

Aan: Ministerie van VWS  
Van: Dagelijks bestuur GRJR  
Datum:  
Onderwerp: Reactie jeugdhulpregio GRJR op de internetconsultatie voor de AMVB 'Verbetering beschikbaarheid zorg voor jeugdigen'

Kenmerk: 24MO00844  
Behandelend ambtenaar: Programmateam jeugdhulpregio Rotterdam-Rijnmond  
Contactgegevens ambtenaar: info@jeugdhulprijnmond.nl

Geachte heer Karremans,

Als dagelijks bestuur van de grootste jeugdhulpregio waarderen wij de mogelijkheid te kunnen reageren op de AMVB 'Verbetering beschikbaarheid zorg voor jeugdigen' voordat deze wordt vastgesteld. In deze brief reageren wij op uw vragen en noemen wij een aantal dingen die ons opvallen in het voorstel.

### **1. Wilt u uw reactie geven op deze voorgestelde wijziging van het Besluit Jeugdwet?**

Als GRJR staan we achter de opgave van de Hervormingsagenda om toe te werken naar een houdbaar jeugdstelsel. Dit vraagt een paradigmashift van individuele jeugdhulp naar een meer contextgerichte focus. Voor kwetsbare jeugdigen waarvoor jeugdhulp gewenst is zien we het belang in van het garanderen van deze jeugdhulp daar waar de vraag beperkt is en het aanbod niet door individuele gemeenten zelf te organiseren is.

#### *Regionale inkoop vs. zorg dichtbij kind en gezin met lokale inkoop*

Tegelijk zien wij in dit proces een aantal ontwikkelingen waar wij graag aandacht voor vragen. Zo wordt dit proces gestart met het organiseren van regionale inkoop. Terwijl de Hervormingsagenda uitgaat van zorg 'dichtbij kind en gezin' en 'gezinsgericht'. Dat pleit voor een proces van beginnen bij de omgeving van het kind en vandaaruit kijken naar lokale, regionale en ten slotte landelijke inkoop. Dit sluit aan bij Sharon Stellaard's betoog over boemerangbeleid en het repeterende patroon in jeugdzorgbeleid.

In de voorgenomen regelgeving wordt gesteld dat regionale inkoop niet in de weg staat aan het lokaal organiseren hiervan. In de praktijk blijkt dit juist wel het geval te zijn. Dit verklaart waarom steeds meer gemeenten zelf specialistische zorg inkopen. Bij regionale inkoop zijn individuele gemeenten niet de opdrachtgever en wordt lokale sturing complexer. Daarnaast zijn ambulante zorgvormen zeer geschikt om lokaal te organiseren binnen de bestaande zorg- en welzijnsstructuur van gemeenten. Binnen de GRJR hebben gemeenten hier ruime ervaring mee. Met de nu voorliggende zorgvormenlijst lijkt de beweging die wij hebben gemaakt naar het nabij en passend bieden van zorg teniet te worden gedaan. Wij vinden daarom dat goed functionerende regio's meer mogelijkheden moeten hebben voor lokale inkoop dan nu in het voorstel is opgenomen.

**Gemeenschappelijke Regeling Jeugdhulp Rijnmond**

p/a Gemeente Rotterdam  
Publieke Gezondheid, Welzijn & Zorg  
Postbus 70032  
3000 LP Rotterdam  
[www.jeugdhulprijnmond.nl](http://www.jeugdhulprijnmond.nl)



### *Regio's zijn niet uniform*

Als grootste jeugdhulpregio verbaast het ons dat alle regio's over één kam worden geschoren bij de wijziging van het Besluit Jeugdwet en de zorgvormenlijst. Onze regio kent vanwege de schaalgrootte een groot inkoopvolume en heeft daarmee de slagkracht om de gewenste beweging in de jeugdtransformatie te bewerkstelligen. Hierdoor was het voor ons de voorbije jaren steeds meer mogelijk om vormen van zorg lokaal in te kopen, zoals kinderdienstencentra en vormen van jGGZ. Daarbij hebben wij bijvoorbeeld logeren al sinds 2015 zonder enige wanklank lokaal ingekocht. Als deze ontwikkeling doorzet wordt dit met de invoering van de AMVB tenietgedaan.

### *Twee inkoopmodellen in één regio*

Het algemeen bestuur van de GRJR heeft eerder besloten in de regio twee inkoopmodellen te beproeven, te weten resultaat- en taakgerichte bekostiging. Het doel hiervan is vanuit beide modellen de inkoop en organisatie van specialistische jeugdhulp verder te verbeteren. Voor het goed beproeven is een meerjarig traject opgezet. Wij doen een dringend beroep op u een overgangstermijn te hanteren die ons in de gelegenheid stelt dit beproeven volgens plan af te ronden. Het doel is immers gelijk aan dat van de AMVB en de Hervormingsagenda: het effectief en efficiënt regelen van schaarse jeugdhulp met ruimte voor aanbieders voor maatwerk en het zorgen voor een dekkende beschikbaarheid hiervan.

