors.
- *Monitor Sociaal Domein*: in deze gemeentelijke monitor, die kan worden geraadpleegd op <https://lelystadinzicht.nl/dashboard/Sociaal-Domein>, zijn diverse uitvoeringsindicatoren voor de Wmo, Participatiewet en Jeugdwet opgenomen.
- *Cliëntervaringsonderzoeken*: zoals elke gemeente verricht ook Lelystad sinds 2016 jaarlijks een onderzoek onder haar Wmo-cliënten. Hierin worden de ervaringen en de tevredenheid van klanten over diverse voorzieningen in beeld gebracht.
- *Landelijke monitor Waarstaatjegemeente.nl*: in deze monitor is lokale en landelijke informatie opgenomen over (onder meer) jeugd en jeugdzorgverlening en kan een vergelijking worden gemaakt met landelijke cijfers.
- *Monitoring van klachten, bezwaren en signalen*: de gemeente registreert klachten en bezwaren van inwoners over (onder meer) de jeugdzorg. Datzelfde doet de gemeente met signalen die zij binnenkrijgt van relevante maatschappelijke partijen in Lelystad.

### **Maatregelen van college Lelystad om sturingsmogelijkheden te vergroten**

In 2018 heeft het college van de gemeente Lelystad in de *Kaderbrief 2019-2022* (Gemeente Lelystad, 2018a) een aantal maatregelen geschetst die stuurbaarheid van de instroom naar de jeugdzorg kunnen vergroten. De maatregelen waren op dat moment deels al doorgevoerd en deels nog niet. We bespreken ze hieronder kort.

#### *Samenwerking met huisartsen door inzet van praktijkondersteuners*

Als huisartsen en jeugd- en gezinsteams elkaar goed weten te vinden en elkaar aanvullen, kan de hulpverlening binnen een gezin effectiever worden georganiseerd. Een goede samenwerking, informatie-uitwisseling en afstemming met de huisartsen is daarom voor de komende jaren een belangrijk aandachtspunt binnen het sociaal domein.

Ook wil de gemeente Lelystad extra inzetten op een betere samenwerking tussen huisartsen en praktijkondersteuners, bijvoorbeeld door een praktijkondersteuner Jeugd vanuit de gemeente spreekuur te laten houden in de huisartsenpraktijk. Uit de bestudeerde stukken blijkt dat het werken met praktijkondersteuners in Lelystad nog niet naar wens functioneert.

### *Verbinding onderwijs en jeugdhulp*

Door het verbeteren van de verbinding tussen onderwijs en jeugdhulp, bijvoorbeeld met slimme onderwijs-/zorgarrangementen en versterking van de ondersteuningsteams op school, verwacht de gemeente Lelystad een besparing te kunnen inboeken op jeugdzorg.

### *Gemeentelijk dashboard*

Om meer grip te krijgen op sturings- en verantwoordingsinformatie heeft de gemeente Lelystad in 2017 een digitaal gemeentelijk 'dashboard' ontwikkeld. Het dashboard is bedoeld als aanvulling op de bestaande periodieke, administratief georiënteerde rapportages achteraf.

Het dashboard functioneert nog niet zoals beoogd. Het tijdig vullen van het dashboard met de benodigde data door betrokken partijen is een knelpunt gebleken. In de praktijk blijkt er ook vaak sprake te zijn van een te late en onvolledige declaratie door de zorgaanbieders.

### *Transitiefonds*

In 2015 heeft de gemeente Lelystad het Transitiefonds Sociaal Domein ingesteld. Voor dit fonds is verspreid over drie jaar € 4,5 miljoen vrijgemaakt. Het fonds is ingesteld om knelpunten op te lossen die zijn ontstaan door de eerder besproken bezuinigingen van het Rijk.

Het college denkt dat het Transitiefonds kan bijdragen aan een effectievere en efficiëntere inrichting van het jeugdzorgstelsel. De initiatieven die worden bekostigd vanuit het fonds moeten leiden tot betere zorg 'aan de voorkant' (collectieve voorzieningen, ondersteuning door vrijwilligers en vrij toegankelijke professionele zorg), om zo de inzet van duurdere zorgvormen te voorkomen. Het college verwacht echter niet dat in Lelystad de transformatie van de jeugdzorg de daling van de rijksbijdrage (oplopend tot € 7 miljoen met ingang van 2021) kan bijhouden. Het college verwacht ook niet dat de egalisatiereserve sociaal domein (die in 2018 ruim € 2,4 miljoen bedroeg) toereikend zal zijn voor het afdekken van de ingeschatte tekorten. Het huidige gemeentebestuur ziet daarom voor de bekostiging van de jeugdzorg drie keuzemogelijkheden:

1. *De jeugdzorg een extra taakstelling opleggen.* Dit betekent bijvoorbeeld dat het zorgaanbod wordt versoerd, dat er gewerkt gaat worden met wachtlijsten of dat er genoeg wordt genomen met een lagere kwaliteit van de zorg.
2. *Vanuit de algemene middelen een aanvullend budget beschikbaar stellen.* Dit kan betekenen dat op andere beleidsterreinen de prioriteiten van beleidsonderdelen opnieuw moeten worden vastgesteld.
3. *Een combinatie van de maatregelen genoemd onder 1 en 2.*

## **WAT KAN LELYSTAD LEREN VAN ANDEREN?**

Uit de rapporten die wij hebben bestudeerd komen oplossingen, aanbevelingen en suggesties naar voren die de sturing van de toegang tot de jeugdzorg zouden kunnen verbeteren. We vatten hieronder de belangrijkste gevonden verbeterideeën samen, waarbij we zo mogelijk ook een verband leggen met wat de gemeente Lelystad op dit moment al doet of juist nog niet doet.

