

# Inventarisatie en advies doorontwikkeling landelijke inkoop jeugdhulp

Vereniging van Nederlandse Gemeenten

—  
29 oktober 2024

KPMG Advisory N.V.

Kenmerk: A2400031594



# Doel van dit onderzoek is te komen tot een advies over zorgvormen die landelijke inkoop vereisen

## Dit onderzoek richt zich op de doorontwikkeling van de landelijke inkoop van jeugdhulp

De Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) begon in de aanloop naar de decentralisatie in 2013 met het maken van afspraken met landelijk opererende aanbieders in de jeugdzorg die een cruciale, weinig voorkomende functie vervullen in het zorglandschap. De reden om deze afspraken te maken, was om ervoor te zorgen dat vraag en aanbod voor schaarse en voornamelijk landelijk georganiseerde functies zo effectief mogelijk op elkaar aansluiten en de zorg voor jeugdigen die zeer specialistische en complexe zorg nodig hebben, geborgd blijft. Sindsdien is de landelijke inkoop voortgezet, omdat het oorspronkelijke doel, namelijk het waarborgen van specialistische jeugdhulp, nog steeds relevant is. Voor deze functies sluit de VNG namens alle Nederlandse gemeenten raamovereenkomsten in de vorm van het Landelijk Transitiearrangement (LTA). In de kern was de landelijke inkoop bedoeld als tijdelijk construct, waarbij deze in de eerste instantie bedoeld was als transitiearrangement. Het LTA heeft ondanks de ontwikkelingen in het zorglandschap een blijvende rol gehouden in het waarborgen van hoogspecialistische en schaarse functies. Gezien de veranderende behoeften en doelen binnen de jeugdzorg, is het goed om de landelijke inkoop te herzien. De VNG vraagt KPMG om inventarisatie en advies op de volgende vraagstukken:

- A1. Rode draden in de casuïstiek.
- A2. Zorgaanbod in kaart brengen.
- A3. Optimalisatiemogelijkheden netwerksamenwerking.
- B1. Vertaling selectiecriteria.
- B2. Zorgvormen landelijke inkoop jeugdhulp.
- B3. Transitie inkoop landelijke functies.
- B4. Versterking van netwerksamenwerking.
- B5. Frequentie van heroverweging van landelijk gecontracteerde functies.

Bron: 1) [Hervormingsagenda Jeugd 2023 – 2028](#); 2) Q1 – Q4 2023 Jeugd Totaal Rapportage – VNG.

Noot: A) Brabant en Zeeland, Gelderland, Limburg, Noord-Holland, Noord-Nederland, Overijssel, Utrecht, Zuid-West.

## Op basis van deskresearch, expertinterviews, focusgroepen en vragenlijsten zijn inzichten rondom bovenstaande vraagstukken opgehaald

Om de onderzoeksvragen zo goed mogelijk te kunnen beantwoorden, verzamelen wij op verschillende manieren informatie: via deskresearch, expertinterviews, focusgroepen en vragenlijsten. De projectgroep doorontwikkeling landelijke inkoop, bestaande uit vertegenwoordigers van het Rijk, gemeenten en aanbieders, heeft een centrale rol gespeeld tijdens dit onderzoek.

## We kijken zowel naar zorgaanbod als zorgvraag, met enkele aandachtspunten

Het is belangrijk om enkele nuances te maken bij de interpretatie van de resultaten. Ten eerste biedt de data van de VNG waardevolle informatie over het zorgaanbod, maar dit geeft niet altijd een volledig of eenduidig beeld. Daarnaast valt de koppeling niet te maken tussen de casussen uit het LTA vanuit de VNG-data<sup>1</sup> en de casussen die vanuit de Bovenregionale Expertisenetwerken Jeugd (BEN's) en de Regionale Expertteams (RET's) worden genoemd. Het is bij de interpretatie van resultaten bovendien cruciaal om de (boven)regionale context in overweging te nemen. Er zijn aanzienlijke variaties in de inrichting en uitvoering van zorginkoop tussen gemeenten en regio's, wat leidt tot verschillen in het aantal en type zorgaanbieders door het hele land. Verder sluit het zorgaanbod, hoewel het inzicht geeft in de zorgvraag, niet per definitie volledig aan bij de daadwerkelijke vraag. Daarom combineren we de gegevens over het zorgaanbod met een analyse van de zorgvraag per landsdeel. Dit helpt ons om regionale verschillen zorgvuldig te nuanceren en een realistisch beeld van de praktijk te schetsen.

## In 2023 had het LTA een omvang van circa EUR 194 miljoen, verdeeld over 42 aanbieders

Voor de analyses over het landelijk ingekochte zorgaanbod hebben we gebruikgemaakt van de beleidsinformatie en gegevens over het volume in euro's van LTA-gecontracteerde zorg in 2023, afkomstig van de VNG<sup>2</sup>. In 2023 ontving ongeveer 2% van de jeugdigen die jeugdzorg ontvingen, ondersteuning die via het LTA is ingekocht. Dit komt neer op 9722 unieke jeugdigen, met een totaal volume van circa EUR 194 miljoen, verdeeld over 42 aanbieders. Hoewel het aantal jeugdigen dat gebruikmaakt van ondersteuning die is ingekocht via het LTA relatief klein is, maken de kosten van het LTA een groter deel uit van de totale uitgaven voor jeugdzorg. Dit wijst erop dat de kosten per jeugdige die gebruikmaakt van het LTA relatief hoog zijn vergeleken met andere vormen van jeugdzorg.

# Er zijn verschillende rode draden te herkennen, grotendeels raken deze niet de landelijke inkoop

Het LTA bestaat uit een zeer gevarieerd, hoogspecialistisch aanbod. Het grootste perceel is 'Topklinische GGZ', zowel qua aantal jeugdigen als qua volume in euro's. Dit perceel omvat hoogspecialistische voorzieningen voor een relatief kleine groep patiënten. Het tweede grootste perceel qua aantal jeugdigen is 'Universitaire Medische Centra (UMC's)', die vaak zorg leveren met een gemiddeld lagere prijs door kortere en ambulante trajecten. Het perceel 'Jeugd Sterk Gedragsgestoord Licht Verstandelijk Beperkt (J-SGLVB)' heeft een relatief hoog volume in euro's door de intensieve en langdurige zorg die nodig is voor deze doelgroep.

Er zijn aanzienlijke regionale verschillen in het gebruik van het LTA dat vanuit acht landsdelen<sup>A</sup> is bijgehouden. Jeugdigen uit de landsdelen Zuid-West en Brabant gebruiken het hoogste gemiddelde volume in euro's. Het gemiddelde volume in euro's van deze twee landsdelen ligt significant hoger dan het gemiddelde volume in euro's in de andere landsdelen. Deze verschillen kunnen worden verklaard door variaties in het gebruik van het LTA, de beschikbaarheid van voorzieningen in de regio en het werkgebied van de voorziening. Regio's met een breder aanbod aan voorzieningen maken mogelijk minder gebruik van het LTA omdat dergelijke zorg op (boven)regionale schaal is ingekocht.

De grootste verwijzers naar het LTA in 2023 waren medisch specialisten, huisartsen en gemeenten. Huisartsen hebben een relatief groot aandeel in het aantal verwijzingen naar het LTA. Dit kan deels worden verklaard door verwijzingen van praktijkondersteuners in de huisartsenpraktijk (POH-GGZ) en huisartsen die het advies opvolgen dat eerder is gegeven tijdens consultaties, of door een andere zorgaanbieder die de patiënt heeft terugverwezen naar de huisarts. Daarnaast worden crisisteam buiten kantooruren vaak geregistreerd onder de huisarts als verwijzer.

## De BEN's en RET's hebben een belangrijke rol in het zorglandschap en hebben inzicht in de 'rode draden'

Naast het kijken vanuit zorgaanbod, wordt er in dit onderzoek gekeken vanuit het perspectief van de zorgvraag. De BEN's en de RET's hebben vanuit overkoepelende functies in de regio hier een goed beeld van. Voor complexe casussen kunnen gemeenten een beroep doen op de RET van hun jeugdhulpregio<sup>1</sup>. De belangrijkste taak van de RET's is het borgen van passende hulp voor elke jeugdige uit de regio, ongeacht de complexiteit van de zorgvraag. In 2020 zijn de BEN's in het leven geroepen om jeugdigen met complexe en meervoudige problemen te ondersteunen, met name de jeugdigen die tussen wal en schip vallen. De BEN's zijn een aanvulling op de RET's; de casussen die regionaal vastlopen en waar geen passende hulp voor gevonden kan worden, komen bij de BEN's op tafel<sup>1</sup>. De BEN's hebben dus goed zicht op de rode draden in de casuïstiek in hun

Bron: 1) Bovenregionale expertisenetwerken Jeugd – Tilburg University (2024).

landsdelen en op waar de casuïstiek op vastloopt, wat deels zorg ingekocht vanuit het LTA betreft.

Een belangrijk aandachtspunt is dat de inzichten over de doelgroepen die nu onvoldoende bediend worden, kwalitatief van aard zijn en vaak contextgebonden maatwerk vereisen. De hiaten in het zorglandschap verschillen per landsdeel, afhankelijk van het aantal en type voorzieningen en de samenwerking tussen jeugdregio's.

De BEN's en RET's benoemen verschillende rode draden die in drie categorieën kunnen worden ingedeeld:

- *Wel landelijke organisatie, mogelijk landelijke inkoop*: ernstige eetstoornissen, hoog forensische problematiek en combinatie van somatische en psychiatrische comorbiditeit.
- *Geen landelijke regie, geen landelijke inkoop*: overige casuïstiek met psychiatrische component en overige casuïstiek met LVB/disharmonisch intelligentieprofiel.
- *Openstaande vraagstukken*: casuïstiek in verband met veiligheid en casuïstiek met betrekking tot migratie-/vluchtelingenproblematiek.

Daarnaast benadrukken de RET's en zorgprofessionals het belang van voldoende alternatieven voor de doelgroep die nu gebruik maakt van JeugdzorgPlus (JZ+). Er is behoefte aan gezinsopnames, kleinschalige perspectief biedende plaatsen, en zorg voor zeer ernstige dwangstoornissen en autisme. Ook is er vanuit de RET's en zorgprofessionals behoefte aan een preventief aanbod voor forensische jeugdigen en zorg bij ernstige bedreiging, trauma en criminele uitbuiting.

## Er zijn diverse optimalisatiemogelijkheden binnen het huidige zorglandschap

Casuïstiek loopt vaak vast door een combinatie van factoren. Dit betreft grotendeels de organisatie van zorg, niet de inkoop van zorg. Zo is er vaak sprake van complexe comorbide problematiek, waarbij zorgaanbieders niet alle benodigde expertise in huis hebben. Daarnaast belemmeren financiële en organisatorische schotten de samenwerking tussen zorgaanbieders. Ook wordt niet altijd een goede verklarende analyse gemaakt van de invloeden en omstandigheden die de problematiek veroorzaken, wat leidt tot onnodige of onjuiste doorverwijzingen. Een andere uitdaging is dat jeugdigen vaak verplaatst moeten worden naar verschillende zorgaanbieders, wat een negatieve impact heeft op hun welzijn. De integratie van zorg en onderwijs werkt in de praktijk vaak onvoldoende, wat de toegang tot passende hulp bemoeilijkt. Ook is er geen landelijk dekkend aanbod voor hoogspecialistische forensische zorg.

# Het LTA biedt rust en stabiliteit in het veld en geadviseerd wordt om het in de huidige vorm te behouden

De diversiteit van deze redenen laat zien dat de rode draden niet per definitie gerelateerd zijn aan het ontbreken van passend zorgaanbod. Ook laten zowel de rode draden als de redenen voor het vastlopen zien dat deze casuïstiek niet per definitie via de landelijke inkoop opgevangen moet worden. De BEN's geven aan dat het grootste deel van de vastgelopen casuïstiek in hun landsdelen (boven)regionaal oplosbaar is, mits zaken goed georganiseerd zijn en partijen voldoende samenwerken. Wel kan het zijn dat vanwege de complexe en diverse aard van de casuïstiek, er behoefte is aan weinig voorkomende functies of specialistische expertise. Het is aannemelijk dat – zeker aan het begin van een transformatie – het LTA hiervoor goed benut kan worden, zeker als de expertise waar mogelijk naar de jeugdige toe komt.

Er zijn verschillende optimalisatiemogelijkheden die aansluiten bij deze uitdagingen. Een goed georganiseerde casusregie is essentieel, waarbij heldere afspraken worden gemaakt over verantwoordelijkheden. Gedurende het zorgtraject is nauwe samenwerking met onderwijsinstellingen noodzakelijk en bij de uitstroom moet de ondersteuning pas stoppen wanneer de jeugdige daadwerkelijk op eigen benen kan staan. Daarnaast is het belangrijk dat er goede verbindingen zijn tussen regionale velden en LTA-aanbieders, en dat er een balans wordt gevonden tussen 'stepped care' en 'matched care'. Kennisdeling binnen de keten is cruciaal, evenals duidelijke kaders voor 'zo thuis mogelijke zorg'.

## Een afwegingskader helpt om te blijven reflecteren op het LTA

Binnen de vraagstukken over de doorontwikkeling van de landelijke inkoop van jeugdhulp kijken we naar drie verschillende criteria, namelijk prevalentie, uniciteit en kennis. Deze drie criteria kunnen worden samengebracht in een conceptueel afwegingskader. De (sub)criteria in het afwegingskader zijn niet gelijkwaardig. Een zorgvorm hoeft niet aan alle criteria te voldoen; we zien uniciteit als belangrijkste criterium. Unicitéit wordt vervolgens versterkt door kennis en/of prevalentie. Een afwegingskader kan een hulpmiddel zijn bij het gesprek over welke zorgvormen passen binnen het LTA. In de praktijk is het echter complex om dergelijke afwegingen via gedefinieerde kaders te laten lopen.

## Het LTA biedt rust en stabiliteit en wordt om brede redenen gewaardeerd in het veld

Het LTA is destijds opgericht om ervoor te zorgen dat vraag en aanbod voor schaarse en voornamelijk landelijk georganiseerde functies zo effectief mogelijk op elkaar aansluiten en de zorg voor jeugdigen die zeer specialistische en complexe zorg nodig hebben, geborgd blijft. Interessant is dat het LTA aanvullend wordt geroemd om andere redenen dan waarvoor het oorspronkelijk in het leven is geroepen, zoals de vermindering van administratieve lasten. Het LTA biedt op dit moment rust en stabiliteit in het veld. Ook zien we geen aanleiding om aan te nemen dat het LTA de transformatie in de weg staat. Paradoxaal genoeg is de indruk eerder dat de voorzieningen die in

het LTA beschikbaar zijn werken als katalysator voor de transformatie, innovatie en samenwerking. Landelijke inkoop geeft zorgaanbieders de ruimte om zich te focussen op het leveren van schaarse en hoogspecialistische zorg, zonder veel tijd kwijt te zijn met meerdere inkoopprocessen op gemeentelijk of (boven)regionaal niveau. Daarnaast biedt het LTA hoogspecialistische zorgaanbieders de ruimte om elkaar beter te vinden en van elkaar te leren, iets wat transformatie en innovatie kan versnellen.

## Het versterken van de netwerksamenwerking is randvoorwaardelijk om het LTA optimaal te kunnen benutten

Om zowel de (boven)regionale structuren als het LTA optimaal te benutten, is het randvoorwaardelijk dat de netwerksamenwerking wordt verbeterd. Een sterkere netwerksamenwerking verkleint de afstand tussen LTA-aanbieders en het veld en vergemakkelijkt het vinden van passende vervolgzorg bij afschaling. Ook kan een verbeterde samenwerking resulteren in het versterken van het regionale zorgaanbod. Een natuurlijk gevolg hiervan is een verminderde opwaartse druk richting het LTA. Als de regio's sterker worden ingericht, is het aannemelijk dat de expertise toeneemt en in de toekomst meer zorg dichter bij huis geleverd kan worden.

## Wij adviseren om het LTA in de huidige vorm te behouden

Uit het onderzoek zijn diverse hiaten en optimalisatiemogelijkheden gekomen. De verwachting is dat veel van deze hiaten kunnen worden opgelost door versterking van de zorg op lokaal en/of (boven)regionaal niveau. Het LTA biedt op dit moment rust en stabiliteit in het veld en kan daarom blijven werken als katalysator voor de transformatie, innovatie en samenwerking. Het LTA dat bedoeld was als tijdelijk construct heeft daarmee nog altijd een belangrijke functie in het zorglandschap.

Wij adviseren daarom om het LTA in de huidige vorm te behouden, in ieder geval in de komende vijf jaar, gegeven de lopende contractperiodes. Concreet betekent dit dat wij geen directe aanleiding zien om zorgvormen uit het LTA te halen of eraan toe te voegen. De komende jaren moet de focus liggen op het creëren van stabiliteit in de jeugdzorg en het uitvoeren van de hervormingen, onder andere door in te zetten op het versterken van de netwerksamenwerking. In lijn hiermee adviseren wij om het LTA in de huidige vorm te behouden en slechts aan te passen als hier concrete redenen voor zijn. Een voorbeeld is de afbouw van de gesloten jeugdzorg. Als de transformatie in het veld verder is, de BEN's en de RET's verder zijn doorontwikkeld en de (boven)regionale zorg sterker is ingeregeld, zal de rol van het LTA mogelijk veranderen.