### *Reikwijdte discussie en de zorgvormenlijst*

Dit AMVB-voorstel zou moeten samenlopen met de uitkomst van de discussie over reikwijdte. Terwijl dat gesprek nog loopt wordt hier al bepaald wat in ieder geval wordt aangemerkt als jeugdhulp. Dat ondermijnt het gesprek over reikwijdte en de daarbij behorende financiering. Ter illustratie: De jeugdhulpvormen die in deze lijst moeten landen zouden de meest gespecialiseerde vormen van jeugdhulp moeten zijn. Ze zijn vaak duur en beperkt in aanbod. Het is daarom van belang dat deze zorg alleen worden ingezet als het echt niet anders kan. Het lokale team is in de Hervormingsagenda gepositioneerd als de organisatie die het beste die inschatting kan maken. Wij verzoeken om het verwijzrecht van wettelijke verwijzers naar deze gespecialiseerde vormen van jeugdhulp in te perken. Een alternatief kan zijn dat de gemeente voor iedere jeugdhulpverwijzing inhoudelijk geconsulteerd wordt om zo de positie van het lokale team te versterken in lijn met de Hervormingsagenda.

De huidige situatie ondermijnt tevens de grotere opgave van de agenda: financiële houdbaarheid & contextgerichtere focus. Ter illustratie: Terwijl de jeugdzorgkosten verder stijgen geeft u in paragraaf 2.2 het volgende aan: *'Daarnaast is van belang dat inkoop op (minimaal) regionaal niveau voor aanbieders een bepaalde afname meebrengt zodat deze jeugdzorg niet in gevaar komt.'* En *'het volume dat een aanbieder nodig heeft om verantwoorde jeugdhulp te kunnen leveren'*. Dit kan door zorgaanbieders opgevat worden als een zekere omzetgarantie. Dit is zeer ongewenst in een stelsel dat tegen haar grenzen aanloopt van betaalbaarheid en personeelstekorten.

Deze voorbeelden illustreren dat een dergelijke zorgvormenlijst alleen efficiënt kan zijn als de opgaven in de Hervormingsagenda in samenhang worden uitgewerkt.



### *Resultaatgerichte inkoop, populatiebekostiging of taakgerichte bekostiging*

Wij vragen uw aandacht voor het feitelijk inkopen van de vermelde zorgvormen. Het inkopen van voorgeschreven zorgvormen verhoudt zich slecht tot resultaatgerichte bekostiging of populatiebekostiging, zeker als deze qua product en kostprijs landelijk worden geüniformeerd. Het hanteren van productgerichte inkoop past niet goed bij de volgens de Hervormingsagenda gewenste gezinsgerichte ondersteuning aanvullend op de inzet van het lokale team. Productgerichte inkoop belemmert immers de ontwikkeling van jeugdhulp die nabij en passend is (met contextgerichte focus).

### *Schaalgrootte vs. robuuste regio en noodzaak om regionaal in te kopen*

Tevens wijst u in de nota op “*Bovenstaand proces heeft geleid tot onderstaande jeugdhulpvormen waarvan inkoop door de Jeugdregio wenselijk wordt geacht voor het bevorderen van de beschikbaarheid ervan voor alle jeugdigen in die regio*”

Daarin verwijst u naar de vijf criteria, zijnde:

1. de schaarste van de vraag;
2. de complexiteit van de problematiek in combinatie met de daarvoor benodigde multidisciplinaire specialistische expertise;
3. de schaarste van het aanbod;
4. het volume dat een jeugdhulpaanbieder nodig heeft om verantwoorde jeugdhulp te kunnen leveren;
5. het volume dat een jeugdhulpaanbieder nodig heeft om een gezonde bedrijfsvoering te kunnen voeren.

Zoals al in de inleiding aangegeven hebben wij goede ervaring met een andere verhouding in regionale zorgvormen. Daarnaast is de definitie van schaarste in de economie omschreven als een eigenschap van alle economische goederen (= hier diensten), die beschikbaar maar niet gratis zijn. Dan zijn per definitie alle diensten die wij afnemen van zorgaanbieders schaars. Daarom verzoeken wij u schaarste en volume zo te definiëren dat dit past bij a) een robuuste regio en b) de daadwerkelijke noodzaak om regionaal in te kopen. Ook binnen de GGZ zien wij veel partijen die complexe zorg kunnen aanbieden en wij zien dat dit niet afhankelijk is van schaalgrootte. Met uitzondering van specifieke specialismen zoals eetstoornissen.