## 1. Sturen op beschikbaarheid van vrij toegankelijk zorgaanbod en preventieve ondersteuning

Wanneer binnen de jeugdzorg meer gebruik wordt gemaakt van vrij toegankelijke eerstelijnsvoorzieningen (bijvoorbeeld een sociaal wijkteam, een jeugd- en gezinsteam, een huisarts of een praktijkondersteuner Jeugd), beperkt dit in sterke mate het beroep dat wordt gedaan op de (zwaardere) jeugdzorg. Datzelfde geldt voor de inzet van preventieve maatschappelijke ondersteuning c.q. jeugdhulp en ondersteuning door vrijwilligers. Het gaat hier als het ware om communicerende vaten, zo blijkt uit onderzoek.

Het beschikbaar zijn van voldoende vrij toegankelijke jeugdhulp is dus van belang om te komen tot een lager percentage verwijzingen naar geïndiceerde jeugdhulp (veelal de ggz) via de huisarts. Om op dit punt gericht te kunnen sturen hebben college en gemeenteraad inzicht nodig in: (a) de problematiek van de lokale populatie en (b) het aanbod, het gebruik en de effectiviteit van collectieve preventieve activiteiten, eerstelijnsvoorzieningen en vrij toegankelijke lichte vormen van jeugdhulp. Pas dan kan worden nagegaan of deze voorzieningen voldoende zijn om de transformatie van de jeugdzorg echt te bewerkstelligen of dat het aanbod moet worden aangepast aan de behoeften en problematiek van de lokale bevolking.

Lelystad zou in dit opzicht kunnen leren van Beuningen. Deze gemeente gaat de komende tijd meer inzetten op preventie. Door middel van een monitor zal het effect worden bijgehouden. De gemeente kan daarmee de cijfers analyseren en ervan leren. Beuningen draait nu proef met de monitor en in 2020 gaat de monitoring echt van start.

## 2. Samenwerking met huisartsen bevorderen en waar nodig uitbreiden

Huisartsen hebben een belangrijke rol in de toegang tot jeugdzorg. Zij hebben hun eigen verwijlsbevoegdheid naar alle vormen van jeugdzorg. Huisartsen gaan autonoom te werk en dat geeft gemeenten nogal eens het gevoel dat ze minder goed regie kunnen voeren op de toegang tot jeugdzorg en hun jeugdzorgbudget.

De oplossing voor dit knelpunt kan worden gezocht in het (verder) uitbouwen van de samenwerkingsrelatie tussen gemeenten en huisartsen. Doel hiervan is dat kinderen de juiste hulp krijgen en niet onnodig worden doorverwezen. Maar ook: dat ze snel specialistische hulp kunnen krijgen als dat nodig is. Met goede samenwerking kan worden voorkomen dat onnodige (vertragende) stappen moeten worden gezet om jeugdzorg te krijgen. Daarnaast moet de samenwerking ervoor zorgen voor dat huisartsen alleen naar gecontracteerde jeugdhulpaanbieders verwijzen.

Zoals eerder in deze brief aangegeven (zie de sectie 'Wettelijke bevoegdheden huisarts') heeft de wetgever in de Jeugdwet expliciet bepaald dat gemeenten en huisartsen afspraken moeten maken over de invulling van de verwijismogelijkheid en de voorwaarden waaronder de arts verwijst. Deze wettelijke bepaling zouden gemeenten optimaal moeten benutten. Wellicht is dit een aandachtspunt voor Lelystad. Het is ons uit de bestudeerde stukken niet precies duidelijk geworden hoe op dit moment de samenwerking met huisartsen er in Lelystad eruitziet en welke maatregelen worden genomen om die samenwerking te versterken en uit te bouwen.

Zo'n maatregel zou kunnen zijn: huisartsen voorzien van goede informatie. Het is immers cruciaal dat huisartsen *weten* naar wie ze kunnen verwijzen en welk jeugdzorgaanbod er in de gemeente beschikbaar is. Uit diverse onderzoeken blijkt dat huisartsen die informatie nog wel eens missen. Dat leidt ertoe dat huisartsen sneller naar specialistische zorg verwijzen bij aanbieders met wie ze goede ervaringen hebben. Als huisartsen weten wat de mogelijkheden zijn van (lichte vormen van)

jeugdhulp die het jeugd- en gezinsteam en andere jeugdhulpaanbieders kunnen bieden, zullen ze daar waarschijnlijk ook sneller naar verwijzen. Dat zorgt ervoor dat de jeugdige de best passende hulp krijgt en dat tegelijkertijd de druk op specialistische zorg vermindert. Een belangrijke mogelijkheid tot verbetering is dan ook het geven van inzicht in en overzicht over het werkveld jeugdzorg voor alle betrokkenen, bijvoorbeeld met een voor iedereen toegankelijke zorgkaart.

### **3. Effectiviteit van inzet praktijkondersteuner Jeugd vergroten met behulp van evaluatieonderzoek**

Er worden in den lande goede resultaten geboekt met de inzet van de praktijkondersteuner Jeugd. Succesfactoren zijn onder meer de gedegen kennis die de praktijkondersteuner heeft van de sociale kaart in de gemeente en het contact tussen dat praktijkondersteuner onderhoudt met alle relevante ketenpartners (Rijksuniversiteit Groningen, 2017). De praktijkondersteuner Jeugd werkt bij het zoeken naar passende hulp voor een jongere niet alleen samen met de huisarts, de ouders en de jongere maar ook met partijen zoals school, maatschappelijk werk, wijkteam, wijkagent, justitie, fysiotherapeut en specialisten. Op die manier wordt de jongere sneller begeleid, is er sprake van persoonlijk contact en korte lijnen en hoeft er minder te worden doorverwezen.