# Naar verwachting blijft het volume in euro's van het LTA gelijk op korte termijn, met mogelijk een krimp op lange termijn

De functie van het LTA zal in de toekomst meer verschuiven naar het delen van kennis en expertise van hoogspecialistische zorgaanbieders, ook meer in de regio's en bij de jeugdige zelf. Het LTA fungeert op die manier steeds meer als instrument voor de centralisatie van kennis en expertise. Het is essentieel dat specialistische kennis beschikbaar wordt en blijft in een lokale context, omdat dit bijdraagt aan de kwaliteit van zorg. Dit zou een nieuwe rol voor het LTA kunnen zijn.

## Het LTA biedt ruimte voor regionale alternatieven en ondersteunt de transformatie

De verwachting is dat het gebruik van zorg binnen het LTA weinig zal variëren over de jaren heen en stabiel blijft, ook met de focus op regionale contractering en samenwerking in robuuste regio's. Het LTA fungeert hierbij als een terugvaloptie die ruimte biedt voor alternatieve regionale zorgvormen en dient als katalysator voor sectorbrede ontwikkelingen. Naarmate het (boven)regionale zorgaanbod versterkt, kan het LTA qua omvang iets afnemen, doordat de transformatie-inspanningen leiden tot minder instroom en meer inzet van regionale alternatieven. De verwachting is dat het volume in euro's van het LTA op korte termijn gelijk blijft en op lange termijn iets krimpt, beide los van periodieke indexatie.

## Wij adviseren eens per vijf jaar een formele herijking van het LTA

Wij adviseren om periodiek kritisch te kijken naar de samenstelling en de omvang van het LTA. Zorgprofessionals geven aan dat zij dit zelf jaarlijks gezamenlijk met het veld kunnen doen. Contracten voor (boven)regionale zorg zijn vaak langetermijncontracten. Daarom vinden wij het niet logisch en nodig om het LTA jaarlijks te herijken. Een grotere en formele herijking kan elke vijf jaar, op initiatief van de VNG, plaatsvinden. Signalen vanuit het veld kunnen altijd aanleiding geven om van deze planning af te wijken en het LTA eerder te herijken.



Bron afbeelding: [Unsplash.com](https://unsplash.com)

# Inhoudsopgave

## Managementsamenvatting

- 01**      **Inleiding**
  - 1.1 Doel en context van het onderzoek
  - 1.2 Leeswijzer
  
- 02**      **Kaders en methode**
  - 2.1 Kaders
  - 2.2 Methode
  
- 03**      **Huidige stand van zaken**
  - 3.1 Huidige landelijk ingekochte zorgaanbod
  - 3.2 Rode draden in de casuïstiek
  
- 04**      **Reflectie huidige stand van zaken**
  - 4.1 Optimalisatiemogelijkheden in het huidige zorgaanbod
  - 4.2 Optimalisatiemogelijkheden in de netwerksamenwerking
  - 4.3 Afwegingskader
  
- 05**      **Transformatie**
  - 5.1 Ontwikkelmogelijkheden LTA
  - 5.2 Conclusie en aanbevelingen

## Bijlagen

# 1. Inleiding

# Het doel van de landelijke inkoop is vandaag de dag nog steeds relevant, het instrument dient echter te worden herijkt

## Achtergrond

Sinds de voorbereidingen op de decentralisatie van de jeugdzorg is de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) betrokken op het thema landelijke transitie en inkoop van jeugdhulp (hierna: landelijke inkoop). De Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) begon in de aanloop naar de decentralisatie in 2013 met het maken van afspraken met landelijk opererende aanbieders in de jeugdzorg die een cruciale, weinig voorkomende functie vervullen in het zorglandschap. De reden om deze afspraken te maken, was om ervoor te zorgen dat vraag en aanbod voor schaarse en voornamelijk landelijk georganiseerde functies zo effectief mogelijk op elkaar aansluiten en de zorg voor jeugdigen die zeer specialistische en complexe zorg nodig hebben, geborgd blijft. Dit werd gedaan in het kader van zowel regionale als landelijke overgangsregelingen om de transitie van de oude naar de nieuwe situatie bij de invoering van de Jeugdwet in 2015 te faciliteren. Sindsdien is de landelijke inkoop voortgezet, omdat het oorspronkelijke doel, namelijk het waarborgen van specialistische jeugdhulp, nog steeds relevant is.

Voor deze functies sluit de VNG namens alle Nederlandse gemeenten raamovereenkomsten in de vorm van het Landelijk Transitiearrangement (LTA). Gemeenten rekenen hier naar gebruik af in het geval dat een jeugdige wordt doorverwezen naar een LTA-gecontracteerde aanbieder. Het LTA is een specifieke regeling die werd geïntroduceerd om de overgang van de oude naar de nieuwe financieringsstructuur in de jeugdzorg te ondersteunen en ervoor te zorgen dat de meest kwetsbare groep jeugdigen niet tussen wal en schip valt.

Het LTA is verbonden met de bredere context van het jeugdzorgstelsel dat sinds 2015 sterk is veranderd en ontwikkeld. Sinds de invoering van de Jeugdwet in 2015 zijn de jeugdzorgregio's nog steeds in gebruik, alhoewel de beweging wordt gemaakt om het aantal jeugdzorgregio's af te bouwen naar 41 jeugdzorgregio's. Binnen deze regio's zijn vaak kleinere subregio's gevormd om nog specifiek in te kunnen spelen op lokale behoeften.

Tegelijkertijd zien we een duidelijke verschuiving richting het versterken van de lokale aanpak, het opbouwen van een solide sociale basis en het borgen van beschikbaarheid van zorg voor elke jeugdige. Dit betekent dat er meer nadruk ligt op het bieden van ondersteuning dichtbij de jeugdigen zelf, door lokale voorzieningen en netwerken te versterken. Bovendien zijn er regionale en bovenregionale teams en overlegstructuren opgezet, zoals de Bovenregionale Expertisenetwerken Jeugd (BEN's) en de Regionale Expertteams (RET's). Deze teams en structuren zijn bedoeld om de samenwerking tussen verschillende regio's te verbeteren en om te zorgen voor een gecoördineerde aanpak van jeugdzorg op meerdere niveaus.

In de kern was de landelijke inkoop bedoeld als tijdelijk construct, waarbij het in de eerste instantie bedoeld was als transitiearrangement. Het LTA heeft ondanks de ontwikkelingen in het zorglandschap een blijvende rol gehouden in het waarborgen van hoogspecialistische en schaarse functies.

In de Hervormingsagenda Jeugd<sup>1</sup> is overeengekomen dat gemeenten de landelijke inkoop doorontwikkelen. Het primaire doel van landelijke inkoop is het borgen van de beschikbaarheid en continuïteit van een aantal hoogspecialistische en weinig voorkomende vormen van jeugdzorg. Dit maakt deel uit van vijf samenhangende bouwstenen die in de Hervormingsagenda zijn vastgelegd:

1. Versterken van de regio's.
2. Standaardiseren van inkoop, kwaliteit en administratie.
3. Inkopen op landelijke schaal.
4. Regievoeren op regio-overstijgende transformatie.
5. Onderzoek naar verevenen van risico's (tussen gemeenten onderling).

Deze bouwstenen zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden en kunnen niet onderling worden vervangen. Bovendien is landelijke inkoop nauw verbonden met de herijkingen die parallel lopen met de Hervormingsagenda, zoals 'Robuuste Regio's' en het wetsvoorstel 'Verbetering beschikbaarheid jeugdzorg'<sup>2</sup>, waarin wordt vastgelegd welke zorgvormen op minimaal regionaal niveau moeten worden ingekocht.

Om de beschikbaarheid en continuïteit van een aantal hoogspecialistische en/of weinig voorkomende vormen van jeugdzorg te borgen, worden deze zorgvormen landelijk ingekocht. Dergelijke vormen dienen dermate specialistisch en weinig voorkomend te zijn, dat deze niet duurzaam op een lagere schaal georganiseerd kunnen worden. De landelijke inkoop vormt daarmee het sluitstuk en dient in omvang beperkt te blijven. Ongeveer 9.700 jeugdigen ontvangen jaarlijks jeugdhulp op grond van de huidige landelijke inkoop. De totale omvang van de landelijke inkoop is ongeveer EUR 194 miljoen.

De algemene tendens is dat men wil voorkomen dat jeugdigen in landelijke functies terecht komen. Er wordt gericht op het tijdig in beeld brengen van problematiek en het organiseren van de hulp in de regio om zo te voorkomen dat jeugdigen met complexe meervoudige problematiek (onnodig) in de landelijke functies terecht komen. Echter, er zal altijd een groep jeugdigen zijn die hoogspecialistische, weinig voorkomende zorg nodig zullen hebben.



# Voor een herijking van de landelijke inkoop is het belangrijk om goed inzicht te krijgen in de huidige casuïstiek, het bestaande zorgaanbod en de netwerksamenwerking

## Aanleiding voor het onderzoek

Gezien de veranderende behoeften en doelen binnen de jeugdzorg is het goed om de landelijke inkoop te herzien. In de Hervormingsagenda Jeugd is overeengekomen dat de selectiecriteria: 1) prevalentie; 2) kennis; en 3) uniciteit in samenhang leidend blijven om te bepalen welke functies in aanmerking komen voor de landelijke inkoop. Om tot een gedragen invulling van de landelijke inkoop te komen, heeft de VNG een projectgroep doorontwikkeling landelijke inkoop geïnitieerd, die is samengesteld uit vertegenwoordigers van het Rijk, gemeenten en aanbieders. De projectgroep is verantwoordelijk voor het komen tot een advies voor de doorontwikkeling van de landelijke inkoop en adviseert het bestuurlijk overleg over de te nemen stappen. De projectgroep werkt als vertrekpunt de visie en doelen uit die beoogd worden binnen de landelijke inkoop.

## Onderzoeksvraag

De VNG heeft KPMG gevraagd om zowel een inventarisatie te maken als advies te geven over verschillende vraagstukken. Hieronder worden de vraagstukken toegelicht waarvoor KPMG om een inventarisatie en inzicht is gevraagd. Aanvullend zijn er diverse adviesvragen geformuleerd. Deze adviesvragen zijn te vinden in bijlage A.

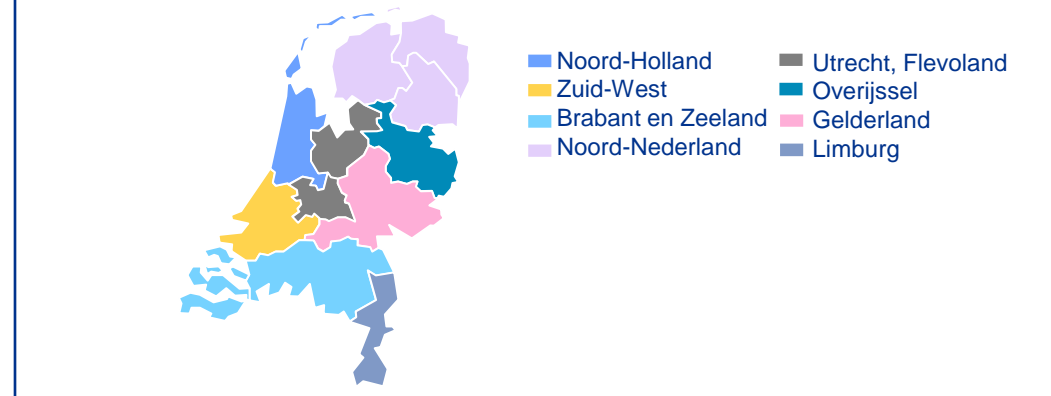
### A) Inventarisatie en inzicht

1. **Rode draden in de casuïstiek.** KPMG is gevraagd om, samen met de acht Bovenregionale Expertisenetwerken Jeugd (BEN's), inzicht te krijgen in de belangrijkste trends en veelvoorkomende knelpunten (de 'rode draden') in de casuïstiek binnen deze acht landsdelen. De acht landsdelen zijn conform de landsindeling van de BEN's (zie figuur 1) en zijn als volgt:

- Noord-Holland
- Utrecht, Flevoland
- Brabant en Zeeland
- Limburg
- Zuid-West
- Gelderland
- Overijssel
- Noord-Nederland (Friesland, Groningen, Drenthe)

Bron: 1) [Wat doen de Bovenregionale Expertisenetwerken Jeugd? | VNG.](#)

Figuur 1. Indeling acht landsdelen conform indeling BEN's<sup>1</sup>



2. **Zorgaanbod in kaart brengen.** KPMG is gevraagd om te inventariseren hoe de belangrijkste thema's in de casuïstiek zich verhouden tot het huidige regionale en landelijke zorgaanbod. Hiervoor maken we een inschatting van het huidige aanbod aan de hand van beleids- en omzetcijfers van het LTA-gebruik in 2023, afkomstig van de VNG. Daarnaast worden ook eerdere onderzoeken in het veld benut.
3. **Optimalisatiemogelijkheden netwerksamenwerking.** De landelijke inkoop hangt samen met de inkoop op lokaal en regionaal niveau. Dit maakt de toegang tot specialistische en weinig voorkomende zorg mede afhankelijk van het aanbod in de directe omgeving van de jeugdige. Netwerksamenwerking heeft hier dus een cruciale functie. KPMG is gevraagd om de optimalisatiemogelijkheden in de netwerksamenwerking te inventariseren, waarbij in ieder geval de volgende thema's worden behandeld:
  - Verwijzing en toegang tot zorg.
  - Samenwerking binnen de zorgketen gedurende het hulpverleningstraject.
  - Afschaling en organisatie van vervolgzorg.

De uitkomsten van dit onderzoek worden door de projectgroep, samen met de visie en doelen van de landelijke inkoop, gebruikt om te komen tot een onderbouwd advies aan het bestuurlijk overleg.

# Dit rapport beschrijft een analyse van de doorontwikkeling van de landelijke inkoop op het niveau van zorgvraag, zorgaanbod en netwerksamenwerking

De uitkomsten van dit onderzoek worden door de projectgroep, samen met de visie en doelen van de landelijke inkoop, gebruikt om te komen tot een onderbouwd advies aan het bestuurlijk overleg.

Tijdens het onderzoek lag de focus op de landelijke inkoop (onder andere bestaande uit contractering en bekostiging). Echter, jeugdzorg kan op twee manieren worden gestuurd: via de inkoop van zorg (financiële en contractuele afspraken) en via de organisatie van zorg (onderlinge samenwerkingen en hoe zorg wordt geleverd). Hoewel dit onderzoek zich primair richt op de landelijke inkoop van zorg en de bijbehorende processen, raken de voorliggende vraagstukken ook vaak de organisatie van zorg. Een voorbeeld is de gevraagde verdieping op de netwerksamenwerking, wat sterke samenhang heeft met hoe zorg is georganiseerd. In dit rapport wordt daarom zowel aan landelijke inkoop als organisatie van zorg gerefereerd. Deze begrippen zijn nadrukkelijk niet hetzelfde, maar zijn twee communicerende vaten die beiden cruciaal zijn als het gaat om continuïteit van zorg.

## Leeswijzer

Dit rapport beschrijft een analyse van de doorontwikkeling van de landelijke inkoop van jeugdzorg. Het beoogt inzicht te geven in de actuele situatie, de belangrijkste ontwikkelingen en uitdagingen binnen de landelijke inkoop en werpt tevens een blik op de toekomstige rol van de landelijke inkoop in de komende jaren. Het rapport zal worden gebruikt door de VNG, als opdrachtgever, en door de projectgroep doorontwikkeling landelijke inkoop, om advies te verlenen over vervolgstappen in de doorontwikkeling van de landelijke inkoop. Daarnaast zal het rapport als basis dienen voor verdere raadpleging van gemeenten, aanbieders en andere betrokken partijen.

Dit rapport bestaat uit vijf hoofdstukken. In hoofdstuk 2 lichten wij de methode van dit onderzoek toe en beschrijven we welke kaders we hebben gebruikt. Hoofdstuk 3 geeft een overzicht van de huidige situatie met betrekking tot de landelijke inkoop en bespreekt de belangrijkste trends in de casuïstiek per landsdeel. In hoofdstuk 4 behandelen we de optimalisatiemogelijkheden voor het huidige zorgaanbod en de netwerksamenwerking en presenteren we een afwegingskader. Ten slotte blikken we in hoofdstuk 5 vooruit op de komende jaren en eindigen we met de conclusie en aanbevelingen naar aanleiding van dit onderzoek.

## 2. Kaders en methode

# De prikkel voor landelijke inkoop moet niet primair financieel zijn

## Visie

Onderstaand staan we kort stil bij onze visie op dit onderwerp. We benoemen onze visie ten aanzien van het vraagstuk omdat het onderzoek vanwege de structurerende rol op landelijk niveau veel impact kan hebben. Het vraagstuk is namelijk omgeven van belangen en de transformatie in de regio's verloopt in verschillende tempo's.