### *Conclusie: complexiteit niet herkend, ruimte voor maatwerk onvoldoende*

Onze conclusie na de in onze regio uitgevoerde praktijktest is duidelijk: We zien in het voorgenomen besluit nog onvoldoende antwoord op de complexiteit in het huidige jeugdzorglandschap. De zorgvormenlijst is nu te breed, waardoor het niet als blauwdruk werkbaar is voor elke regio en gemeente. We zien graag dat alleen de zorgvormen worden opgenomen waarover geen twijfel bestaat dat een regionaal inkoopniveau noodzakelijk is voor goede organisatie van deze jeugdhulp. Bij het antwoord op vraag 2 lichten we nader toe over welke zorgvormen wij onze twijfels hebben. Blijkbaar is er een andere werkvorm nodig om de complexiteit een goede plek te geven. Daarvoor stellen we, net als bij de praktijktest, graag onze kennis en ervaring ter beschikking. Juist ook omdat wij het belang delen van het toewerken naar een duurzaam jeugdhulpstelsel.



Ten aanzien van het onderwerp bovenregionaal afstemmen zien wij de meerwaarde hiervan, maar wel via een mogelijkheid voor maatwerk. Als grootste regio kan de GRJR de meeste zorgvormen zelf inkopen zonder hierbij afhankelijk te zijn van andere regio's. Zo kopen we bijvoorbeeld jeugdbescherming in bij een 'eigen' jeugdbeschermingsorganisatie. Op dat onderwerp heeft bovenregionaal afstemmen bijvoorbeeld geen toegevoegde waarde.

#### *Regiovisie*

Tenslotte reageren we graag op wat is opgenomen over de Regiovisie. We zien geen toegevoegde waarde in het vastleggen dat deze extra onderdelen moeten worden opgenomen in een Regiovisie. De GRJR was de eerste regio met een Regiovisie en dit is nog steeds een goede onderlegger voor onze regionale aanpak. Het AMVB-voorstel draagt echter niet bij aan het beoogde doel om de beschikbaarheid van jeugdhulp te verbeteren.

### **Vraag 2 van 3**

*Uit het wetsvoorstel volgt dat jeugdhulpvormen (minimaal) regionaal moeten worden ingekocht als is voldaan aan één of meer van de volgende criteria:*

- *schaarste van de vraag;*
- *schaarste van het aanbod;*
- *de complexiteit van de problematiek in combinatie met de daarvoor benodigde multidisciplinaire specialistische expertise;*
- *het volume dat een jeugdhulpaanbieder nodig heeft om verantwoorde jeugdhulp te kunnen leveren;*
- *het volume dat een jeugdhulpaanbieder nodig heeft om een gezonde bedrijfsvoering te kunnen voeren.*

*2. Voldoen de jeugdhulpvormen in het ontwerpbesluit aan deze criteria? Zo nee, welke jeugdhulpvorm(en) niet en waarom? Ontbreken er jeugdhulpvormen in het ontwerpbesluit? Zo ja, welke?*

*3. Zijn de jeugdhulpvormen in het ontwerpbesluit duidelijk genoeg afgebakend ten opzichte van jeugdhulpvormen die lokaal kunnen worden ingekocht?*

Wij dringen er bij u op aan om de gebruikte begrippen in de zorgvormenlijst zeer concreet en eenduidig te definiëren, zodat er in de praktijk geen ruimte bestaat voor interpretatieverschillen.

Daarnaast is onze suggestie de volgende zorgvormen (vooralsnog) niet op te nemen in de zorgvormenlijst:

*b. multidisciplinaire specialistische jeugdhulp in verband met meervoudige of complexe problemen; Waarom? We zien onvoldoende onderscheiding met wat lokale teams in gezinscontext qua ondersteuning kunnen inzetten.*

Hier is behoefte aan een concrete definitie van 'specialistisch' en 'complex'. Om dit te duiden: Tot waar gaan de mogelijkheden van lokale teams en vanaf wanneer is sprake van 'specialistische' hulp of een 'complexe' zorgvraag? Voorkom dat hierover tussen jeugdhulpprofessionals en lokale teams op casusniveau discussie ontstaat.



*g. multidisciplinaire jeugdhulp bestaande uit dagbehandeling in groepsverband aan jeugdigen met een verstandelijke beperking, een lichamelijke beperking, ernstige psychische problemen, opvoedproblematiek, ernstige gedragsproblematiek dan wel een vermoeden daarvan;*

Sinds 2015 kopen wij een deel van deze daghulp zonder problemen lokaal in, bijvoorbeeld kinderdagcentra. Daarnaast wordt een ander deel van deze daghulp sinds kort lokaal ingekocht vanwege de sterke link met het onderwijs.. Ook hier het verzoek tot nadere toelichting op de vraag: wanneer is sprake van 'ernstige' problemen?