Ook de gemeente Lelystad streeft naar samenwerking tussen huisartsen en praktijkondersteuners Jeugd. De afgelopen jaren heeft dit beleid echter onvoldoende resultaten opgeleverd. De vraag waarom de resultaten in Lelystad achterblijven, is nader onderzoek waard. Op basis van de uitkomsten van een evaluatieonderzoek kan de effectiviteit van de inzet van praktijkondersteuners Jeugd mogelijk worden vergroot.

In diverse regio's (bijvoorbeeld in enkele Brabantse en Friese gemeenten en in de gemeente Assen) leidt de inzet van de praktijkondersteuners Jeugd op dit moment al tot minder doorverwijzingen naar specialistische jeugdzorg en tot besparingen op het budget voor jeugdzorg.<sup>6</sup> De praktijkondersteuner kan op allerlei manieren worden ingezet:

- door op vaste momenten spreekuur te houden in huisartsenpraktijken;
- door te fungeren als zichtbare contactpersoon bij scholen en kinderdagverblijven;
- door vrij toegankelijke jeugdhulp te bieden vanuit de gemeentelijke toegangsorganisatie.

Er zijn inmiddels diverse geslaagde initiatieven, die laten zien wat het oplevert wanneer de gemeente meer 'aanwezig' is in de huisartsenpraktijk. Er vindt in een vroeg stadium meer uitwisseling van kennis en ervaring plaats over de hulpvraag van een jongere en er wordt met een bredere blik gekeken naar de mogelijke antwoorden daarop.

Als een praktijkondersteuner via de gemeentelijke toegangsorganisatie ook zelf lichte jeugdhulp kan verzorgen, lijken huisartsen eerder geneigd hen in te schakelen.

Een optie is ook om vaste koppels van JGZ-verpleegkundigen en jeugdprofessionals te verbinden aan huisartspraktijken. De ervaringen hiermee zijn echter wisselend. In een Brabantse gemeente is onlangs een pilot van start gegaan waarbij een psycholoog spreekuur houdt in de huisartsenpraktijken. Dit heeft vooralsnog echter nog niet geleid tot een substantiële afname van de instroom in de jeugd-ggz.

---

<sup>6</sup> Zie respectievelijk Tilburg University (2018) over de regio Brabant; Castricum (2017) over de regio Friesland en Bekhuis (2018) over de gemeente Assen.

#### 4. Verwijsbevoegdheid van huisartsen beperken (maar: dit heeft ook nadelen)

Er zijn gemeenten die de verwijsbevoegdheid van huisartsen proberen te beperken. De gemeente Amsterdam heeft bijvoorbeeld beperkende bepalingen opgenomen in haar Verordening Jeugdhulp.

##### Amsterdam: huisarts mag niet rechtstreeks verwijzen naar hoog-specialistische jeugdzorg

De gemeente Amsterdam heeft gekozen voor een werkwijze waarbij jeugdigen en ouders na verwijzing van een huisarts naar hoog-specialistische jeugdzorg – behalve bij zwaarwegende bezwaren – eerst langs het gemeentelijke lokale team moeten. Het lokale team bekijkt dan of de analyse van de huisarts naar de zorgbehoefte ook in de breedte is gemaakt (op andere domeinen) en of aanvullende afspraken nodig zijn over de rol van het lokale team of andere voorzieningen. Op die manier wordt volgens de gemeente effectievere zorg ingezet. De gemeente heeft zo ook meer regie over de ‘jeugdzorg-portemonnee’.

In een Brabantse gemeente (die deel uitmaakte van het door ons bestudeerde onderzoek van de Universiteit Tilburg) heeft de jeugdprofessional van de gemeentelijke toegang als taak om zorgarrangementen te beoordelen die door de huisarts (c.q. jeugdarts of medisch specialist) worden voorgesteld.

##### Gemeente in Brabant: huisarts kan worden verzocht zorgarrangement te herzien

In een Brabantse gemeente beoordeelt de gemeentelijke jeugdprofessional zorgarrangementen die de huisarts voorstelt aan de hand van de hulpvraag en de beoogde zorgdoelen in het gezinsplan. Als de jeugdprofessional van mening is dat het type hulp of de intensiteit ervan niet passend zijn, volgt een verzoek aan de huisarts om het zorgarrangement te herzien.

Deze systematiek maakt het volgens betrokkenen mogelijk om meer dan voorheen te sturen op doelrealisatie (effectiviteit) en de rechtmatigheid van jeugdzorg. Jeugdprofessionals krijgen de ruimte om hun afwegingen te maken op basis van zorginhoudelijke argumenten.

Er kleven echter ook nadelen aan deze aanpak: het komt in de praktijk voor dat jeugdprofessionals met huisartsen of andere hulpaanbieders verzeild raken in *discussies* over financiën, als de meningen over de intensiteit van hulp (en dus de kosten) uiteenlopen. De tijd die dit in beslag neemt kan ten koste gaan van de tijd die aan gezinnen wordt besteed.

Het is bovendien maar de vraag of een beperking van de zelfstandige verwijsbevoegdheid van huisartsen *juridisch gezien* niet op of over het randje is. Twijfelachtig is ook of dit de beste oplossing is voor het probleem. Waarschijnlijk levert investeren in samenwerking meer op.

#### 5. Afspraken maken met zorgaanbieders, bijvoorbeeld via protocol

Een groot deel van de kosten in de jeugdzorg is gerelateerd aan de ‘medische verwijzingsroute’, dat wil zeggen de verwijzing door een huisarts, jeugdarts en medisch specialist. Deze route geeft rechtstreeks toegang tot de zwaardere jeugdzorg. Uiteindelijk bepaalt echter de organisatie die de jeugdzorg feitelijk aanbiedt samen met de (ouders van de) jongere wat de aard en omvang van de voorziening zal zijn. De rol van de jeugdhulpaanbieder is dus in de medische verwijzingsroute cruciaal, ook voor de kosten.