### Landelijke inkoop is gericht op het borgen van beschikbaarheid en continuïteit van zorg en mag niet lucratief zijn

Een beperkt aantal vormen van jeugdzorg<sup>A</sup> in Nederland is zo specialistisch en schaars, dat het maar op een aantal plekken in het land voorkomt. Het primaire doel van deze landelijke inkoop is het borgen van de landelijke beschikbaarheid en continuïteit van een aantal hoogspecialistische en weinig voorkomende vormen van jeugdzorg. Dergelijke vormen dienen dermate specialistisch en weinig voorkomend te zijn, dat deze niet duurzaam op een lager schaalniveau georganiseerd kunnen worden. Middels landelijke inkoop kan men adequaat inspringen op ontwikkelingen in vraag en aanbod van (hoog)specialistische jeugdzorg.

Het includeren van zorgvormen onder de landelijke inkoop kan op meerdere manieren interessant zijn voor aanbieders: enerzijds omdat dit de administratieve lasten van het onderhandelen met meerdere gemeenten wegneemt, anderzijds vanwege de vaste tarieven en/of vergoeding voor beschikbaarheid. Onze visie is echter dat zorg binnen de landelijke inkoop niet primair gericht moet zijn op lucratief zijn. Uiteraard moet de zorg financieel gezond zijn, maar de prikkel voor deelname aan de landelijke inkoop zou vooral kwalitatief van aard moeten zijn. De focus moet liggen op de specialistische kennis en intensieve infrastructuur die nodig is om hoogspecialistische zorg te kunnen aanbieden, in plaats van primair te kijken naar financiële overwegingen. Daarom hanteren wij het uitgangspunt 'nee, tenzij'. Hiermee bedoelen we dat niet alle schaarse vormen van jeugdzorg in aanmerking komen voor landelijke inkoop. Het is belangrijk dat onnodig gebruik van landelijke voorzieningen wordt voorkomen, met name wanneer zorg elders adequaat kan worden geleverd. Dit is in lijn met de Hervormingsagenda Jeugd, die stelt dat de omvang van de landelijke zorgvormen beperkt moet blijven.

Tegelijkertijd erkennen we dat landelijke voorzieningen cruciaal zijn voor het waarborgen van de beschikbaarheid van zorg. Dit belang is tweeledig. Enerzijds bieden landelijke voorzieningen noodzakelijke hulp aan de meest kwetsbare jeugdigen met zeer complexe problemen waarvoor

Bron: 1) Onderzoek beschikbaarheid jeugdhulp in strafrechtelijk kader – EHDK; 2) [Jeugdhulp in strafrechtelijk kader – AEF](#).

Noot: A) Onder jeugdzorg verstaan wij verschillende vormen van hulp, waaronder jeugdhulp, jeugdbescherming en jeugdreclassering.

andere zorgvormen niet toereikend zijn. Anderzijds kunnen deze voorzieningen een oplossing bieden voor situaties waarin het voortraject al veel problemen heeft opgeleverd. Ideaal gezien moet echter worden voorkomen dat landelijke zorgvormen nodig zijn door knelpunten in het voortraject effectief aan te pakken. Als de zorg in de (boven)regionaal adequaat geregeld is, zou de noodzaak voor landelijke zorgvormen moeten afnemen.

In bovenstaande tekst worden veel voordelen van het LTA genoemd. Toch brengt het LTA ook diverse uitdagingen met zich mee. Gemeenten hebben bijvoorbeeld minder grip hebben op de uitgaven. Doordat de inkoop en organisatie van hoogspecialistische jeugdzorg landelijk worden geregeld, verliezen gemeenten deels de controle over hun budgetten en de mogelijkheid om lokaal maatwerk te leveren. Daarnaast zijn gemeenten niet direct betrokken bij de contractering en monitoring van de zorgaanbieders, waardoor zij beperkter invloed hebben op de beschikbaarheid van zorg. Dit kan resulteren in een mismatch tussen de lokale behoeften en het landelijke aanbod. Bovendien kan de administratieve last voor gemeenten toenemen doordat zij moeten samenwerken met meerdere landelijke en regionale partijen, wat de coördinatie soms complexer en tijdsintensiever maakt dan bij kleinschaligere inkoop.

### Het jeugdzorgveld is breed en divers met vele perspectieven

Onder jeugdzorg valt een grote variëteit van ondersteuning die aan jeugdigen wordt gegeven. De perspectieven en behoeften binnen de jeugdzorg kunnen verschillen. Het is onder andere belangrijk om het perspectief van de forensische jeugdhulp te betrekken. Uit diverse onderzoeken naar de beschikbaarheid van Jeugdhulp in Strafrechtelijk Kader (JiSK)<sup>1, 2</sup> blijkt dat deze doelgroep onvoldoende aandacht krijgt en dat gecontracteerde aanbieders vaak niet beschikken over de benodigde forensische expertise. Het forensische veld geeft aan dat er landelijk een tekort is aan specialistische behandel- en woonvoorzieningen, vooral voor jongeren die langdurig verblijf, intensieve gedragsbegeleiding of zorg na hun 18e levensjaar nodig hebben. Vanwege de kleine omvang van deze doelgroep is landelijke coördinatie noodzakelijk om voldoende schaalgroottes te realiseren. Daarnaast kan het versterken van onder andere de rol en verantwoordelijkheid van gemeenten, het verbeteren van samenwerking en communicatie, en een gerichte inkoop van forensische expertise de beschikbaarheid en effectiviteit van JiSK bevorderen. Daarom is landelijke organisatie van zorg ook op dit vlak relevant.

# Landelijke inkoop staat niet op zichzelf en wordt beïnvloedt door lopende transformaties en initiatieven in het veld

## Uitgangspunten

In dit onderzoek zijn verschillende perspectieven samengebracht om tot zo valide mogelijke resultaten te komen. Bij het uitvoeren van het onderzoek waren er verschillende uitgangspunten:

- De projectgroep is gedurende het gehele onderzoek betrokken. Aan het begin van het onderzoek is een projectgroep ingericht waarmee de onderzoeksaanpak is afgestemd en waaraan de resultaten zijn voorgelegd. Gedurende dit onderzoek hebben zes bijeenkomsten plaatsgevonden om de leden van de projectgroep te informeren over het onderzoek. Daarnaast is om hun input gevraagd, bijvoorbeeld rondom het vaststellen van de aanpak, het betrekken van experts en de (concept)resultaten. Zie bijlage B voor een overzicht van de leden van de projectgroep.
- Gedurende het onderzoek is actief geprobeerd de betrokkenheid van zorgprofessionals te maximaliseren. De betrokkenheid van zorgprofessionals in het onderzoek was cruciaal om ervoor te zorgen dat de bevindingen goed aansloten bij de praktijk en dat de resultaten breed gedragen worden binnen de sector. Zorgprofessionals zijn op verschillende manieren betrokken, zoals via focusgroepen, duidingssessies en individuele interviews. Bovendien hebben zorgprofessionals die niet in de gelegenheid waren om aan te sluiten bij de sessies, de gelegenheid gehad om schriftelijk input te leveren.
- Een belangrijk uitgangspunt in dit onderzoek was het rekening houden met de regionale diversiteit. Elke regio heeft zijn eigen unieke context, wat het ingewikkeld maakt om algemene conclusies te trekken. Het onderzoeksrapport 'Regiovisies Jeugdhulp'<sup>1</sup> van de Jeugdautoriteit benadrukt dat regionale verschillen van invloed zijn op de effectiviteit van oplossingen voor het verbeteren van samenwerking. Bovendien komt dit onderwerp ook terug in het onderzoek 'Robuuste Regio's', dat tot in het najaar van 2024 loopt. Hoewel het moeilijk is om alle lokale nuances volledig in dit rapport weer te geven, hebben we ons best gedaan om hier zoveel mogelijk rekening mee te houden. Dit hebben we onder andere gedaan door te zorgen voor een evenwichtige spreiding van de betrokken partijen en door de vragenlijst breed uit te zetten over verschillende regio's.
- Het zorglandschap is voortdurend in beweging, met tal van lopende onderzoeken en ontwikkelingen. Ons onderzoek staat niet op zichzelf en wordt daarom beïnvloed door ontwikkelingen en initiatieven in het veld, bijvoorbeeld de doorontwikkeling van de J-SGLVB. Ook recente en/of lopende onderzoeken naar de AMvB-zorgvormenlijst en de toets Robuuste Regio's hangen samen met dit onderzoek. Bovendien zijn er eerder al onderzoeken uitgevoerd naar de mogelijkheden voor de doorontwikkeling van de landelijke inkoop. De quickscan 'Doorontwikkeling van het LTA'<sup>2</sup> adviseerde de ontwikkeling van eenduidige toetredingscriteria voor het aanbod dat wordt opgenomen in de landelijke inkoop. Daarnaast heeft er een verkennend onderzoek, 'Toekomstscenario's LTA'<sup>3</sup>, naar mogelijke toekomstbeelden voor de landelijke inkoop en organisatie van schaarse jeugdzorg plaatsgevonden. Uit dit onderzoek kwam naar voren dat thema's zoals integrale jeugdhulp en forensische jeugdhulp verder uitgewerkt dienen te worden ten behoeve van de landelijke inkoop. Het is essentieel om de samenhang tussen de resultaten van dit onderzoek en andere lopende initiatieven te waarborgen en in een bredere context te plaatsen. Bij grote veranderingen in het zorglandschap kan het noodzakelijk zijn bepaalde resultaten opnieuw te evalueren en in overweging te nemen, zodat de aanbevelingen relevant en toekomstbestendig blijven.
- De balans tussen zorgvormen en doelgroepen blijft een uitdaging. Met de huidige transformaties van het zorgaanbod zien we dat het aanbod van zeer specifieke zorgvormen soms afneemt, bijvoorbeeld bij de om- en afbouw van de gesloten jeugdhulp. Dit betekent echter niet automatisch dat de doelgroep 'mee-transformeert' en de complexiteit van de doelgroepen positioneren, met name in de context van de landelijke inkoop. Een mogelijke benadering is om minder nadruk te leggen op specifieke zorgvormen en meer op de behoeften van de doelgroepen. De landelijke inkoop zou dan breder moeten kijken naar de behoeften van deze doelgroepen, in plaats van enkel naar het aanbod van zorgvormen. Deze benadering kan vooral relevant zijn voor aanbieders die gespecialiseerd zijn en hun expertise kunnen aantonen. Het is cruciaal om ervoor te zorgen dat waardevolle kennis over doelgroepen behouden blijft en tegelijkertijd een doelgerichte landelijke zorginfrastructuur wordt gerealiseerd.

Bron: 1) [Onderzoeksrapport Regiovisies Jeugdhulp | Rapport | Jeugdautoriteit](#); 2) [Quickscan Doorontwikkeling van het LTA – AEF](#); 3) Verkenning toekomstscenario's LTA – EhdK.

# In dit onderzoek zijn verschillende methoden gebruikt om inzichten te verzamelen en deze te verkennen en op te reflecteren met diverse partijen in het veld (1/2)

Om de drie vraagstukken van de VNG zo goed mogelijk te beantwoorden, is informatie verzameld via verschillende werkstromen. Door inzichten vanuit diverse bronnen en invalshoeken samen te brengen, willen we een compleet beeld schetsen van de verschillende perspectieven die in het veld spelen.

### Expertinterviews

Bij aanvang van het onderzoek hebben we expertinterviews gehouden met verschillende Bovenregionale Expertisenetwerken (BEN's), gemeenten, een zorgaanbieder gecontracteerd via het Landelijk Transitiearrangement (LTA) en een zorgaanbieder zonder LTA-contract (zie bijlage B). Het doel van deze expertinterviews was om aanvullende inzichten te verkrijgen vanuit diverse perspectieven in het veld, evenals van relevante databronnen zoals eerdere onderzoeken. Tijdens deze interviews zijn onderwerpen besproken zoals de opzet, uitdagingen en kaders van het onderzoek, alsmede de drie selectiecriteria van het afwegingskader: prevalentie, kennis en uniciteit.

### Deskresearch

Daarnaast hebben we middels deskresearch zowel openbare als toegestuurde documenten geanalyseerd. We hebben voortgebouwd op eerder uitgevoerd onderzoek om het veld zo min mogelijk te belasten. Ook zijn gegevens van de VNG geanalyseerd, zoals cijfers over het gebruik van het LTA in 2023, het aantal unieke jeugdigen, het gebruik per regio, en het type verwijzers. Deze gegevens hebben bijgedragen aan een beter inzicht in de huidige situatie rondom het LTA, zoals beschreven in hoofdstuk 3.

### Projectgroep doorontwikkeling landelijke inkoop

Zowel bij aanvang van het onderzoek als gedurende het onderzoek is de projectgroep doorontwikkeling landelijke inkoop aangehaakt. Belangrijke (tussentijdse) bevindingen van het onderzoek en eventuele koerswijzigingen zijn tijdens deze bijeenkomsten besproken.

### Focusgroepen

Tijdens het onderzoek zijn vier focusgroepen georganiseerd met verschillende betrokkenen uit het veld om verschillende inzichten te verzamelen. De focusgroepen zagen er als volgt uit :

1. Focusgroep met de BEN's: Deze bijeenkomst had als doel de onderzoeksopzet te beoordelen, het toetsingskader te bespreken, en eerste inzichten te verkrijgen over hiaten in het zorglandschap vanuit het perspectief van de BEN's. Zie bijlage B voor een overzicht van de deelnemers.

2. Focusgroep met de RET's: In deze bijeenkomst werd de onderzoeksopzet besproken en werd gekeken naar ontbrekende zorg in het regionale aanbod. Ook werd het perspectief van de RET's verzameld. Zie bijlage B voor een overzicht van de deelnemers.
3. Focusgroepen met cliëntvertegenwoordigers en zorgprofessionals: Er zijn twee afzonderlijke focusgroepen gehouden met cliëntvertegenwoordigers en zorgprofessionals. Zie bijlage B voor een overzicht van de deelnemers. De eerste focusgroep richtte zich op het identificeren van ontbrekende zorg in het huidige aanbod en het bespreken van knelpunten in de netwerksamenwerking. De tweede focusgroep was gericht op het verfijnen van het afwegingskader en het identificeren van belangrijke thema's in de casuïstiek.

### Vragenlijstonderzoek

Parallel aan de verschillende bijeenkomsten is een vragenlijst opgesteld en verspreid onder LTA-gecontracteerde zorgaanbieders, gemeenten, RET's en BEN's. Deze vragenlijst was gericht op het in kaart brengen van de optimalisatiemogelijkheden in de netwerksamenwerking tussen deze partijen op zowel regionaal als landelijk niveau. De vragenlijst omvatte zes thema's:

1. Verwijzing/toegang tot zorg en herkomst van jeugdigen.
2. Ketensamenwerking gedurende het jeugdhulptraject en overlegpartners.
3. Afschaling en organisatie van vervolgzorg.
4. Bekostiging en financiële middelen.
5. Consultatie en kennisdeling.
6. Lopende pilots en transformatieprojecten.

De vragenlijst bestond uit 28 tot 31 vragen (zie bijlage C), afhankelijk van de partij die de vragenlijst invulde. Hoewel de vragenlijsten deels varieerden per partij, is er zorgvuldig op gelet om de vergelijkbaarheid tussen de partijen te maximaliseren door het merendeel van de vragen hetzelfde te houden.

# In dit onderzoek zijn verschillende methoden gebruikt om inzichten te verzamelen en deze te verkennen en op te reflecteren met diverse partijen in het veld (2/2)

## Duidingssessie

De eerste conceptresultaten zijn besproken in een duidingssessie met verschillende zorgprofessionals en experts. Bij deze sessie zijn zorgprofessionals uit diverse expertisegebieden uitgenodigd om een representatief beeld te krijgen. Tijdens deze bijeenkomst werd ook hun visie over de toekomst van het zorglandschap besproken, inclusief de rol die de landelijke inkoop daarin kan spelen en wat daarvoor nodig is.

## Aanvullende overleggen en gesprekken

Gedurende het onderzoek is op verschillende momenten, in overleg met de opdrachtgever, besloten om extra gesprekken te voeren met diverse partijen. Zo is meerdere keren overlegd met het ministerie van VWS om de verbinding tussen dit onderzoek en het onderzoek naar de AMvB-zorgvormenlijst te waarborgen. Ook zijn de BEN's twee keer aanvullend gesproken, naast hun deelname aan de focusgroep. Verder hebben we deelgenomen aan een overleg van de Schakel- en Adviesraad (SAR) om hen te informeren over het onderzoek en hun visie over de toekomst van de landelijke inkoop op te halen.

# 3. Huidige stand van zaken



# In dit hoofdstuk plaatsen we het LTA binnen de context van de huidige stand van zaken in de jeugdzorg, op landelijk niveau en het niveau van de acht landsdelen

In dit hoofdstuk richten we ons op de huidige stand van zaken binnen het jeugdzorglandschap door te kijken naar het zorgaanbod en de zorgvraag.



We starten met een analyse van het huidige landelijk ingekochte zorgaanbod. Hierbij maken we gebruik van de beleidsinformatie en gegevens over het volume in euro's van LTA-gecontracteerde zorg in 2023, afkomstig van de VNG<sup>1</sup>. Deze gegevens geven inzicht in de omvang en spreiding van het zorgaanbod op landelijk niveau en de verdeling ervan over het land.