*h. jeugdhulp bestaande uit hoogspecialistische geestelijke gezondheidszorg aan jeugdigen die onvoldoende baat hebben gehad of naar verwachting zullen hebben bij een reguliere behandeling en waarbij sprake is van één of meer ernstige, complexe of zeldzame aandoeningen dan wel van een voorspelbaar ernstig beloop van klachten;*

De definities rondom de ambulante Jeugd GGZ zijn onvoldoende helder.

*i. jeugdhulp bestaande uit gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg in verband met matige tot ernstige problematiek waarbij: 1°. onvoldoende resultaat wordt verwacht of is gebleken van behandeling in de generalistische basis jeugd geestelijke gezondheidszorg; 2°. sprake is van een psychische stoornis of een vermoeden daarvan; 3°. de jeugdige als gevolg van de betreffende problematiek aanzienlijke beperkingen in het dagelijks functioneren ervaart; en 4°. tevens sprake is van: - een hoog risico; - hoge complexiteit; - ernstige opvoedingsproblematiek; of - crimineel gedrag dan wel een vermoeden daarvan; j. specialistische jeugdhulp in verband met seksueel*

De definities rondom de ambulante Jeugd GGZ zijn onvoldoende helder.

In de tekst wordt gewezen op de DSM-classificatie. Deze past niet bij de Hervormingsagenda. Zowel in de Jeugdwet als in de Hervormingsagenda wordt juist gepleit voor demedicaliseren.

### **Vraag 3 van 3**

*De omschrijving van de jeugdhulpvorm 'gespecialiseerde ggz' sluit aan bij de ggz-standaarden. In de praktijktest is de vraag besproken of deze omschrijving voldoende onderscheidende kenmerken bevat om voor de praktijk helder te maken wat er wel en niet valt onder deze jeugdhulpvorm. In dit kader leggen wij u een aantal vragen voor, specifiek over de gespecialiseerde ggz:*

*5. Voldoet het gehele aanbod van gespecialiseerde ggz aan de criteria uit het wetsvoorstel?*

Een belangrijke vraag die hier ontbreekt, is of het aanbod van gespecialiseerde GGZ voldoende aansluit op andere vormen van ondersteuning om daadwerkelijk gezinsgerichte zorg te kunnen bieden. Ook dient de vraag te worden gesteld of de GGZ, in het licht van de doelen van de Jeugdwet en de Hervormingsagenda Jeugd (HAJ) omtrent demedicalisering, een noodzakelijke beweging moet maken om deze aansluiting te realiseren.



*6. Is het mogelijk, op basis van de criteria van het wetsvoorstel, bepaalde kenmerken te onderscheiden van de zorgvraag en/of het zorgaanbod om te kunnen bepalen of het lokaal zou moeten worden ingekocht?*

Wat hier ontbreekt is dat concreet inzichtelijk is gemaakt wat van lokale inkoop mag worden verwacht. Welke zorgvormen kunnen lokaal worden ingekocht? En wat is aansluitend daarop nodig aan regionale of landelijke inkoop? De huidige benadering, waarbij de volgorde omgekeerd lijkt te zijn gekozen, voorziet in mogelijke problemen bij de praktische uitvoering

*7. Zou het voor de duidelijkheid en bruikbaarheid in de praktijk helpen om bij de gespecialiseerde ggz kenmerken te noemen van de aanbieders van deze vorm van jeugdhulp en/of de wijze van behandeling die in het kader van deze jeugdhulpvorm plaatsvindt? Zo ja, waarom en welke eisen kunnen dat zijn? Zo nee, waarom niet?*

Antwoord vraag 5, 6 en 7: zie reactie vraag 1. Bij de praktijktest hebben wij onze ervaringen hiermee gedeeld. Wij zien graag dat vanuit de praktijk dit vraagstuk nader wordt uitgewerkt, juist omdat bij de jGGZ kansen liggen voor een meer contextgerichte focus vanuit de lokale infrastructuur en een landelijke blauwdruk daarom nu niet wenselijk is. Er ontbreekt een prikkel om de GGZ-partijen beter te laten aansluiten bij de lokale context en de voorliggende zorgvormenlijst is daar geen oplossing voor, integendeel.

Met vriendelijke groet,

Namens het Algemeen Bestuur van de Gemeenschappelijke Regeling Jeugdhulp Rijnmond