Het is mogelijk om hierop in te spelen als gemeente. Zo heeft een aantal gemeenten in Brabant gezamenlijk een protocol met jeugdhulpaanbieders opgesteld. Dat protocol bepaalt hoe jeugdhulpaanbieders na een medische verwijzing vaststellen welke voorziening zij inzetten en de aard en omvang daarvan.

Het protocol biedt een duidelijk kader aan jeugdhulpaanbieders, zodat zij weten hoe zij moeten handelen. Gemeenten kunnen de toepassing van het protocol, indien gewenst, achteraf controleren. Het protocol is daarom ook opgenomen in de gemeentelijke verordening én in de overeenkomsten met jeugdhulpaanbieders. Het protocol geeft gemeenten een sturingsinstrument voor de medische verwijsroute. Het protocol wordt gezien als een goed voorbeeld voor toekomstbestendig 'anders organiseren' (Van der Donk & Robbe, 2019).

## **6. Zichtbaarheid en laagdrempeligheid van gemeentelijke toegang vergroten**

Het kan een goed idee zijn om te werken aan de zichtbaarheid en laagdrempeligheid van de gemeentelijke toegang tot de jeugdzorg. Immers, als de gemeentelijke toegang zichtbaarder en laagdrempeliger is, ligt deze route voor jongeren en hun ouders sneller voor de hand wanneer er sprake is van een probleem.

De gemeente zou 'ambassadeurs' kunnen inzetten die de toegang laagdrempeliger maken. Ook zou de gemeente diensten kunnen bundelen om cliënten beter van dienst te zijn en de zichtbaarheid te vergroten. Deze laatste aanpak is gevolgd in de gemeente Steenberg. Bij de Vraagwijzer, een loket waar inwoners terecht kunnen voor informatie en advies, heeft deze gemeente al haar vrij toegankelijke voorzieningen op het gebied van maatschappelijke ondersteuning, jeugdhulp en zorg gebundeld. Behalve als toegangslotet fungeert de Vraagwijzer ook als indicatieorgaan en zorgverlener. Bij de Vraagwijzer zitten inmiddels tien jeugdprofessionals die jongeren met een hulpvraag helpen. Als het nodig is worden ze naar tweedelijnsvoorzieningen doorgestuurd, maar in veel gevallen kunnen de tien professionals zelf de noodzakelijke hulp geven (De Koster, 2019).

Ook in de gemeente Lelystad is mogelijk winst te behalen met het verbeteren van de zichtbaarheid en laagdrempeligheid van de gemeentelijke zorgtoegang. Op dit moment is ongeveer de helft van de Lelystadse cliënten van het jeugd- en gezinsteam van mening dat deze voorziening goed vindbaar is (Gemeente Lelystad 2019b, p. 76). Voor de andere helft van de jongeren en hun ouders was de route naar het jeugd- en gezinsteam kennelijk minder vanzelfsprekend. Het is daarom zinvol om verbetering te brengen in de bekendheid en fysieke herkenbaarheid van de zorgtoegang. Ook al omdat niet alle ouders voldoende 'digitaal geëquipeerd' om online naar hulp zoeken.

Het stimuleren van de gemeentelijke toegang zou ook kunnen bijdragen aan het verminderen van de huidige grote druk op huisartsenzorg in Lelystad. De Lelystadse huisartsen zijn op dit moment zwaar belast, mede door de perikelen rond het faillissement van het IJsselmeerziekenhuis. Deze druk kan nog verder toenemen, aangezien het faillissement het niet aantrekkelijker maakt voor nieuwe huisartsen om zich te vestigen in de regio van Flevoland.

## 7. Sturingsinformatie over toegang tot de jeugdzorg verbeteren

In veel gemeenten is het gebrek aan tijdige, gerichte en samenhangende sturingsinformatie op het gebied van de jeugdzorg een verbeterpunt. Sommige gemeenten geven te kennen vanwege ontoereikende informatievoorziening over de mate waarin gebruik wordt gemaakt van de beschikbare vrij toegankelijke voorzieningen, geen optimale afwegingen over de inrichting van de jeugdzorg te kunnen maken.

Ook in de officiële Lelystadse monitoringinstrumenten die we in het kader van deze rekenkamerbrief hebben bekeken, hebben we vrij weinig specifieke informatie over de toegang tot de jeugdzorg aangetroffen. Belangrijk is om de informatiebehoefte te bepalen: wat willen het college en de raad precies weten, welke sturingsinformatie hebben zij nodig voor het nemen van goed onderbouwde besluiten?

Cruciaal is in ieder geval dat er voldoende informatie beschikbaar is over verwijsstromen, over het verband tussen preventieve activiteiten en het beroep op jeugdzorg en over problemen waar inwoners bij het zoeken naar ondersteuning en zorg in de praktijk tegenaan lopen. Informatie over het aanbod en het feitelijke gebruik van collectieve preventieve activiteiten, eerstelijnsvoorzieningen en vrij toegankelijke lichte vormen van jeugdhulp zou daarop een waardevolle aanvulling zijn. Natuurlijk moet er hierbij een evenwicht zijn tussen de informatiebehoefte en de administratieve lasten die gemoeid zijn met het bijeenbrengen van die informatie.