Vervolgens gaan we dieper in op de zorgvraag. Dit doen we door de rode draden in de casuïstiek die door verschillende partijen in het veld worden herkend, zoals de RET's en BEN's, uiteen te zetten. Dit helpt ons een duidelijk beeld te krijgen van de vraag naar zorg en van eventuele knelpunten die hierin naar voren komen.

#### Context en behoeften verschillen per landsdeel

Het is belangrijk om enkele nuances te maken bij de interpretatie van de resultaten. Ten eerste biedt de data van de VNG waardevolle informatie over het zorgaanbod, maar dit geeft niet altijd een volledig of eenduidig beeld. Zo zijn effecten van specifieke beleidsmaatregelen, zoals de om- en afbouw van de gesloten jeugdzorg, niet direct uit de data af te leiden. Ook zijn verschillen die worden verklaard door het woonplaatsbeginsel of de duur van verblijf niet uit de data te filteren. Deze factoren kunnen de interpretatie van de gegevens beïnvloeden. Daarnaast is het niet mogelijk om de koppeling te maken tussen de casussen uit het LTA vanuit de VNG-data en de casussen die vanuit de RET's en de BEN's worden genoemd. Hierdoor is het onduidelijk of dit om dezelfde personen gaat of om andere doelgroepen. Regionale data was niet beschikbaar voor dit onderzoek, waardoor validatie rondom deze punten niet mogelijk was.

Het is bij de interpretatie van resultaten bovendien cruciaal om de (boven)regionale context in overweging te nemen. Er zijn aanzienlijke variaties in de inrichting en uitvoering van zorginkoop tussen gemeenten en regio's, wat leidt tot verschillen in het aantal en type zorgaanbieders door

het hele land. Om deze regionale verschillen beter te begrijpen, analyseren we de data over het zorgaanbod zowel op landelijk als op landsdeelniveau. Hierdoor kunnen we onderscheid maken tussen wat op landelijk niveau speelt en wat specifiek in bepaalde landsdelen terugkomt.

Verder sluit het zorgaanbod, hoewel het inzicht geeft in de zorgvraag, niet per definitie volledig aan bij de daadwerkelijke vraag. Daarom combineren we de gegevens over het zorgaanbod met een analyse van de zorgvraag per landsdeel. Dit helpt ons om regionale verschillen zorgvuldig te nuanceren en een realistisch beeld van de praktijk te schetsen. Tegelijkertijd identificeren we herkenbare kwesties en rode draden die in meerdere landsdelen voorkomen. Met deze benadering streven we ernaar een zo compleet mogelijk beeld te schetsen van de huidige situatie, rekening houdend met zowel de unieke behoeften van elk landsdeel als de bredere, gemeenschappelijke trends. Op deze manier kunnen we beter begrijpen waar de hiaten en knelpunten zich bevinden en op welk niveau deze moeten worden aangepakt.

Bron: 1) Q1 – Q4 2023 Jeugd Totaal Rapportage – VNG.

## 3.1 Huidige landelijk ingekochte zorgaanbod

# In 2023 ontving ongeveer 2% van de jeugdigen die jeugdzorg ontvingen, ondersteuning die via het LTA is ingekocht

## Voor inzicht in het huidige landelijk ingekochte zorgaanbod is gekeken naar het jaar 2023

Voor de analyses over het landelijk ingekochte zorgaanbod hebben we gebruikgemaakt van de beleidsinformatie en gegevens over het volume in euro's van LTA-gecontracteerde zorg in 2023, afkomstig van de VNG<sup>1</sup>. Deze gegevens geven inzicht in de omvang en spreiding van het zorgaanbod op landelijk niveau en de verdeling ervan over het land. Het meest recente complete jaar was 2023. Door gebruik te maken van versleutelde unieke cliëntnummers, is de beschikbare informatie niet specifiek te herleiden naar individuele jeugdigen en blijft de privacybescherming tegelijkertijd gewaarborgd.

In onze analyses gebruiken we de perceelindeling zoals deze op dit moment in het LTA wordt gehanteerd<sup>2</sup>. Het is goed om in acht te houden dat deze indeling haar beperkingen heeft. Zo is de huidige indeling gebaseerd op type aanbod naar doelgroep. Daarnaast kan er overlap bestaan tussen de verschillende percelen, waardoor de grenzen tussen de percelen niet altijd scherp zijn afgebakend.

In 2023 waren er 9722 unieke jeugdigen die gebruik maakten van het LTA, met een totaal volume in euro's van EUR 194.078.629 (zie tabel 1). Deze kosten waren verdeeld over 42 aanbieders (zie bijlage D). Van de 474.000 jeugdigen die in 2023 jeugdzorg ontvingen<sup>3</sup>, maakte ongeveer 2% gebruik van het LTA. Qua volume in euro's maakte het LTA ongeveer 3% uit van de totale jeugdzorgkosten in 2023<sup>4</sup>. Dit laat zien dat hoewel het aantal jeugdigen dat gebruikmaakt van het LTA relatief klein is, de kosten van het LTA een relatief groter deel uitmaken van de totale uitgaven voor jeugdzorg. Dit wijst erop dat de kosten per jeugdige die gebruikmaakt van het LTA relatief hoog zijn vergeleken met andere vormen van jeugdzorg.

Bij het interpreteren van de data is het belangrijk om rekening te houden met het feit dat percelen niet altijd één op één te vergelijken zijn door inherente verschillen in de aard van zorg binnen deze percelen. Zo dragen verschillen in bijvoorbeeld doorlooptijden van trajecten en verschillen in regionaal zorgaanbod bij aan verschillen in het gemiddelde volume in euro's per traject. Bovendien kunnen percelen deels overlappen. Zo kunnen er bijvoorbeeld zorgvormen voor intensieve behandeling van autisme zijn binnen zowel de percelen UMC's als ZIKOS<sup>A</sup>. Meer inzicht in het huidige gebruik van het LTA is te vinden in bijlage E1.

Perceel	Uniek aantal jeugdigen	Totaal volume in euro's
Topklinische GGz	3872	€63.932.168
J-SGLVB	366	€41.416.353
Diagnostiek Observatie & Exploratieve behandeling	123	€19.721.787
UMC's	2851	€16.675.839
ARFID en onzindelijkheid	585	€11.971.973
Academische behandelcentra	982	€11.363.299
Landelijke opvang en behandeling seksuele uitbuiting en eengerelateerd geweld	172	€7.155.934
Intensieve behandeling autisme	29	€5.872.382
ZIKOS	58	€5.010.333
Jeugdhulp zintuigelijk beperkten	316	€3.970.970
Gastplaatsingen High Intensive Care	193	€3.796.042
Landelijk werkende klinieken voor gezinspsychiatrie	116	€1.582.259
Overbruggingsregeling	26	€1.563.840
Jeugd GGZ voor Chromosomale gebonden genetische syndromen	33	€45.449
<b>Totaal</b>	<b>9722</b>	<b>€194.078.629</b>

Bron: 1) Q1 – Q4 2023 Jeugd Totaal Rapportage – VNG; 2) [Functies en aanbieders Jeugdhulp | VNG](#); 3) [Meer jongeren met jeugdhulp, vooral meer tienermeiden | CBS](#); 4) [Budget en kosten voor jeugdzorg](#) – AEF.

Noot: A) ZIKOS maakt per 1 juli 2024 geen onderdeel meer uit van de landelijke contractering. Tijdens het onderzoek kwam duidelijk naar voren dat het cruciaal is om volwaardige alternatieven te ontwikkelen, omdat het sluiten van de ZIKOS-afdelingen niet per definitie betekent dat de doelgroep in de bestaande alternatieven opgevangen kan worden. Of de nieuwe alternatieven binnen het LTA moeten vallen of op een lagere schaalgrootte georganiseerd kunnen worden, dient nader onderzocht te worden als het alternatief beschikbaar is.

## 3.1 Huidige landelijk ingekochte zorgaanbod

# We zien aanzienlijke verschillen in het gebruik van het LTA tussen de acht landsdelen (1/2)

## Landsdelen Zuid-West en Brabant, Zeeland zijn de grootste gebruikers van het LTA

Wanneer we het gebruik van het LTA<sup>1</sup> uitsplitsen naar het niveau van de acht landsdelen zien we duidelijke verschillen (zie figuur 2). Jeugdigen uit de landsdelen Zuid-West en Brabant, Zeeland hebben het hoogste gemiddelde volume in euro's. Het gemiddelde volume in euro's van deze twee landsdelen ligt significant hoger dan het gemiddelde volume in euro's van de andere landsdelen.

Het is belangrijk om geen waardeoordeel aan de financiële volumes te binden. Een hoger of lager gemiddeld volume in euro's per landsdeel zegt per definitie niet iets over hoe goed of slecht een landsdeel het doet. Verschillen in volumes kunnen door verschillende redenen verklaard worden.

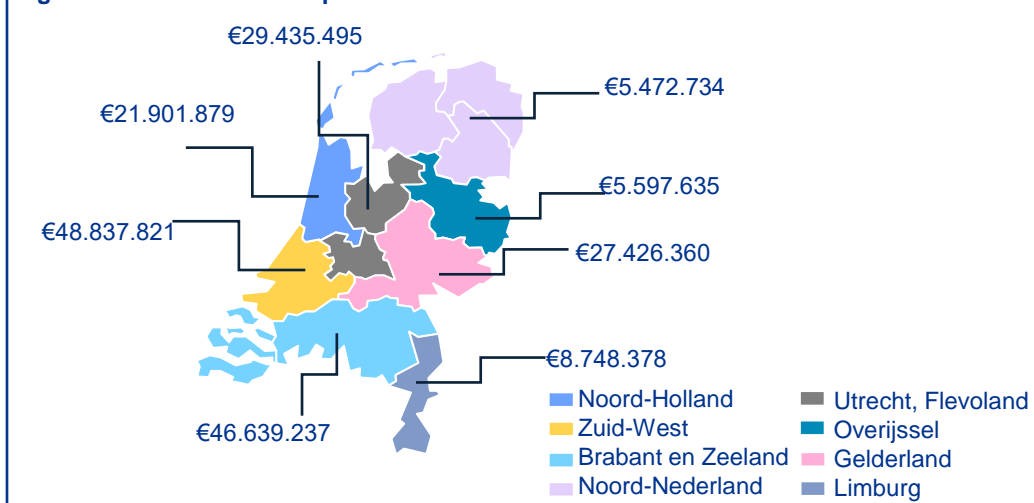
Ten eerste kunnen ze wijzen op variaties in het gebruik van het LTA en de beschikbaarheid van voorzieningen in de regio. Regio's met een breder aanbod aan voorzieningen, die dus beter in staat zijn alternatieven te organiseren, maken mogelijk minder gebruik van het LTA. Bovendien kunnen regio's ervoor kiezen om het LTA-aanbod niet zelf in te kopen. Variatie in verwijsgedrag naar het LTA leidt ook tot variatie in hoeveel en op welke manier het LTA wordt gebruikt. Zorgprofessionals bevestigen dat deze mogelijke oorzaken kunnen spelen, maar vanwege het ontbreken van gedetailleerde informatie, kunnen zij de oorzaken niet specifiek toewijzen aan bepaalde regio's of landsdelen.

Het is belangrijk om te vermelden dat wij in onze analyses uitgaan van het woonplaatsbeginsel. Dit beginsel houdt in dat de gemeente waar een jeugdige staat ingeschreven, vaak de regio van herkomst, verantwoordelijk is voor de financiering en organisatie van zorg. Het LTA-gebruik wordt dus toegerekend op basis van herkomst van de jeugdige, en niet op de locatie van de voorziening. Echter, bij langdurig verblijf op een andere locatie, zoals bij jeugdstrafrechtelijke maatregelen, kan dit soms een vertekend beeld geven. In deze gevallen wordt een jeugdige vaak ingeschreven op het adres van de huidige verblijfplaats, waardoor de gemeente van dat adres verantwoordelijk wordt.

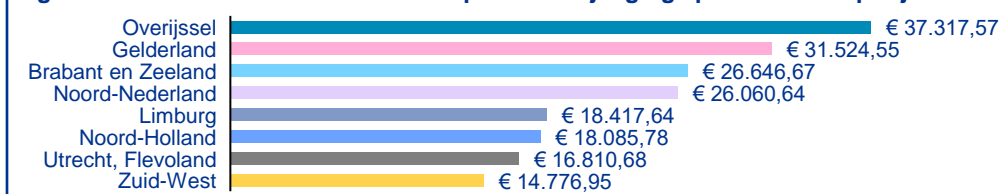
De beschikbare data biedt echter geen inzicht in de oorspronkelijke regio van de jeugdige, maar alleen in de regio waar deze op het moment van zorgverlening staat ingeschreven. Hierdoor kunnen we niet precies bepalen hoe groot dit effect is. Echter, dit kan deels verklaren waarom het gemiddelde volume in euro's per jeugdige in de landsdelen in het zuiden en oosten van het land relatief hoog zijn (zie figuur 3), aangezien daar vaak meer verblijfsvoorzieningen aanwezig zijn

door de grotere beschikbare ruimte. Wanneer we het aantal unieke jeugdigen per landsdeel vergelijken met het totaal aantal jeugdigen per landsdeel, zien we dat Utrecht, Flevoland en Zuid-West relatief gezien de grootste gebruikers zijn, met respectievelijk 0,44% en 0,42% van hun totaal aantal jeugdigen die gebruikmaken van het LTA (zie bijlage E2).

Figuur 2. Volume in euro's per landsdeel in 2023<sup>2</sup>



Figuur 3. Gemiddelde volume in euro's per unieke jeugdige per landsdeel per jaar



Bron: 1) Q1 – Q4 2023 Jeugd Totaal Rapportage – VNG; 2) [Wat doen de Bovenregionale Expertisenetwerken Jeugd? | VNG](#).

### 3.1 Huidige landelijk ingekochte zorgaanbod

# We zien aanzienlijke verschillen in het gebruik van het LTA tussen de acht landsdelen (2/2)

## Verschillen en overeenkomsten tussen landsdelen in gebruik LTA

Er zijn zowel overeenkomsten als verschillen te zien in het gebruik van het LTA per landsdeel (zie bijlage E3).

Een opvallende overeenkomst is dat het perceel 'Topklinische GGz' in bijna elk landsdeel tot de grootste percelen behoort; vaak is het zelfs het grootste of het een na grootste perceel. Limburg vormt hierop een uitzondering. Ook het perceel 'J-SGLVB' komt in zes van de acht landsdelen voor in de top vijf, terwijl 'ARFID en onzindelijkheid' daar in vijf van de acht landsdelen voorkomt (zie bijlage E4).

Verder valt op dat in zowel Overijssel als Noord-Nederland het perceel 'Landelijke opvang en behandeling seksuele uitbuiting en eergelateerd geweld' tot de vijf grootste percelen behoort, wat in de andere landsdelen niet het geval is (bijlage D4). Dit kan deels verklaard worden doordat de aanbieder die deze zorg verzorgt locaties in Friesland heeft.

Ook is het opvallend dat niet alle landsdelen gebruikmaken van alle veertien beschikbare percelen binnen het LTA. Noord-Nederland maakt gebruik van het minst aantal percelen, namelijk tien. Dit wijst erop dat deze zorgvormen op een andere schaal worden ingekocht, bijvoorbeeld (boven)regionaal, of dat ze niet beschikbaar zijn in Noord-Nederland.

Deze variatie in prioritering en gebruik van percelen weerspiegelt de specifieke behoeften en kenmerken van de regio's. Hierbij is het van belang eerder genoemde disclaimers en nuanceringen in acht te nemen, zoals de effecten van het woonplaatsbeginsel. Toch zijn er duidelijke bredere behoeften te herkennen, bijvoorbeeld Topklinische GGz en J-SGLVB.

## 3.1 Huidige landelijk ingekochte zorgaanbod

# De grootste verwijzers naar het LTA in 2023 waren medisch specialisten, huisartsen en gemeenten

In totaal zijn er 15.939 trajecten geregistreerd binnen het LTA in 2023 en 9722 unieke jeugdigen, wat erop wijst dat een jeugdige binnen het LTA gemiddeld 1,6 traject doorloopt.

## De grootste verwijzers naar het LTA in 2023 waren medisch specialisten, huisartsen en gemeenten

Wanneer we kijken naar het aandeel van verschillende typen verwijzers naar het LTA in 2023, zowel op het niveau van het aantal trajecten als het aantal unieke jeugdigen, blijkt dat medisch specialisten, huisartsen en gemeenten de grootste verwijzers waren (zie figuur 4A, 4B). Opvallend is dat huisartsen een relatief groot aandeel hebben in het aantal verwijzingen naar het LTA. Zorgprofessionals en experts noemen verschillende mogelijke verklaringen hiervoor.

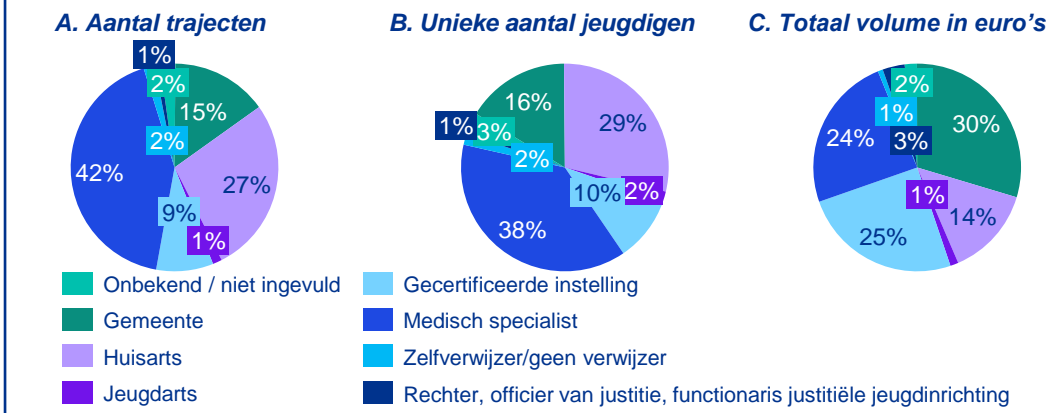
Ten eerste worden verwijzingen van praktijkondersteuners in de huisartsenpraktijk (POH-GGZ) geregistreerd onder de naam van de huisarts. In deze gevallen gaat er dus vaak al een traject vooraf aan de verwijzing naar het LTA. Ten tweede volgen huisartsen vaak het advies op dat eerder is gegeven tijdens consultaties of door een andere zorgaanbieder die de patiënt heeft terugverwezen naar de huisarts. In die zin fungeert de huisarts niet als de primaire beslisser, maar wel als degene die de verwijzing uitvoert, bijvoorbeeld in het geval dat een regionale aanbieder een jeugdige terugverwijst naar de huisarts na een gestagneerd zorgtraject. Ten derde, indien crisisteams worden ingeschakeld, buiten kantooruren, wordt dit ook geregistreerd onder de huisarts als verwijzer.

Het is belangrijk om te vermelden dat deze informatie gebaseerd is op gemeentelijke data, die geen inzicht biedt in het proces dat aan de vraagformulering voorafgaat. Wanneer een huisarts uiteindelijk verwijst, weten we dus niet altijd welke stappen of overwegingen daaraan voorafgingen en welke partijen hierbij betrokken waren.

Verder noemen zorgaanbieders dat er een landelijke trend te zien is waarbij gemeentelijke verwijzers het steeds drukker krijgen. Zorgprofessionals geven aan dat wanneer dat gebeurt cliënten soms worden doorverwezen naar de huisarts voor een verwijzing, om zo sneller geholpen te worden en wachtlijsten te omzeilen. Dit leidt tot een zogenaamd 'waterbedeffect'.

Bijlage D5 beschrijft inzichten in het aandeel van verwijzers naar het LTA, gekeken naar het aantal trajecten en het aantal cliënten.

Figuur 4. Aandeel verwijzers in het LTA in 2023<sup>1</sup>, gekeken naar:



Bron: 1) Q1 – Q4 2023 Jeugd Totaal Rapportage – VNG.

## 3.2 Rode draden in de casuïstiek

# Via de BEN's zijn de rode draden in casuïstiek in kaart gebracht, deze zijn te interpreteren met diverse aandachtspunten

## De BEN's en RET's hebben een belangrijke rol in het zorglandschap

Naast het kijken vanuit zorgaanbod, wordt er in dit onderzoek gekeken vanuit het perspectief van de zorgvraag. De BEN's en RET's hebben vanuit overkoepelende functies in de regio hier een goed beeld van.

Op dit moment zijn er acht BEN's verspreid over het land. Deze netwerken bieden consultatie, advies, bemiddeling naar passende zorg en fungeren als kennis-, leer- en ontwikkelcentra. In 2020 zijn de BEN's in het leven geroepen om jeugdigen met complexe en meervoudige problemen te ondersteunen, met name de jeugdigen die tussen wal en schip vallen. De BEN's zijn een aanvulling op de RET's; de casussen die regionaal vastlopen en waar geen passende hulp voor gevonden kan worden, komen bij de BEN's op tafel.<sup>1</sup> De BEN's hebben dus het beste zicht op de rode draden in de casuïstiek in hun landsdelen en op waar de casuïstiek op vastloopt, wat deels zorg ingekocht vanuit het LTA betreft.

De BEN's werken nauw samen met de RET's. Alle 42 jeugdregio's in Nederland is gevraagd om een RET op te richten. Voor complexe casussen kunnen gemeenten een beroep doen op de RET van hun jeugdhulpregio<sup>1</sup>. De belangrijkste taak van de RET's is het borgen van passende hulp voor elke jeugdige uit de regio, ongeacht de complexiteit van de zorgvraag. Niet alle RET's zijn hetzelfde georganiseerd, wat onvermijdelijk is vanwege de benodigde lokale kleuring. De kerntaken en doelen van de RET's zijn overal vrijwel hetzelfde. De verschillen zitten voornamelijk in de soorten casussen die zij op tafel krijgen. Daarnaast merken de RET's op dat zij in de praktijk steeds vaker geconfronteerd worden met uitdagingen zoals personeelstekorten, financiële beperkingen en/of hoog-complexe casussen<sup>2</sup>.

Zo dragen zowel BEN's als RET's bij aan een (boven)regionale (kennis)infrastructuur en samenwerking in het veld. Voor het verlenen van weinig voorkomende zorg is een (kennis)infrastructuur nodig waarin verschillende disciplines in een netwerk samenwerken. Ook bij op- en afschalen is afstemming en samenwerking nodig om tot passende (vervolg)zorg te komen.

## Aandachtspunten bij het interpreteren van de bevindingen van de BEN's

Samen met de BEN's hebben we de rode draden in de casuïstiek per regio in kaart gebracht. Hierbij is een aantal punten goed om vooraf onder de aandacht te brengen:

- De inzichten over de doelgroepen die nu onvoldoende bediend worden en waarvoor hiaten zijn in het zorglandschap zijn met name kwalitatief van aard en laten zich niet reduceren tot

Bron: 1) Bovenregionale Expertisenetwerken Jeugd – Tilburg University (2024); 2) Input focusgroep RET's (17 juli 2024).

bijvoorbeeld een 'kruisjeslijst'. Dit gaat om contextgebonden maatwerk dat vaak woorden vraagt om de situatie helder in kaart te brengen.

- De hiaten kunnen per landsdeel verschillen. Het aantal en type voorzieningen verschilt per landsdeel en ook de ambities om voorzieningen te ontwikkelen verschillen. Ook verschilt het in hoeverre een BEN of RET wordt ingeschakeld. Deze zaken hangen samen met de samenwerking tussen de jeugdregio's in het landsdeel en de ambitie van de zorgaanbieders. Gezien de verschillende behoeften per regio/landsdeel, maakt dit het bepalen van een set landelijke voorzieningen complex. Het is hierbij van belang om de grootste gemene delers te bepalen, maar ook bewust te zijn van de uitzonderingen.
- De insteek is over het algemeen om met alle partijen in het landsdeel lerend tot betere zorg voor jeugdigen en hun naasten te komen. Inzetten op zaken als betere verklarende analyses, innoveren in combinatie met onderwijs en volwassen-ggz en steun bieden op het gebied van armoede en wonen zijn hier cruciaal. Er wordt breder gewerkt naar een transformatie van het jeugdveld door niet langer de jeugdigen te verplaatsen, maar de expertise waar mogelijk naar de jeugdige zelf, diens naasten en school te brengen. Zoals bovenstaand genoemd is de mate waarin dat lukt sterk afhankelijk van de situatie in het betreffende landsdeel. Hierbij kan gedacht worden aan de verschillende samenwerkingen binnen een landsdeel, de mate waarin onderwijs reeds betrokken is en in hoeverre de stem van jeugdige en ouders gehoord wordt.
- Zoals ook in hoofdstuk 2.1 genoemd, ligt de focus in dit onderzoek op de landelijke inkoop, maar raakt het tegelijkertijd de organisatie van zorg. De verwachting is dat veel van de casuïstiek die wordt gezien in de rode draden via de organisatie van zorg kunnen worden opgepakt, hetgeen niet altijd of per definitie om landelijke inkoop vraagt. Soms vragen transformaties om landelijke regie, bijvoorbeeld op het niveau van coördinatie of beleid. Daarnaast moet echter de vraag gesteld worden of het noodzakelijk is om ook landelijk in te kopen. Een voorbeeld hiervan zijn landelijke tariefafspraken, waarbij de inkoop zelf op regionaal niveau ingericht blijft.
- Daarnaast is het goed om te beseffen dat de doelgroepen die in deze sectie besproken worden, doelgroepen betreffen waarbij de casuïstiek (boven)regionaal vastloopt. Doelgroepen die bovenregionaal worden geholpen en waarbij de casuïstiek niet vastloopt omdat bijvoorbeeld de zorg momenteel goed is ingericht, worden in dit overzicht niet genoemd. Dit betekent echter niet dat deze casuïstiek niet wordt gezien binnen de landsdelen.

## 3.2 Rode draden in de casuïstiek

# De BEN's herkennen verschillende rode draden, deze raken echter niet per definitie landelijke inkoop (1/2)

Zoals genoemd is er een onderscheid te maken tussen landelijke inkoop en landelijke organisatie/regie. De BEN's benoemen verschillende rode draden, gebaseerd op beelden uit de praktijk die ze meekrijgen – zowel vanuit eigen ervaring als die van de RET's. De rode draden zijn nadrukkelijk niet bedoeld om per definitie in een landelijke contractering onder te brengen. Integendeel, de insteek is juist om met alle partijen in het landsdeel lerend tot betere zorg voor deze jeugdigen en hun ouders te komen. Daarom onderscheiden de BEN's drie categorieën waarin de rode draden kunnen worden ingedeeld:

- 1) Wel landelijke organisatie, mogelijk landelijke inkoop;
- 2) Geen landelijke organisatie, geen landelijke inkoop;
- 3) Openstaande vraagstukken.

NB: Het is belangrijk te vermelden dat onderstaand stuk is geschreven op basis van de input van de BEN's. In dit stuk zijn op enkele punten kleine aanpassingen gedaan aan de originele input van de BEN's om consistentie en duidelijkheid te waarborgen; de tekst is daarom geen exacte weergave van de oorspronkelijke input van de BEN's.

## 1. Wel landelijke organisatie, mogelijk landelijke inkoop

- *Ernstige eetstoornissen*: De BEN's beschrijven deze doelgroep als volgt: “*Dit betreft jeugdigen met een te laag BMI, waarbij ambulante thuiszorg geen verbetering laat zien, maar juist een verslechtering*”. Er bestaat momenteel een landelijke, topklinische (derdelijns) functie gericht op ernstige eetstoornissen, waar ook onderzoek en innovatie plaatsvinden. Deze functie biedt echter minder mogelijkheden dan een Medisch Psychiatrische Unit (MPU): er zijn strengere criteria voor opname bij comorbiditeit, en gedwongen (sonde)voeding kan beperkt worden ingezet. Deze topklinische functie valt onder landelijke organisatie en landelijke inkoop. De BEN's noemen een mogelijke behoefte aan een beperkt aantal MPU-bedden<sup>A</sup>. Echter, noemen de BEN's ook dat MPU's niet per definitie de aangewezen plekken zijn voor het opzetten van een “*casuïstiek-expertise netwerk die ook outreachend de behandeling aanbiedt*”. Het opzetten van een dergelijk netwerk benodigd samenwerking tussen diverse partijen, gericht op het versterken van ambulante zorg voor ernstige eetstoornissen, het voorkomen van klinische opnames, en het verkorten van de duur van opnames. Recente inzichten van Landelijke Ketenaanpak Eetstoornissen (K-EET) dragen hieraan bij. Daarom moet de landelijke expertisefunctie van K-EET structureel gewaarborgd worden.

Noot: A) Een MPU is niet specifiek bedoeld voor eetstoornissen, maar ook voor andere aandoeningen zoals functioneel neurologisch syndroom en katatonie. Ook is een MPU niet altijd nodig bij eetstoornissen; B) Met betrekking tot verblijf en behandeling voor de grotere forensische doelgroep geven de BEN's aan dat “*het loskoppelen van verblijf en behandeling van belang is, evenals het investeren in ambulante forensische teams die ter plaatse ondersteuning kunnen bieden*”.

- *Hoog forensische problematiek*: De BEN's noemen het volgende bij het beschrijven van deze doelgroep: “*Valkuil bij beschrijvingen van deze doelgroep is dat deze te breed wordt. We moeten o.a. uitkijken dat in een regio moeilijk te helpen jongeren niet als forensisch bestempeld gaan worden.*” Bovendien constateren de BEN's dat er scherpere zorginhoudelijke definities nodig zijn en pleiten ervoor dat de SAR zich hierover buigt in nauwe afstemming met zorgprofessionals. Sommige jeugdigen gaan in de huidige zorg zo achteruit dat ze uiteindelijk als forensisch worden gezien, terwijl ze met betere (boven)regionale ondersteuning goed kunnen functioneren. De BEN's noemen dat het belangrijk is om expertise behandeling landelijk te bundelen<sup>B</sup> voor “*jeugdigen met forensische problematiek waar ook sprake is van ernstig verstoorde gewetensontwikkeling en zeer geringe empathische vermogens. Er is overlap met de zogeheten Drill-rap groepen*”. De BEN's signaleren een duidelijke behoefte aan een netwerk van casusexperts dat de regio's actief ondersteunt met consultaties, behandelingen en coaching van begeleiders.
- *Combinatie van somatische en psychiatrische comorbiditeit*: Bij beschrijving van deze doelgroep noemen de BEN's jeugdigen met foetaal alcohol syndroom (FAS), erfelijke afwijkingen (bijvoorbeeld chromosoom 9 deleties), gecombineerd met onbegrepen gedragsproblemen, hechtingsproblemen en ASS, als voorbeeld. Hier is het belangrijk om medische expertise en expertise op gedrag/psyche te combineren. De BEN's noemen dat er landelijke regie nodig is om kennis en consultatie beschikbaar te maken voor deze en andere voorkomende combinaties. Dit is op dit moment niet het geval, maar is volgens de BEN's wel wenselijk. Vaak is er niet per definitie behoefte aan bedden, maar aan “*outreachinge expertise*” en ambulante hulp vanuit de psychiatrie, zowel bij voorzieningen waar deze jeugdigen verblijven als bij ouders die thuis voor hun kind zorgen.

## 2. Geen landelijke regie, geen landelijke inkoop

- *Overige casuïstiek met voorliggende psychiatrische component*: “Het is een (boven)regionale opdracht om jeugd-ggz te verbinden met orthopedagogiek, volwassen-ggz, onderwijs, RET's en het sociaal domein”. De BEN's noemen bovengenoemde partijen als kandidaten voor een “*casus-expertisenetwerk*”. Bovendien noemen de BEN's zes topklinische jeugd-ggz-instellingen die regionaal zijn ingekocht met extra budget voor hun academische functie. BEN's geven aan dat de ambitie soms ontbreekt in de samenwerking met jeugdzorg, StroomOP en Beweging van 0. De vraag is hoe men meer sturing en commitment kan krijgen van deze academische centra en hun ontwikkeling met betrekking tot de transformatie van de jeugdhulp.

## 3.2 Rode draden in de casuïstiek

# De BEN's herkennen verschillende rode draden, deze raken echter niet per definitie landelijke inkoop (2/2)

- *Overige casuïstiek met voorliggende LVB/disharmonisch intelligentieprofiel:* De BEN's zien voor zich dat partijen als het CCE, het WSG-expertisecentrum, het Kenniscentrum LVB, de Academische Werkplaats Kajak en Vereniging OBC's samenwerken om een gezamenlijk expertisenetwerk te vormen. Zo kunnen zij *"kennis en kunde naar de regio's brengen en verbinding leggen met andere domeinen"*.

### 3. Openstaande vraagstukken

- *Overige casuïstiek: time out in verband met veiligheid:* Bij complexe veiligheidsvraagstukken, zoals bij slachtoffers van seksuele uitbuiting, is het volgens de BEN's maar de vraag of er aparte voorzieningen nodig zijn of dat gebruik kan worden gemaakt van voorzieningen in andere regio's indien nodig. De BEN's geven aan dat zij partijen kunnen identificeren die samen willen functioneren als een *"thema-expertisenetwerk"*.
- *Overige casuïstiek met betrekking tot migratie-/vluchtelingenproblematiek:* Ook bij casuïstiek met betrekking tot migratie- en vluchtelingenproblematiek vragen de BEN's zich af of er aparte voorzieningen nodig zijn. *"Er speelt vaak trauma, onthechting, isolement, geen onderwijs/werk/dagbesteding."* Ook een onzeker toekomstperspectief in Nederland en gebrek aan cultuursensitief werken dragen bij aan de complexiteit. Nidos, jeugdbescherming voor vluchtelingen, biedt op dit moment hulp, maar de vraag is of dit voldoende is. De BEN's hebben de voorkeur om *"in lijn met de gedachtengang, ambulante (trauma)behandeling aan te bieden op die plekken waar jeugdige vluchtelingen verblijven, en er niet aparte centrale locaties voor in te richten."* Het Centraal Orgaan opvang asielzoekers (COA) heeft opvanglocaties verspreid door het hele land, waardoor het lastig is om op elke locatie deze zorg aan te bieden. Dit komt mede doordat deze zorg extra vaardigheden vereist van de behandelaars, zoals kennis van taal en cultuur.