Enkele praktische sporen die de gemeente zou kunnen bewandelen zijn:

- Investeer in kwaliteitsmonitoring op indicatoren als uitval, cliënttevredenheid en doelrealisatie. Te denken valt aan kwaliteitsmetingen bij zorgaanbieders, aan online *dashboards* met informatie over de uitvoering, aan doelgroepenanalyses, aan het ontsluiten van geaggregeerde gegevens uit de zelfredzaamheidsmatrix enzovoort. Zorg ook voor een structurele dialoog met zorgaanbieders over wat de uitkomsten van deze monitoring betekenen voor de effectiviteit van de jeugdzorg. Het is belangrijk om een gerichte dialoog te kunnen voeren op basis van cijfers.
- Breng verwijzingen naar en de inzet van vrij toegankelijke voorzieningen en preventieve maatregelen in beeld ('voorkant van het stelsel'). Tot dusver zijn vooral cijfers in beeld gebracht over verwijzingen naar gespecialiseerde jeugdzorg ('achterkant van het stelsel'). Maar zicht op het nut van investeringen in de voorkant is evenzeer van belang. Hierbij past wel het voorbehoud dat het vaak lastig is om te bepalen of een effect kan worden toegeschreven aan een interventie van de gemeente.
- Verricht onderzoek op casusniveau om te bepalen of het jeugdzorgstelsel in de praktijk functioneert zoals dat beleidsmatig en bestuurlijk wordt beoogd.
- Vergelijk de werking van het lokale jeugdzorgstelsel met andere gemeenten/regio's in Nederland.

## 8. Sturing op toegang vergroten door scherpere eisen aan netwerksamenwerking

Niet zelden is in gemeenten het inhoudelijke beleid (de doelen, de instrumenten en de financiële randvoorwaarden) voor de toegang tot jeugdzorg behoorlijk ruim gedefinieerd. Zo ook in Lelystad. Op die manier wordt ruimte gelaten aan de (jeugd)professionals. Maar met (te) ruime beleidskaders kan de raad niet zo goed sturen en controleren.

De raad kan zijn sturing op de toegang tot jeugdzorg vergroten door ook randvoorwaarden te stellen aan de netwerksamenwerking. Bijvoorbeeld door het (laten) organiseren van de dialoog tussen organisaties in de jeugdzorgketen, of door budget ter beschikking te stellen om de samenwerking met organisaties die geen directe bekostigingsrelatie hebben met de gemeente te verbeteren, op lokaal dan wel regionaal niveau. Zo kan de samenwerking met huisartsen het beste worden versterkt op lokaal niveau, en de samenwerking in het niet vrij toegankelijke domein op regionaal niveau.

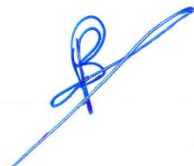
## TOT SLOT

We hebben uw raad met deze rekenkamerbrief een globaal, overkoepelend beeld willen geven van de stand van zaken rond de toegang tot de jeugdzorg. Indien uw raad over dit onderwerp – of daarmee verband houdende onderwerpen – nog aanvullende vragen heeft, kunt u contact opnemen met de rekenkamer Lelystad. Wij zullen deze vragen zo goed mogelijk beantwoorden. Ook als een uitgebreider rekenkameronderzoek gewenst is, verneemt de rekenkamer Lelystad dit graag van uw raad.

Wij vertrouwen erop dat wij u hiermee voldoende hebben ingelicht.

Met vriendelijke groet,  
de rekenkamer van de gemeente Lelystad,

de secretaris,



P.B. Nieuwenhuis

de voorzitter,



R.J.E. Douma

**BIJLAGE 1 BRONNEN****Bestudeerde rapporten**

CBS (2018). *Jeugdhulp 1e half jaar 2018*. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek. ISBN 978-90-357-1190-7. Te raadplegen via <https://www.cbs.nl/-/media/pdf/2018/44/2018a422%20jeugdhulp%202018.pdf>.

JB Lorenz (2017). *Onderzoek preventie jeugdhulp; Beleidsinformatie jeugdhulp*. Hoogvliet-Rotterdam: uitgave in eigen beheer. Te raadplegen via <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2017/11/27/onderzoek-preventie-jeugdhulp>.

Partners in Jeugdbeleid (2017). *Rapportage Herhaald Nader Onderzoek Toegang Jeugdhulp; Lokale inkleuring landelijke beleidsinformatie jeugdhulp*. Hoogmade: uitgave in eigen beheer. Te raadplegen via <https://jeugdmonitor.cbs.nl/sites/default/files/2018-10/rapportage-herhaald-nader-onderzoek-toegang-jeugdhulp.pdf>.

Rekenkamer BEL (2019). *Toegang onder de loep; De toegang tot zorg en ondersteuning op grond van de Wmo en Jeugdwet in Blaricum, Eemnes en Laren*. Onderzoek uitgevoerd door Stichting Arcon in opdracht van Rekenkamer BEL. Eemnes: uitgave in eigen beheer. Te raadplegen via <https://www.blaricum.nl/dsresource?objectid=27365e92-594e-42ea-a61a-c9bfce9edd26&type=pdf>.

Rekenkamercommissie Leiden & Leiderdorp (2018). *Toegang tot jeugdzorg Leiden*. Leiden: uitgave in eigen beheer. Te raadplegen via <https://gemeenteraad.leiden.nl/raadscommissies/rekenkamercommissie/onze-onderzoeken/jeugdzorg>.

Rijksuniversiteit Groningen (2017). *De Praktijkondersteuner Huisarts-Jeugd; Een verkennende studie*. In opdracht van de Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen (NVO). Groningen: uitgave in eigen beheer. Te raadplegen via [https://www.nvo.nl/bestanden/Bestanden\\_nieuwe\\_website\\_2015\\_-\\_2016/Berichten/7571-1/Onderzoek\\_POHJ\\_febr\\_2018.pdf](https://www.nvo.nl/bestanden/Bestanden_nieuwe_website_2015_-_2016/Berichten/7571-1/Onderzoek_POHJ_febr_2018.pdf).