Tot slot hebben sommige landsdelen individueel input aangeleverd. Deze input is te vinden in bijlage G.



## 3.2 Rode draden in de casuïstiek

# De RET's en zorgprofessionals zien aanvullend diverse rode draden in het zorglandschap

Aanvullend zijn er tijdens contactmomenten tijdens het onderzoek diverse rode draden en knelpunten naar voren gekomen vanuit onder andere de RET's en zorgprofessionals. Dit betreft een aantal vormen van zorg die momenteel ontbreken in het huidige (regionale) aanbod. Dit ontbrekende aanbod betreft verschillende doelgroepen en zorgbehoeften.

- Langdurig verblijf hoog-complexe forensische problematiek: Evenals de BEN's geven ook de RET's en zorgprofessionals uit het forensische veld aan dat er een landelijk tekort is aan specialistische behandel- en woonsettingen, met name voor langdurig verblijf voor forensische hulp voor met name jeugdigen met zeer complexe, comorbide problematiek waarvoor lokale instellingen vaak geen passende zorg kunnen bieden. Deze partijen pleiten voor een landelijke coördinatie van de zorginkoop, gezien de beperkte omvang van deze doelgroep en de hoge complexiteit van hun problemen. Vanwege de nauwe samenwerking binnen de regionale ketens en de koppeling met andere domeinen is regionale contractering een logische optie. Een mogelijke richting is om de inkoop op (boven)regionaal niveau te contracteren, binnen landelijke kaders.
- Preventief aanbod forensische jeugdigen: RET's en zorgprofessionals geven aan dat op dit moment kinderen met een forensisch profiel pas toegang krijgen tot intensievere zorg nadat zij meerdere delicten hebben gepleegd. Er is daarom behoefte aan een zorgaanbod dat voor deze jeugdigen eerder en preventief kan ingrijpen, zodat problemen al in een eerder stadium worden aangepakt en verdere escalatie kan worden voorkomen.
- Gezinsopnames: Er is behoefte aan meer mogelijkheden voor gezinsopnames waarbij het hele gezin bij de zorg en behandeling betrokken kan worden, en die breder is dan de LVB-doelgroep waarvoor op dit moment al ouder-kind-appartementen zijn. Dit kan vooral van belang zijn voor gezinnen met meervoudige en complexe problematiek.
- Alternatieven JZ+: Een vaak aangehaald onderwerp is de om- en afbouw van de JZ+. Zowel RET's als zorgprofessionals benadrukken dat er eerst volwaardige alternatieven moeten worden ontwikkeld en geïmplementeerd voordat de om- en afbouw van de JZ+ volledig gerealiseerd kan worden. Dit om te voorkomen dat jeugdigen tussen wal en schip vallen vanwege het ontbreken van geschikte opvang en zorg. Het Rijk, de VNG en Jeugdzorg Nederland hebben bestuurlijke afspraken gemaakt over de transformatie van de gesloten jeugdhulp, ondersteund door een regeling frictiekosten met een budget van EUR 182 miljoen<sup>1</sup>.

Daarnaast kan de om- en afbouw van de JZ+ een opwaarts effect hebben en de druk op het LTA vergroten, doordat er geen volwaardige alternatieven beschikbaar zijn.

- Kleinschalige perspectief biedende plaatsen: Voor jeugdigen die vanwege complexiteit van hun problematiek niet in een gezinshuis kunnen verblijven, zijn meer kleinschalige, perspectief biedende plaatsen noodzakelijk. Deze plekken moeten ondersteuning en zorg op maat bieden om de jeugdigen te helpen stabiliseren en ontwikkelen.
- Zorg voor zeer ernstige dwangstoornissen en autisme: Er is een grote behoefte aan een vorm van beschermd wonen voor jeugdigen met zeer ernstige dwangstoornissen en autisme. Deze zorg moet hun de structuur en veiligheid bieden die nodig zijn om zich zo goed mogelijk te ontwikkelen.
- Zorg bij ernstige bedreiging, trauma en criminele uitbuiting: Voor jeugdigen die te maken hebben met ernstige bedreigingen, trauma's en criminele uitbuiting, met name jeugdigen uit 'verkeerde' netwerken, is een gecombineerd zorgaanbod noodzakelijk. Dit aanbod dient zich enerzijds te richten op de bescherming tegen verdere bedreiging en anderzijds op de behandeling van de gevolgen van het geweld en de uitbuiting die de jeugdige heeft ondervonden.

Bron: 1) [Bestuurlijke afspraken transformatie gesloten jeugdhulp | Publicatie | Rijksoverheid.nl](#)

# 4. Reflectie huidige stand van zaken

# Casuïstiek loopt om diverse redenen vast, dit is met name gerelateerd aan de organisatie van zorg

In het vorige hoofdstuk hebben we het huidige zorgaanbod en de rode draden in de casuïstiek (zorgvraag) uiteengezet. Dit hoofdstuk richt zich op de geïdentificeerde optimalisatiemogelijkheden in het huidige zorgaanbod.

## Er zijn diverse redenen waarom bepaalde casuïstiek in de praktijk regelmatig vastloopt

De rode draden in de vastgelopen casuïstiek geven inzicht in voor welke doelgroepen het lastig(er) is passende zorg te vinden. Er zijn verschillende redenen gegeven voor het vastlopen van terugkerende doelgroepen:

- Het gaat vaak om een complexe samenhang van comorbideproblematiek. Weinig zorgaanbieders kunnen de benodigde zorg alleen leveren, omdat niet alle benodigde expertise beschikbaar is bij één zorgaanbieder.
  - (Financiële) schotten en andere bezwaren zoals verantwoordelijkheden, beschikbaarheid en vertrouwen staan zorgaanbieders in de weg om expertise samen te brengen door samenwerking.
  - Er wordt niet altijd een goede analyse gemaakt van de invloeden en omstandigheden die een rol spelen in het ontstaan en het in stand houden van de aanwezige problematiek. Hierdoor is onvoldoende in beeld welke hulp passend is en wordt een jeugdige onnodig doorverwezen tussen zorgaanbieders.
  - Mogelijk passende zorg en samenwerking tussen expertises lijken beschikbaar te zijn, maar de jeugdige moet daar heen verplaatsen. Wanneer dit na overplaatsing toch niet een passende plek blijkt te zijn, heeft dit soms vele opeenvolgende overplaatsingen tot gevolg. Dit heeft voor de jeugdige een vaak zeer negatieve impact en leidt er regelmatig toe dat de jeugdige zich onbegrepen voelt en problemen veelal erger worden.
  - Een zorgaanbieder durft het risico niet aan te gaan om de zorg te bieden, of kan dit niet, bijvoorbeeld doordat het onveiligheid kan brengen voor personeel en/of andere jeugdigen. Ook kan er sprake zijn van personeelstekort waardoor de draaglast ontoereikend is.
  - Er is veel tijd verstreken, bijvoorbeeld in de periode tussen doorverwijzingen en door wachttijden. In deze tijd verergert vaak de problematiek van de jeugdige omdat er geen behandeling plaatsvindt en er onzekerheid is over de toekomst. Hierdoor kan het voorkomen dat een jeugdige 'passend' was voor een behandeling, maar dat bij het verstrijken van de (wacht)tijd de problematiek zo is verergerd dat de oorspronkelijk beoogde plaatsing en/of behandeling niet meer wenselijk of mogelijk is.
- Daarnaast zijn er grote uitdagingen op het snijvlak van zorg en onderwijs. Zowel zorgprofessionals als de RET's wijzen erop dat de integratie van onderwijs en zorg essentieel is, maar in de praktijk vaak onvoldoende werkt. RET's en zorgprofessionals pleiten voor meer uniformiteit en landelijke richtlijnen om de samenwerking tussen onderwijs en zorg te verbeteren. Eén van de grootste behoeften is een verbeterde regie en afstemming tussen onderwijsinstellingen en zorgaanbieders. Dit is cruciaal om de specialistische zorg beter af te stemmen op de onderwijsbehoeften van jeugdigen met ernstige problematiek. Het is van belang dat de specialistische zorg naadloos aansluit bij de behoeften van deze jeugdigen, vooral wanneer zij een langdurig zorgtraject ingaan. Daarnaast speelt de samenwerking tussen onderwijs en zorg een belangrijke rol in het vergemakkelijken van de overgang voor jeugdigen die uitstromen. Een goede integratie en afstemming kunnen ervoor zorgen dat jeugdigen na school direct toegang hebben tot de benodigde zorg. Echter, regionale verschillen in hoe onderwijs en zorg zijn georganiseerd, kunnen invloed hebben op de kwaliteit en toegang tot passende hulp. Hoewel sommige regio's al initiatieven hebben genomen om de samenwerking te verbeteren, zijn andere regio's nog niet zo ver. RET's en zorgprofessionals geven aan dat gemeenten een sleutelrol hebben in het faciliteren van afstemming tussen onderwijs en zorg. In de praktijk blijkt dit echter vaak moeilijk te realiseren door financiële en administratieve druk. Bovendien bemoeilijkt het huidige financieringsmodel voor onderwijs en zorg de integratie.
  - Ook rondom forensische jeugdhulp zijn er aandachtspunten. Zorgprofessionals, BEN's en RET's constateren dat er momenteel geen landelijk dekkend aanbod is voor hoog-specialistische forensische zorg. Tegelijkertijd wordt er vanuit het forensische veld aangegeven dat er een redelijk dekkend landschap is, maar dat de verbinding met andere partijen ontbreekt. Zo weten BEN's en RET's nog beperkt forensische aanbieders te vinden.

De diversiteit van deze redenen laat zien dat de rode draden niet per definitie gerelateerd zijn aan het ontbreken van passend zorgaanbod. Ook laten zowel de rode draden als de redenen voor het vastlopen zien dat deze casuïstiek niet per definitie via de landelijke inkoop opgevangen moet worden. Het is hier belangrijk om het eerder toegelichte onderscheid te maken tussen landelijke inkoop en landelijke organisatie van zorg. De BEN's geven aan dat het grootste deel van de vastgelopen casuïstiek in hun landsdelen (boven)regionaal oplosbaar is, mits zaken goed georganiseerd zijn en partijen voldoende samenwerken. Wel kan het zijn dat vanwege de complexe en diverse aard van de casuïstiek, er behoefte is aan weinig voorkomende functies of specialistische expertise. De voorbeelden die zij geven, zijn momenteel grotendeels reeds in het LTA opgenomen, zoals zorg voor ernstige eetstoornissen. Het LTA kan in dit soort gevallen benut (blijven) worden. Voor andere zorgvormen kan de expertise meer naar de jeugdige gebracht worden, vooral na transformatie.

# Respondenten ervaren uitdagingen in het borgen van de toegankelijkheid van LTA-zorg en in de ketensamenwerking door onder andere onduidelijke kaders

**De vragenlijst omtrent optimalisatiemogelijkheden in de netwerksamenwerking is uitgezet bij gemeenten, RET's, BEN's en LTA-gecontracteerde aanbieders**

Om de optimalisatiemogelijkheden in de netwerksamenwerking binnen de jeugdzorg tussen de RET's, BEN's, gemeenten en huidige landelijk gecontracteerde aanbieders op regionaal en landelijk niveau in kaart te brengen, is een vragenlijst uitgezet bij bovengenoemde partijen. De thema's van de vragenlijst, het responspercentage en de spreiding van de respondenten over het land worden in bijlage F1 nader toegelicht.

## Verwijzing/toegang tot zorg en herkomst van jeugdigen

Zorgaanbieders melden vaker dan BEN's en RET's dat de toegankelijkheid van zorg in hun regio niet gegarandeerd kan worden (zie bijlage F2). Dit betreft met name gespecialiseerde, kleinschalig intensieve en crisiszorgvoorzieningen. Maar ook de toegankelijkheid van de forensische zorg, langdurig verblijf voor jeugdigen met complexe(re) gedragsproblematiek en domeinoverstijgende zorg zoals ggz in combinatie met LVB of uitstroom JZ+, kan steeds vaker niet gegarandeerd worden volgens respondenten. Dit kan wijzen op een tekort aan passende zorgvoorzieningen voor jeugdigen met comorbideproblematiek.

Zorgaanbieders zijn daarnaast vaker positiever over de verwijzingsprocedure naar het LTA dan BEN's, RET's en gemeenten. Zorgaanbieders beoordelen deze procedure vaker als 'goed' en 'zeer goed'. Gemeenten beoordelen de verwijzingsprocedure het minst positief. BEN's en RET's geven aan hier geen zicht op te hebben. Respondenten geven aan dat de grootste uitdaging in de verwijzingsprocedure naar LTA-gecontracteerde zorg de lange wachtlijsten/wachttijden zijn. Aanvullende uitdagingen die respondenten noemen hebben doorgaans te maken met financiering, personeelstekorten, het ontbreken van passend aanbod en de complexiteit van samenwerking. Alle partijen ervaren uitdagingen die voortkomen uit een gebrek aan eenduidigheid en consistentie in kaders in de keten, met name financiële kaders. De suggesties voor verbeteringen, zoals een centraal triageorgaan, een integrale zorgbenadering en meer transparantie van zorgaanbieders over hun specifieke expertise, benadrukken dat er in het veld een sterke behoefte is aan meer samenwerking, standaardisatie en flexibiliteit. Dit is essentieel om de toegankelijkheid van zorg binnen het LTA te waarborgen.

## Ketensamenwerking en overlegpartners

Omtrent ketensamenwerking en overlegpartners noemen de respondenten een aantal succesfactoren (zie bijlage F3). Een belangrijke succesfactor is dat betrokken partijen elkaar in het proces steeds beter weten te vinden en dat de communicatie tussen hen zich positief ontwikkelt. Ondanks deze vooruitgang ervaren respondenten nog regelmatig knelpunten. Ze geven aan dat niet alle partijen elkaar altijd goed weten te vinden, bijvoorbeeld doordat sommige LTA-partijen niet goed bekend zijn binnen het regionale netwerk. Daarnaast missen respondenten vaak een stevige casusregie, waarbij een duidelijke regisseur met mandaat ontbreekt om beslissingen te nemen en verantwoordelijkheden te dragen. Het gebrek aan doorzettingsmacht en verantwoordelijkheid bij regievoerders leidt tot praktische problemen in de uitvoering van zorg. Dit onderstreept de noodzaak om de communicatie en samenwerking bij individuele casussen te verbeteren.

Op systeemniveau wordt ook aangegeven dat er nog veel samenwerkingsproblemen bestaan tussen zorgaanbieders, gemeenten en andere betrokken partijen. Voorbeelden hiervan zijn een teveel aan zorgaanbieders, hokjesdenken en financieringsproblemen, die de geïntegreerde aanpak van zorg belemmeren. Het is essentieel dat zowel zorgaanbieders als gemeenten goed geïnformeerd zijn over elkaars expertise en zorgmogelijkheden. Respondenten benadrukken dat een sterkere samenwerking op stelselniveau, waarbij de jeugdige centraal staat, kan bijdragen aan betere zorgresultaten. Ook wordt aangegeven dat financiële prikkels een rol kunnen spelen in het bevorderen van samenwerking en integratie van diensten.

## Afschaling en organisatie vervolgzorg (1/2)

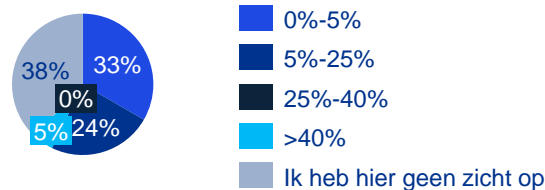
Ruim 33% schat dat slechts een klein percentage van jeugdigen die hulp hebben ontvangen (0%-5%) binnen een jaar weer terugstroomt (zie figuur 5, volgende pagina), wat kan wijzen op effectieve nazorg en uitstroomprocedures. Daarentegen ziet een kwart van de respondenten een hoger percentage terugstromen (25%-40%), en één respondent ziet meer dan 40% terugstromen, wat duidt op verbeterpunten in de continuïteit en effectiviteit van nazorg. Circa 38% van de zorgaanbieders heeft geen inzicht in het percentage jeugdigen dat binnen een jaar opnieuw LTA-zorg nodig heeft.

# Er is behoefte aan meer flexibiliteit en transparantie met betrekking tot financiële middelen binnen het LTA

## Afschaling en organisatie vervolgzorg (2/2)

Verschillende factoren hebben invloed op het percentage jeugdigen dat weer terugstroomt. Respondenten noemen bijvoorbeeld gebrek aan passende vervolgzorg, lange wachttijden en gebrek aan verbinding tussen LTA-gecontracteerde zorgaanbieders en de regio (zie bijlage F4). Respondenten benadrukken het belang van integrale zorg rond de jeugdige. Onvoldoende ambulante zorg en een zwak gezinssysteem dragen bij aan terugval. Ook is planvorming voor vervolgzorg en passende zorg cruciaal in het voorkomen van terugval. Daarnaast ondervindt ruim 80% van de respondenten uitdagingen bij het organiseren van vervolgzorg, voornamelijk in de vorm van lange wachttijden, gebrek aan casusregie, gebrek aan passende zorg, en onvoldoende communicatie. De genoemde oplossingen richten zich op betere samenwerking en communicatie, stevigere casusregie, flexibiliteit in financiële structuren, en een integrale benadering met duidelijke plannen en betrokkenheid van alle partijen.

**Figuur 5. Hoe hoog is (naar schatting) het percentage jeugdigen dat binnen een jaar na uitstroom opnieuw LTA-gecontracteerde zorg nodig heeft of terugkeert voor verdere ondersteuning?**



## Bekostiging en financiële middelen

Zorgaanbieders en gemeenten ervaren met name uitdagingen als administratieve lasten, contractuele verplichtingen en verschillen in regionale afspraken (zie bijlage F5). Dit wijst op een behoefte aan meer maatwerk en transparantie met betrekking tot de financiële middelen. Respondenten geven aan een duidelijke behoefte te hebben aan het verbeteren van samenwerking en het vereenvoudigen van administratieve en contractuele processen om een betere afstemming en duidelijkheid te bereiken.

landelijk kader en meer flexibiliteit binnen deze kaders. Deze wensen reflecteren de bredere wens naar structurele veranderingen, waarbij vooral meer transparantie en samenwerking tussen partijen op de voorgrond staan om de zorg efficiënter en effectiever te maken.

## Consultatie en kennisdeling

positieve rol van academische ziekenhuizen hierin wordt specifiek genoemd (zie bijlage F6). Desondanks zijn er enkele uitdagingen:

- Tijdsgebrek: Zorgaanbieders hebben moeite om voldoende tijd en personeel vrij te maken voor consultatie, wat ten koste gaat van de behandel tijd.
- Financiering: Op dit moment is er een generieke opslag van 1% in de LTA-tarieven opgenomen voor consultatie en kennisdeling. Echter, niet alle zorgaanbieders zijn hiervan even goed op de hoogte. Daarnaast speelt er een discussie over welke activiteiten precies onder kennisdeling vallen, omdat de huidige kaders als onduidelijk worden ervaren en elke regio zijn eigen invulling eraan kan geven. Dit belemmert consistentie en vertraagt het vinden van deskundigen, wat kan leiden tot onnodige doorverwijzingen.
- Onbekendheid met de consultatiefunctie: Niet alle betrokken partijen zijn voldoende bekend met de consultatiefunctie, waardoor deze niet optimaal benut wordt.

Specifieke uitdagingen zijn onder andere wisselingen in betrokkenen, ontbreken van duidelijkere kaders voor consultatie en de complexiteit van verschillende regionale contexten. Hoewel kennisdeling over het algemeen goed verloopt, is er soms terughoudendheid vanwege concurrentie en bereikt de kennis niet altijd alle medewerkers. Respondenten pleiten voor een (boven)regionale aanpak van consultatie en kennisdeling, met nadruk op een lerend effect en collectieve afspraken over beschikbaarheid en financiering van deskundigen. Betere digitale processen zoals een gezamenlijk digitaal platform voor LTA-aanbieders kunnen financiële lasten verminderen en de vindbaarheid van deskundigen verbeteren. Het is een laagdrempelige manier om experts snel te laten meedenken. Bovendien biedt consultatie perspectief en maakt het dat gezinnen weer verder kunnen. Echter, respondenten geven aan dat vaak financiële beperkingen en tijdsgebrek of personele uitdagingen consultatie en kennisdeling belemmeren, doordat de kaders rondom de huidige betaaltitel voor consultatie vrij breed zijn. Inzetten op het ontwikkelen van eenduidige landelijke kaders en het (boven)regionaal inrichten en aansturen van consultatie en kennisdeling zou kunnen bijdragen aan de beschikbaarheid hiervan. Bijvoorbeeld door zorgbemiddeling of het oprichten van een gezamenlijk platform waar LTA-aanbieders en hun consultatiefunctie gevonden kunnen worden.

Bron: 1) [Zorgen voor een zo thuis mogelijke leefomgeving | Nederlands Jeugdinstituut \(nji.nl\)](#); 2) [Beweging van 0 | Projecten | voor Jeugd & Gezin \(voordejeugdnetgezin.nl\)](#).

# Lopende pilots en transformatieprojecten richten zich hoofdzakelijk op het realiseren van zorg zo dicht mogelijk bij de jeugdige zelf

## Lopende pilots en transformatieprojecten

Met name zorgaanbieders en gemeenten nemen deel aan pilots en transformatieprojecten. Zie bijlage F7 voor een overzicht van deze projecten. Deze projecten zijn nauw afgestemd op de actuele ontwikkelingen binnen de jeugdzorg en richten zich op vier belangrijke thema's:

1. Het organiseren van zorg zo dicht mogelijk bij de jeugdige: Dit sluit aan bij de beweging 'Zo Thuis Mogelijk Opgroeien'<sup>1</sup>, die gericht is op het versterken van de ondersteuning binnen de gezinsomgeving en het voorkomen van uithuisplaatsingen.
2. Alternatieven voor JZ+ en kleinschalig werken: Dit sluit aan op de 'Beweging van 0'<sup>2</sup>, die streeft naar een afname van de intramurale jeugdzorg en een focus legt op preventie en lokale oplossingen.
3. Het verbeteren van samenwerking in de keten: Deze transformaties zijn gericht op het verbeteren van de samenwerking tussen verschillende zorgverleners en instanties, bijvoorbeeld Essentiële functies G7<sup>3</sup> en MDA++ Friesland<sup>4</sup>. Dit sluit indirect aan op de twee eerder genoemde bewegingen. Een geïntegreerde aanpak waarbij escalaties worden voorkomen, resulteert erin dat de jeugdige zo lang mogelijk in zijn of haar eigen omgeving kan blijven.
4. Gezinsondersteuning: Dit sluit aan op het gedachtegoed dat problemen bij jeugdigen niet op zichzelf staan, maar vaak samenhangen met problemen binnen het gezin.

Respondenten benadrukken dat de belangrijkste lessen uit de pilots en transformatieprojecten zijn dat er een dringende behoefte is aan betere samenwerking tussen betrokken partijen, er meer nadruk moet liggen op preventie en innovatie binnen de jeugdzorg, en dat een flexibele benadering essentieel is voor effectieve zorgverlening. Daarnaast worden de bestaande uitdagingen benadrukt, zoals uitdagingen in financiering en regelgeving.

Bron: 1) [Zorgen voor een zo thuis mogelijke leefomgeving | Nederlands Jeugdinstuut \(nji.nl\)](#); 2) [Beweging van 0 | Projecten | voor Jeugd & Gezin \(voordejeugdenhetgezin.nl\)](#); 3) [Project Essentiële functies - G7 | de zeven Gelderse jeugdregio's \(g7jeugd.nl\)](#); 4) [Samenwerken aan veiligheid: de werkwijze van MDA++ Friesland | Zo \(zomnw.nl\)](#).

# Verschillende succesfactoren en randvoorwaarden voor een succesvolle samenwerking binnen de keten zijn geïnventariseerd

Uit de antwoorden op de vragenlijst over optimalisatiemogelijkheden in de netwerksamenwerking blijkt dat er een sterke behoefte is aan nauwere samenwerking tussen de verschillende partijen in de keten. Hierbij is het essentieel dat de focus gericht blijft op de jeugdigen en hun gezinnen. Deze behoefte wordt gedeeld door zorgprofessionals, cliëntorganisaties en de BEN's en RET's. Hierin zijn verschillende succesfactoren en randvoorwaarden aangegeven:

## Succesfactoren voor de instroom

- Om de instroom van cliënten in het LTA goed te laten verlopen, is een goed georganiseerde casusregie essentieel. Dit betekent dat de juiste ketenpartners met elkaar verbonden moeten worden en de juiste partijen aan tafel moeten zitten om tot een gezamenlijke afstemming te komen over de benodigde zorg. Heldere afspraken zijn nodig over wie de regie voert in elke casus en waar de verantwoordelijkheden liggen. Dit kan worden ondersteund door beleidskaders die de samenwerking in de keten bevorderen, zoals duidelijkheid over wie de ketenpartners zijn en waar hun expertise en capaciteit zich bevinden. Voor het opstellen van deze kaders is een mogelijke rol voor de VNG weggelegd. Het opnemen van landelijke functies in een lijst van gecontracteerde aanbieders kan ook bijdragen aan een efficiëntere samenwerking.
- Verder is het cruciaal dat de casusregisseur over voldoende ervaring, kennis, slagkracht en onafhankelijkheid beschikt, zonder andere belangen die de casus kunnen beïnvloeden. Cliëntorganisaties benadrukken daarnaast het belang van het betrekken van een casusregisseur bij gezinsproblematiek, die ook kan meedenken over de situatie van de betrokken volwassenen. De problematiek van een jeugdige bestaat vaak niet 'in een vacuüm', maar is nauw verbonden met andere aspecten van het leven. De hulp die aan een jeugdige geboden moet worden, moet daarom ook raakvlakken hebben met de andere dimensies. Door vroegtijdig te interveniëren in risicogebieden kunnen problemen worden geïdentificeerd voordat ze escaleren.

## Succesfactoren gedurende het zorgtraject

- Gedurende het zorgtraject is het noodzakelijk om nauw samen te werken met onderwijsinstellingen. Daarnaast vormt de overgang van 18-min naar 18-plus op dit moment een groot knelpunt en vraagt dit om een eenduidig beleidskader om te zorgen voor continuïteit in de zorg.

Bron: 1) [Jongeren ondersteunen bij hun Big 5 | Nederlands Jeugdinstituut \(nji.nl\)](#).

## Succesfactoren voor de uitstroom

- Bij de uitstroom uit het LTA stopt de ondersteuning idealiter pas wanneer de jeugdige daadwerkelijk in staat is om tot zover mogelijk, zelfstandig te functioneren. Dit vraagt om een focus op een stevige basis, bijvoorbeeld door gebruik te maken van de 'Big 5'-criteria (support, wonen, school en werk, inkomen en welzijn)<sup>1</sup>. Het doorbreken van schotten tussen verschillende domeinen is ook van belang, zodat er bijvoorbeeld bij doorverwijzing naar langdurige zorg voor jeugdigen met een chronische behandelvraag een naadloze overgang plaatsvindt. Regionaal kan de uitstroom goed worden geregeld, zoals blijkt uit de ervaringen van de RET's.

## Randvoorwaarden voor goede samenwerking in de keten

Buiten deze succesfactoren om zijn enkele randvoorwaarden essentieel voor een succesvolle samenwerking:

- Goede verbintenissen regionale veld en LTA-aanbieders: Het lokale veld moet de LTA-aanbieders weten te vinden en tijdig kunnen inzetten.
- Balans 'stepped care' en 'matched care': LTA-zorg mag niet als laatste optie worden gezien; er moet een balans worden gevonden tussen 'stepped care' (LTA inzetten als laatste redmiddel) en 'matched care' (het LTA inzetten wanneer nodig, ongeacht de voorafgaande trajecten).
- Kennisdeling: Kennisdeling binnen de keten is cruciaal om het traject effectief te laten verlopen.
- Duidelijke kaders: De kaders voor 'zo thuis mogelijke zorg' dienen te worden aangescherpt. Het moet duidelijk zijn welke jeugdigen hiervoor in aanmerking komen, welke richtlijnen van toepassing zijn, en welke kostprijsystematiek gehanteerd wordt.

# Een afwegingskader helpt om – ook in de toekomst – te reflecteren op het LTA

Om in de toekomst op een verantwoorde en consistente manier te kunnen reflecteren en beslissingen te kunnen nemen over het LTA, is het belangrijk om objectieve en heldere kaders te hebben. Een afwegingskader biedt handvatten om dergelijke beslissingen te onderbouwen. Door verschillende subcriteria in kaart te brengen, kunnen zorgvormen zorgvuldig worden geëvalueerd, ook als het zorglandschap verder transformeert.

Voor de basis van dit afwegingskader gebruiken we drie centrale criteria, zoals eerder uiteengezet in hoofdstuk 2 en genoemd in de Hervormingsagenda Jeugd. Deze criteria zijn, in samenwerking met diverse experts en professionals, uitgewerkt tot concrete subcriteria, wat heeft geresulteerd in een eerste versie van een afwegingskader. Dit afwegingskader is een fluïde kader en kan de komende jaren verder worden aangescherpt om het steeds beter aan te laten sluiten op de praktijk.

### **Naast het afwegingskader zijn enkele zaken goed om mee te nemen bij afwegingen**

Hoewel de subcriteria een belangrijk hulpmiddel zijn, kunnen ze niet alle factoren omvatten die van belang zijn bij de beslissing om een zorgvorm wel of niet binnen het LTA te plaatsen. Daarom adviseren wij de volgende zaken mee te nemen in de overweging:

- **Bijdrage aan de transformatie van het zorglandschap:** Het is belangrijk om te beoordelen in hoeverre een zorgvorm bijdraagt aan de gewenste transformatie binnen het zorglandschap. Dit kan zowel direct zijn, bijvoorbeeld door zorgvormen die bijdragen aan alternatieven voor de gesloten jeugdhulp, als indirect, zoals crisisafdelingen die door hun essentiële karakter cruciaal zijn voor het bereiken van bredere transformatiedoelen.
- **Beschikbaarheid van de zorgvorm:** Er dient ook rekening te worden gehouden met de vraag of de beschikbaarheid van een zorgvorm in gevaar komt als deze niet in het LTA wordt opgenomen. Dit is vooral van belang voor zorgvormen met een zeer klein volume (uniciteit) of voor aanbieders met een beperkte capaciteit. Deze partijen kunnen moeite hebben om op lokaal of regionaal niveau voldoende zorg te bieden, vaak vanwege beperkte personele middelen.
- **Beschikbaarheidsfunctie:** In sommige gevallen is het noodzakelijk snel toegang te hebben tot een bepaalde zorgvorm, ongeacht de locatie. Hoe kleiner het volume van een zorgvorm, hoe moeilijker het is deze op kleinschalig niveau te organiseren en in stand te houden. Bij zorgvormen waarbij het belangrijk is dat de beschikbaarheid gegarandeerd is, kan het belangrijk zijn om deze landelijk te organiseren. Dit zorgt ervoor dat de zorgvorm altijd beschikbaar blijft,

onafhankelijk van wie deze zorg nodig heeft. Een landelijke organisatie kan tevens de vergoeding voor de beschikbaarheidsvoorziening eenvoudiger maken, omdat deze niet afhankelijk is van specifieke jeugdigen uit bepaalde gemeenten, maar van het feit dat de voorziening altijd beschikbaar is. Denk hierbij aan crisisafdelingen of klinische eetbedden.

- **Landelijke samenwerking:** Een zorgaanbieder binnen het LTA moet bijdragen aan landelijke samenwerking op het gebied van kennisuitwisseling. Dit betekent dat elke aanbieder bereid moet zijn om kennis te delen met andere partijen en dat er binnen het LTA een beroep kan worden gedaan op elkaar wanneer dat nodig is.



# Prevalentie, uniciteit en kennis zijn belangrijke criteria wanneer wordt gekeken naar landelijke inkoop van jeugdzorg

## Het vraagstuk rondom landelijke inkoop is complex en contextafhankelijk

Binnen de vraagstukken over de doorontwikkeling van de landelijke inkoop van jeugdhulp kijken we naar drie verschillende criteria, namelijk prevalentie, uniciteit en kennis, zoals ook beschreven in de Hervormingsagenda Jeugd<sup>1</sup>. De contextuele afhankelijkheid van de indicatoren maken het vraagstuk rondom de landelijke inkoop complex. De schaarste van aanbod is bijvoorbeeld afhankelijk van andere aanbieders in het land. Het versterken van het regionale aanbod en de investering in consultatie en kennis, maakt dat jeugdigen minder snel bij het 'schaarse' landelijke aanbod terecht komen.

## De drie criteria prevalentie, uniciteit en kennis helpen om kritisch naar landelijke inkoop te kijken

Deze drie criteria kunnen worden samengebracht in een conceptueel afwegingskader. In theorie zouden zorgvormen kunnen worden beoordeeld aan de hand van dit afwegingskader, waarbij de drie eerdergenoemde criteria bepalen of het LTA wel of niet passend zou zijn voor een zorgvorm. De (sub)criteria in het afwegingskader zijn niet gelijkwaardig. Een zorgvorm hoeft niet aan alle criteria te voldoen; we zien uniciteit als belangrijkste criterium. Uniciteit wordt vervolgens versterkt door kennis en/of prevalentie.



### Prevalentie

De prevalentie reflecteert hoe vaak de vraag naar een zorgvorm jaarlijks voorkomt. Dit is het aantal jeugdigen dat voor de specifieke hulpvraag hulp ontvangt, op de wachtlijst staat om hulp te ontvangen, ofwel een hulpvraag heeft maar geen hulp ontvangt.



### Uniciteit

Uniciteit reflecteert hoe onderscheidend/uniiek het zorgaanbod is. Hiervoor wordt de zorgvorm vergeleken met bestaande zorgvormen, alternatieve vormen van hulp/ondersteuning (die even goed, zo niet beter ondersteunen) om te bepalen of er sprake is van voldoende uniciteit.



### Kennis

Het criterium kennis heeft betrekking op of het zorgaanbod bijdraagt aan de kennisontwikkeling rondom de zorgvorm, bijvoorbeeld door middel van bepaalde samenwerking en bijdragen aan wetenschappelijk onderzoek.