Significant (2019). *Benchmarkanalyse uitgaven jeugdhulp in 26 gemeenten; Leren van overeenkomsten en verschillen in beleid en uitvoering jeugdhulp*. In opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Barneveld: uitgave in eigen beheer. Te raadplegen via <https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2019/04/24/benchmarkanalyse-uitgaven-jeugdhulp-in-26-gemeenten/benchmarkanalyse-uitgaven-jeugdhulp-in-26-gemeenten.pdf>.

Rekenkamer Hilversum (2019). Tussenstand uitvoering jeugdhulp Hilversum periode 2015 - 2018. <https://api1.ibabs.eu/publicdownload.aspx?site=hilversum&id=a0899264-1059-46e2-9318-59e93e586f88>

Tilburg University (2018). *Toegang om de hoek; De gemeentelijke toegang en de inzet van gespecialiseerde jeugdhulp*. In opdracht van ZonMw / Programma Academische Werkplaatsen Transformatie Jeugd. Tilburg: uitgave in eigen beheer. Te raadplegen via [https://www.tilburguniversity.edu/sites/tiu/files/download/Toegang\\_Jeugdhulp.pdf](https://www.tilburguniversity.edu/sites/tiu/files/download/Toegang_Jeugdhulp.pdf).

VNG (2015). *Besluit gemeente na verwijzing door huisarts? Factsheet*. Den Haag: Ministerie van Veiligheid en Justitie, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en Vereniging van Nederlandse Gemeenten. Te raadplegen via [https://vng.nl//files/vng/201502\\_factsheet\\_besluit\\_na\\_huisarts.pdf](https://vng.nl//files/vng/201502_factsheet_besluit_na_huisarts.pdf).

Verwey-Jonker Instituut (2017). *Kinderen in Tel; Het leven en de ontwikkeling van kinderen tussen 2013 en 2015. Databoek 2016*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut. Te raadplegen via [https://www.verwey-jonker.nl/doc/2017/214044\\_KIT\\_2016.pdf](https://www.verwey-jonker.nl/doc/2017/214044_KIT_2016.pdf).

### **Bestudeerde beleidsstukken gemeente Lelystad**

Gemeente Lelystad (2014). *Kansrijk opgroeien in Lelystad; Beleidsplan jeugdhulp 2015-2019*. Oktober 2014. Te raadplegen via <https://www.lelystad.nl/Docs/Beleidsplan%20jeugdhulp%202015-2019.pdf>.

Gemeente Lelystad (2018a). *Kaderbrief 2019-2022*. Maart 2018. Te raadplegen via <https://www.lelystad.nl/Documenten/Gemeente/Actueel/Kaderbrief%202019%20-%202022.pdf>.

Gemeente Lelystad (2018b). *Lelystad, een sprong voorwaarts; Raadsprogramma Lelystad 2018-2022*. Mei 2018. Te raadplegen via <https://www.lelystad.nl/Gemeenteraad/Akkoord%202018%20-%202022.pdf>.

Gemeente Lelystad (2018c). *Verordening Jeugdhulp Lelystad 2018*. Juli 2018. Te raadplegen via <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/gmb-2018-201547.html>.

Gemeente Lelystad (2018d). *Kadernota Sociaal Domein 2019-2022*. December 2018. Te raadplegen via <https://www.lelystad.nl/Documenten/Beleidskaders/kadernota%20sociaal%20domein%206-12-18.pdf>.

Gemeente Lelystad (2019a). *Kadernota 2020-2023*. April 2019. Te raadplegen via <https://www.lelystad.nl/4/Lelystad/Nieuws-2019/April/Kadernota-2020-2023.html>.

Gemeente Lelystad (2019b). *Jaarstukken 2018*. Juni 2019. Te raadplegen via (agendapunt 7c) <https://ris2.ibabs.eu/Agenda/Details/Lelystad/244fd824-bcdf-42e3-990a-8208286bafa0>

### Overige referenties

Bekhuis, S. (2018). 'Jeugdhulp in Asser huisartsenpraktijk lijkt groot succes'. In: *Dagblad van het Noorden*, 15 juni 2018. te raadplegen via [https://www.dvhn.nl/drenthe/Jeugdhulp-in-Asser-huisartsenpraktijk-lijkt-groot-succes-23271118.html?harvest\\_referrer=https%3A%2F%2F](https://www.dvhn.nl/drenthe/Jeugdhulp-in-Asser-huisartsenpraktijk-lijkt-groot-succes-23271118.html?harvest_referrer=https%3A%2F%2F).

Castricum, C. (2017). 'Het Friese succes van de praktijkondersteuner jeugd'. In: *VNG Magazine*, nummer 12, 25 augustus 2017. Te raadplegen via <https://vng.nl/het-friese-succes-van-de-praktijkondersteuner-jeugd>.

CBS (z.d.). *Jeugdmonitor StatLine*. Te raadplegen via <https://jeugdmonitor.cbs.nl/StatLine>.

Donk, M. van der & T. Robbe (2019). 'Jeugdhulp: grip op de medische verwijsroute'. In: *Binnenlands Bestuur*, 16 juli 2019. Te raadplegen via <https://www.binnenlandsbestuur.nl/sociaal/opinie/ingezonden/jeugdhulp-grip-op-de-medische-verwijsroute.10178316.lynkx>.

Gemeente Lelystad (z.d.). *Monitor Sociaal Domein*. Te raadplegen via <https://lelystadinzicht.nl/dashboard/Sociaal-Domein>.

Koster, Y. de (2019). 'Steenbergen heeft meer grip op jeugdhulp'. In: *Binnenlands Bestuur*, 10 juni 2019. Te raadplegen via <https://www.binnenlandsbestuur.nl/sociaal/nieuws/steenbergen-heeft-meer-grip-op-jeugdhulp.9775766.lynkx>.

Nederlands Jeugdinstituut (z.d.). *Monitor Aansluiting Onderwijs Jeugdhulp*. Te raadplegen via <https://monitoraioj.nl>.

Randstedelijke Rekenkamer (2010). *Kind centraal of cijfers centraal? Wat zeggen de wachtlijstcijfers over de prestaties in de jeugdzorg?* Amsterdam: uitgave in eigen beheer. Te raadplegen via <https://www.randstedelijke-rekenkamer.nl/onderzoek/kind-centraal-cijfers-centraal/?provincie=flevoland>.

ZonMw (2018). *Eerste evaluatie Jeugdwet; Na de transitie nu de transformatie*. Reeks evaluatie regelgeving: 43. Den Haag: ZonMw. Te raadplegen via <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/01/30/rapport-eerste-evaluatie-jeugdwet>.

## BIJLAGE 2 LELYSTADSE CIJFERS OVER TOEGANG

### Jeugdzorgtrajecten

Op 31 december 2018 bestond de jeugdzorg in Nederland voor verreweg het grootste deel uit jeugdhulp in natura. In Lelystad bestond 85% van de geleverde jeugdzorg uit jeugdhulp in natura.

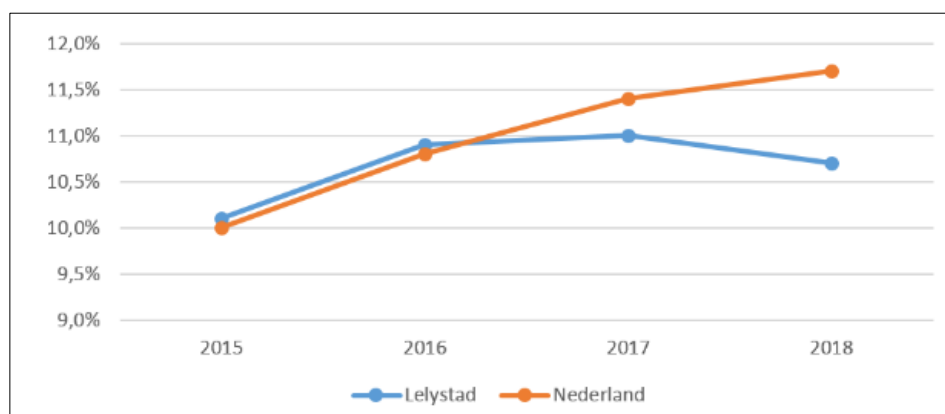
	Lelystad	Nederland
Jeugdhulptrajecten in natura	85%	91%
Jeugdbeschermingstrajecten	12%	8%
Jeugdreclasseringstrajecten	2%	1%

Trajecten jeugdzorg in natura; peildatum 31 december 2018 (bron: CBS, Jeugdmonitor Statline)

### Jeugdhulp

Sinds 2015 is het gebruik van jeugdhulp in natura licht in Lelystad toegenomen. Het gebruik van jeugdhulp in natura is landelijk gezien sterker toegenomen dan in Lelystad.

	2015	2016	2017	2018
Lelystad	10,1%	10,9%	11,0%	10,7%
Nederland	10,0%	10,8%	11,4%	11,7%

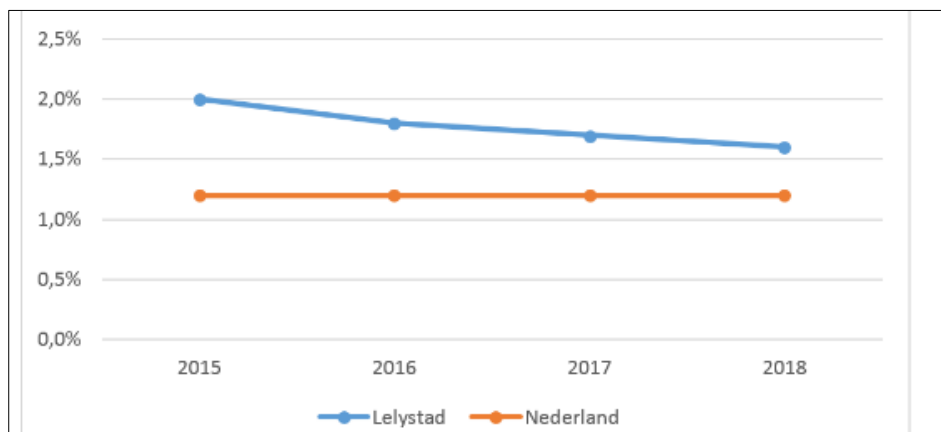


Jongeren met jeugdhulp in natura; als percentage van alle jongeren tot 18 jaar, per 1 januari (bron: CBS, Jeugdmonitor Statline)

### Jeugdbescherming

Sinds 2015 is het gebruik van jeugdbescherming in de Lelystad licht gedaald. Het gebruik van jeugdbescherming is landelijk gezien gelijk gebleven sinds 2015.

	2015	2016	2017	2018
Lelystad	2,0%	1,8%	1,7%	1,6%
Nederland	1,2%	1,2%	1,2%	1,2%

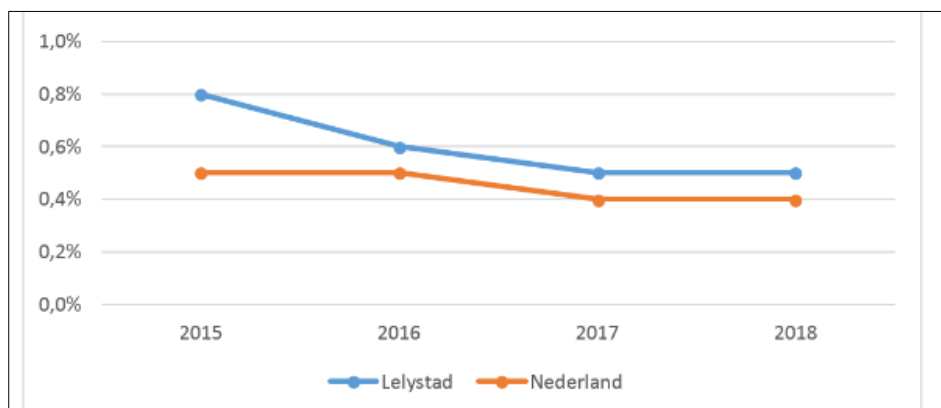


Jongeren met jeugdbescherming in natura; als percentage van alle jongeren tot 18 jaar, per 1 januari (bron: CBS, Jeugdmonitor Statline)

### Jeugdreclassering

Sinds 2015 is het gebruik van jeugdreclassering in Lelystad licht gedaald. Het gebruik van jeugdreclassering landelijk gezien eveneens vrijwel gelijk gebleven sinds 2015.

	2015	2016	2017	2018
Lelystad	0,8%	0,6%	0,5%	0,5%
Nederland	0,5%	0,5%	0,4%	0,4%



Jongeren met jeugdreclassering; als percentage van alle jongeren in de leeftijd van 12 tot 23 jaar, per 1 januari (bron: CBS, Jeugdmonitor Statline)

### Jeugdzorggebruik in relatie tot sociaal-demografische kenmerken

In Lelystad mag op grond van sociaal-demografische kenmerken (zie hierover ook bijlage 3) 2,1% meer jeugdzorggebruik worden verwacht dan werkelijk het geval was in 2017. In 2017 werd verwacht dat in Lelystad 12,2% van de jongeren jeugdhulp zou krijgen. In werkelijkheid was het 10,1%. Daarmee staat Lelystad op plek 230 van de 380 onderzochte Nederlandse gemeenten (bron: Nederlands Jeugdinstituut, *Monitor Aansluiting Onderwijs Jeugdhulp*).



### BIJLAGE 3 CIJFERS 'KINDEREN IN TEL' OVER GEMEENTE LELYSTAD

'Kinderen in Tel' is een initiatief van Defence for Children International en het Verwey-Jonker Instituut. Sinds 2006 meten zij elke twee jaar de leefsituatie van kinderen en jongeren in Nederlandse gemeenten. De indicatoren aan de hand waarvan dit gebeurt, zijn gebaseerd op het Internationaal Verdrag voor de Rechten van het Kind.

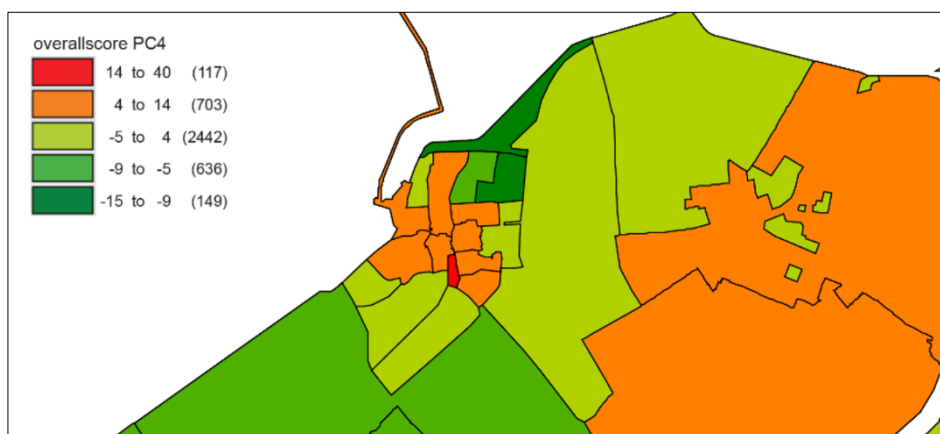
De gemeente Lelystad maakt in haar reguliere planning- en controlcyclus gebruik van een selectie van de indicatoren uit 'Kinderen in Tel'. In deze bijlage tonen we alle elf indicatoren uit het Databoek 2016 van 'Kinderen in Tel' (Verwey-Jonker Instituut, 2017). De gegevens zijn van 2015; alleen de gegevens over kindermishandeling betreffen 2014.

		Lelystad	Nederland
1	Jeugdcriminaliteit	2,19%	1,50%
2	Voortijdig schoolverlaten	2,51%	1,80%
3	Sportlidmaatschap	30,76%	41,70%
4	Uitkeringsgezin	8,59%	6,60%
5	Eenoudergezin	20,56%	15,40%
6	Jeugdhulp totaal	9,85%	9,30%
7	Zuigelingensterfte	2,40%	3,30%
8	Speciaal onderwijs	4,06%	2,60%
9	Jeugdwerkloosheid	1,81%	1,50%
10	Kindermishandeling	0,54%	0,70%
11	Kind met handicap	3,44%	2,70%

#### Indicatorenscore Lelystad vergeleken met Nederland in Databoek 2016

'Kinderen in Tel' berekent aan de hand van de scores elke twee jaar ook een overkoepelende rangorde van Nederlandse gemeenten: de best scorende gemeente krijgt rangnummer 390 en de minst goed scorende rangnummer 1. Lelystad stond in de ranglijst van 2016 op nummer 15.

'Kinderen in Tel' houdt voorts op wijkniveau bij hoe er wordt gescoord. Lelystad stond in de meest recente rapportage met één wijk in de top-10: Grietenij. Deze wijk (rood gekleurd in de hiernavolgende plattegrond) behoorde met plaats 9 op de ranglijst tot de wijken in Nederland met de grootste risico's in leefomstandigheden voor kinderen.



Beeld van Lelystad op wijkniveau in Databoek 2016