## Vanwege de ontwikkeling van het zorglandschap kan ook het LTA aan verandering onderhevig zijn

Het zorglandschap is continu in ontwikkeling. Het is daarom noodzakelijk om regelmatig te evalueren hoe zorgvormen het beste geleverd kunnen worden en wat een passende schaal voor inkoop en organisatie is. Een onderdeel van deze vraagstukken is of een zorgvorm wel of niet in het LTA valt. Een zorgvorm die momenteel binnen het LTA valt, kan in de toekomst bijvoorbeeld meer generalistisch worden en daardoor niet langer binnen het LTA passen. Omgekeerd kunnen zorgvormen in de toekomst schaarser/zeldzamer worden of nog ontwikkeld worden, waardoor ze dan wel goed binnen het LTA zouden passen. De uitkomsten van het afwegingskader zijn daarom niet definitief en dienen periodiek gerevalueerd te worden.

Een afwegingskader kan een hulpmiddel zijn bij het gesprek over welke zorgvormen passen binnen het LTA. In de praktijk is het, om verschillende redenen, echter complex om dergelijke afwegingen via gedefinieerde kaders te laten lopen. Zorgvormen zijn niet eenvoudig vast te leggen in een volledige lijst op een werkbaar niveau van detail. Bovendien is een zorgvraag vaak niet zwart-wit. Zo kan het zijn dat een zorgvraag voor een groot deel lokaal opgelost kan worden, maar voor een klein, complexer deel LTA-zorg nodig is. Daarnaast zijn de criteria in het afwegingskader niet altijd even duidelijk of gemakkelijk te operationaliseren en daarmee te meten. Ook zijn de uitkomsten van een spiegeling door middel van het afwegingskader vaak complex en contextafhankelijk, waardoor kwalitatieve interpretatie nodig is. In deze rapportage presenteren we in hoofdstuk 4 een voorstel voor een afwegingskader. Dit afwegingskader kan helpend zijn om onderbouwd het gesprek te voeren over het al dan niet opnemen van een zorgvorm in het LTA, nu of in de toekomst.

Bron: 1) [Hervormingsagenda Jeugd 2023 – 2028](#).

# Het afwegingskader is opgebouwd uit de geoperationaliseerde onderwerpen prevalentie, kennis en uniciteit

	Onderwerp	Criterium	Subcriteria
Vraag	Prevalentie	Er is weinig vraag naar de zorgvorm	Totaal aantal jeugdigen dat jaarlijks gebruikmaakt van zorgvorm is zeer gering
		De zorgvraag is complex	Jeugdigen hebben onvoldoende baat of zullen naar verwachting onvoldoende baat hebben bij reguliere behandeling in het landsdeel <sup>A</sup>
Aanbod	Uniciteit	Het aanbod is schaars en heeft een landelijk verzorgingsgebied	Een significant deel van de jeugdigen dat gebruikmaakt van de zorgvorm komt niet uit het landsdeel van de zorgvorm (dus wordt buiten eigen landsdeel geplaatst)
			Er zijn (vrijwel) geen andere aanbieders in het landsdeel die de zorgvorm aanbieden
		De zorgvorm is uniek	De zorgvorm is niet vergelijkbaar met andere zorgvormen/er zijn geen passende alternatieven beschikbaar
			Passende alternatieven zijn niet gemakkelijk te realiseren
		Een grotere inkoopsschaal is voor deze zorgvorm noodzakelijk	Het adherentiegebied van de zorgvorm ligt boven de 800.000 <sup>1</sup> inwoners
		De zorgvorm is aantoonbaar effectief	De effectiviteit van de behandeling is bewezen en/of door de praktijk geaccepteerd
		Het aanbod is multidisciplinair	Het zorgaanbod moet integraal aangevlogen worden vanuit verschillende kennisdomeinen
Kennis	Er bestaat een uitgebreide kennisinfrastructuur rondom de zorgvorm	Er is sprake van actieve kennisontwikkeling rondom de zorgvorm: het inventariseren van onderzoeksvragen aansluitend bij de behoeften van de jeugdige en de praktijk, het initiëren en uitvoeren van zorginhoudelijk, wetenschappelijk en praktijkgericht onderzoek <sup>1</sup>	
		Er is sprake van actieve kennisverspreiding rondom de zorgvorm: bieden van advies, consultatie <sup>B</sup> , second opinion en opleiding <sup>1</sup>	
		Er is sprake van actieve kennisdeling rondom de zorgvorm: het delen en implementeren van opgedane kennis en inzichten ten behoeve van specialistische professionals, kenniscentra, opleidingsinstituten, zorgnetwerken en gemeentelijke toegangen <sup>1</sup>	
		Er is sprake van actieve zorgvernieuwing rondom de zorgvorm: ontwikkelen van nieuw (niet eerder bestaand) behandelaanbod voor de doelgroep en het in de praktijk aanbieden hiervan, wat gepaard gaat met onderzoek naar effectiviteit van de innovatie <sup>1</sup>	

Bron: 1) EHdK – Advies Zorgvormenlijst Inclusiecriteria en Spelregels.

Noot: A) We houden de landsdeelindeling conform de landsdeling van de BEN's; B) Consultatie: een professional geeft op een systemische wijze advies over een specifieke (hulp)vraag van een ) jeugdige. Het consult vindt plaats op verzoek van een gemeente, regionaal expertteam, verwijzer of collega-zorgprofessional (consultvrager).

# 5. Transformatie

# Het LTA biedt rust en stabiliteit in het veld, er zijn echter verschillende kansen om het huidige LTA verder te professionaliseren

In de vorige hoofdstukken hebben we de huidige situatie in het veld besproken door zowel de zorgvraag als het zorgaanbod te analyseren en te kijken naar de vastgelopen casuïstiek in verschillende delen van het land. Vervolgens hebben we in hoofdstuk 4 de optimalisatiemogelijkheden van de huidige situatie in kaart gebracht. Daarnaast hebben we aandacht besteed aan optimalisatiemogelijkheden van de netwerksamenwerking binnen de landelijke inkoop. Tot slot hebben we het afwegingskader toegelicht.

Dit hoofdstuk richt zich op de (mogelijke) transformatie van het zorglandschap en welke rol het LTA hierin kan spelen. Het is van belang te benadrukken dat het zorglandschap dynamisch en complex is en dat iedere zorgvraag uniek is. Er daarom niet één 'oplossing' te vinden of beschrijven. De genoemde benaderingen zijn bedoeld als suggesties die verder kunnen worden onderzocht, afgestemd en aangepast aan de specifieke context en omstandigheden.

## Het LTA biedt rust en stabiliteit en wordt om brede redenen gewaardeerd in het veld

Het LTA is destijds opgericht om ervoor te zorgen dat vraag en aanbod voor schaarse en voornamelijk landelijk georganiseerde functies zo effectief mogelijk op elkaar aansluiten en de zorg voor jeugdigen die zeer specialistische en complexe zorg nodig hebben, geborgd blijft. Momenteel wordt er, onder andere door de huidige druk op het zorglandschap, nog vaak een beroep op landelijk aanbod gedaan. Interessant is dat het LTA aanvullend wordt geroemd om andere redenen dan waarvoor het oorspronkelijk is opgezet, zoals de vermindering van administratieve lasten. Bovendien geeft het veld aan dat het LTA rust en stabiliteit biedt, wat gewaardeerd wordt door zorgaanbieders. Landelijke inkoop geeft zorgaanbieders de ruimte om zich te focussen op het leveren van schaarse en hoogspecialistische zorg, zonder veel tijd kwijt te zijn met meerdere inkoopprocessen en het onderbouwen van de noodzakelijke vergoedingen voor minder gangbare voorzieningen (waarbij het risico bestaat op minder lokaal begrip door informatieasymmetrie) op gemeentelijk of (boven)regionaal niveau. Daarnaast biedt het LTA hoogspecialistische zorgaanbieders de ruimte om elkaar beter te vinden en van elkaar te leren, iets wat transformatie en innovatie kan versnellen. Verschillende zorgprofessionals en andere partijen in het veld, zoals de SAR, geven aan dat zij geloven in de BEN's en de RET's en de opdracht die zij hebben meegekregen. Zij hebben de visie dat bottom-up initiatieven (potentieel) effectiever kunnen zijn dan top-down geïnitieerde oplossingen. Echter, bottom-up verbindend werken vraagt meer tijd. De BEN's en de RET's zijn nog in een opstart- en ontwikkelfase. Het veld onderschrijft het belang van hun opdracht en geeft aan dat de BEN's en de RET's meer tijd en ruimte nodig hebben om hun volledige potentieel te bereiken. De rust die het LTA aan het veld geeft, biedt deze benodigde tijd en ruimte.

## Er is een grote praktijkdifferentiatie zichtbaar in de inrichting van zorg op gemeentelijk en regionaal niveau

Sinds de decentralisatie maken gemeenten en regio's eigen keuzes, wat leidt tot variatie in de inrichting, beschikbaarheid en kwaliteit van zorg. Dit heeft ook invloed op hoe het LTA landelijk wordt benut per regio, aangezien dit deels afhangt van het aanbod van zorg buiten het LTA. Met het oog op de huidige transformaties in het jeugdzorgveld, zoals de 'Beweging van 0', is het wenselijk dat jeugdigen zo dichtbij mogelijk ondersteuning kunnen krijgen. Dit vraagt om voldoende zorg en ondersteuning op lokale of regionale schaal, zodat jeugdigen zoveel mogelijk in hun eigen omgeving kunnen blijven.

## Niet alle zorg kan lokaal of (boven)regionaal worden georganiseerd

Vanwege verschillende redenen kan het zijn dat passende zorg niet lokaal of (boven)regionaal georganiseerd kan worden. Er zullen daarom altijd zorgvormen zijn die landelijk georganiseerd moeten worden. Hiervoor zijn de volgende redenen:

- Het zijn functies die niet overal beschikbaar zijn, waarvan het volume laag is, waarvoor specifieke kennis wordt vereist is of waarvan de schaalgrootte ontoereikend is. Een voorbeeld zijn de klinische, hoogspecialistische bedden met laag volume, bijvoorbeeld MPU-bedden, en hoogcomplex forensische zorg. Zorgprofessionals benadrukken het belang van het beschikbaar houden van een aantal bedden voor hoogspecialistische zorg op landelijk niveau. Iedere regio moet een sterk netwerk hebben waarin het LTA een high care-functie vervult, vergelijkbaar met een ic van een ziekenhuis, waarbij iedere regio kan terugvallen op deze functie wanneer nodig. Op deze manier kan de basis van netwerkzorg worden ondersteund. Ook met de om- en afbouw van JZ+ is het van belang om alternatief aanbod te blijven faciliteren zodat er een dekkend netwerk blijft voor wie dit nodig heeft. Gegeven de verdere verkleining van die doelgroep met grotendeels hoogforensisch profiel en de behoefte om de groep te plaatsen op passende plekken, zou het denkbaar kunnen zijn dat daarin huidige landelijke rol van het LTA ook een rol blijft houden in de toekomst.
- Er zijn veiligheidsoverwegingen om zorg landelijk te organiseren, bijvoorbeeld bij slachtoffers van seksuele uitbuiting of eergegrelateerd geweld. Hier heeft de jeugdige er baat bij om juist niet dichtbij huis ondersteuning te krijgen. Deze zorgvorm is een voorbeeld van een zorgvorm die momenteel op landelijk niveau goed is georganiseerd. Het wordt gezien als een voorbeeld van hoe landelijke regelingen effectief kunnen zijn en er wordt gepleit om deze aanpak vooral op landelijk niveau te behouden. Het LTA heeft een belangrijke rol in het borgen van dergelijke zorg op landelijk niveau.

# Het versterken van het (boven)regionale zorgaanbod zal op lange termijn resulteren in minder gebruik van het LTA

## Het versterken van de netwerksamenwerking is randvoorwaardelijk om het LTA optimaal te kunnen benutten

Om zowel de (boven)regionale structuren als het LTA optimaal te benutten, is het randvoorwaardelijk dat de netwerksamenwerking wordt verbeterd. Op deze manier kan het LTA worden benut waar het voor bedoeld is, namelijk het bieden van schaarse zorg die specifieke expertise vraagt. Een sterkere netwerksamenwerking verkleint de afstand tussen LTA-aanbieders en het veld. Bovendien vergemakkelijkt een sterke samenwerking het vinden van passende vervolgzorg bij afschaling. Lopende pilots en transformatieprojecten ondersteunen dit proces, evenals consultaties en kennisdeling. Het LTA kan hier een rol bij spelen door dergelijke initiatieven te stimuleren.

Ook kan een verbeterde samenwerking resulteren in het versterken van het regionale zorgaanbod. Een natuurlijk gevolg hiervan is een verminderde opwaartse druk richting het LTA. Als de regio's sterker worden ingericht, is het aannemelijk dat de expertise toeneemt en in de toekomst meer zorg dichterbij huis geleverd kan worden. Netwerksamenwerking kan gefaciliteerd worden door onder andere het versterken van de communicatie tussen verschillende partijen in het veld, het vergroten van de bekendheid van diverse typen zorg (onder andere de verbinding met de forensische zorg) en het verduidelijken van de (financiële) kaders, zoals in hoofdstuk 4.2 beschreven.

## Er liggen verschillende kansen om het huidige LTA in de toekomst verder te professionaliseren

Er is een duidelijke behoefte aan een balans tussen landelijke kaders en regionale uitvoering. Bepaalde zorgvormen kunnen regionaal of bovenregionaal worden aangepakt, maar als de regionale aanpak tekortschiet, kan landelijke organisatie een uitkomst bieden. Dit helpt om inhoud te stimuleren en versterken, terwijl het minder ingrijpt op bestaande contracteringsrelaties. Er moet worden gezocht naar een balans waarbij uniforme richtlijnen bijdragen aan het borgen van kwaliteit en expertise van zorg, terwijl er ook ruimte blijft voor regionale context en flexibiliteit.

Daarnaast biedt de huidige monitoring van het gebruik van het LTA op dit moment onvoldoende inzicht in de doelmatigheid van de zorg en het herkennen van een noodzaak voor herijking. Ook aspecten zoals regionale differentiatie en doorlooptijden van zorg zijn niet goed uit de beschikbare data te halen. Vanuit zorgprofessionals en BEN's is aangegeven dat er weinig tot geen inzicht is in

het LTA-gebruik binnen hun eigen landsdeel. Het diepgaander verzamelen van data over het gebruik van het LTA kan bijvoorbeeld bijdragen aan het duiden van regionale verschillen in het gebruik van het LTA en in de manier waarop het wordt gebruikt (inzetten als 'laatste redmiddel' via 'stepped care' versus inzetten wanneer nodig via 'matched care').

Bij de doorontwikkeling van de monitoring kan het helpen om de huidige indeling van percelen te heroverwegen. Partijen in het veld geven aan de huidige indeling niet logisch te vinden. Het onderscheid tussen sommige percelen is niet helder en de samenhang binnen een perceel is niet altijd duidelijk (bijvoorbeeld bij ARFID en onzindelijkheid). Ook worden de percelen als ongelijksoortig en overlappend ervaren. Mogelijk dat het logischer is om percelen te ordenen aan de hand van doelgroep of zorgvraag. Door de indeling te baseren op specialistische kennis gericht op doelgroepen en/of prevalentie in plaats van zorgvormen blijft hoogspecialistische kennis behouden, ook bij het transformeren of verdwijnen van zorgaanbod. In de praktijk kan dit punt mogelijk lastig te realiseren zijn vanwege de grote verbondenheid met de regionale keten en de samenhang met andere domeinen. Daarbij moet de afweging moeten worden gemaakt of de beperkte impact die een herindeling van percelen mogelijk heeft op de praktijk, opweegt tegen de rust en stabiliteit die de huidige situatie biedt (waarbij bijvoorbeeld trends over de jaren heen zijn te herkennen in de cijfers).

# Een toekomstige rol van het LTA kan liggen bij het centraliseren van kennis en expertise

## Het LTA biedt rust in het veld en kan werken als katalysator voor transformatie en innovatie

Uit het onderzoek zijn diverse hiaten en optimalisatiemogelijkheden gekomen. De verwachting is dat veel van deze hiaten kunnen worden opgelost door versterking van de zorg op lokaal en/of (boven)regionaal niveau, zoals beschreven in hoofdstuk 4.1. Het LTA biedt op dit moment rust en stabiliteit in het veld. Ook zien we geen aanleiding om aan te nemen dat het LTA de transformatie in de weg staat. Paradoxaal genoeg is de indruk eerder dat de voorzieningen die in het LTA beschikbaar zijn, werken als katalysator voor de transformatie, innovatie en samenwerking. Het LTA dat bedoeld was als tijdelijk construct heeft daarmee nog altijd een belangrijke functie in het zorglandschap. De werking van het LTA is zo feitelijk breder dan de 2% die het LTA op dit moment bedient.

## Wij adviseren om het LTA in de huidige vorm te behouden

Wij adviseren daarom om het LTA in de huidige vorm te behouden, in ieder geval in de komende vijf jaar. De komende jaren moet de focus liggen op het creëren van stabiliteit in de jeugdzorg en het uitvoeren van de hervormingen, onder andere door in te zetten op het versterken van de netwerksamenwerking. In lijn hiermee adviseren wij om het LTA in de huidige vorm te behouden en slechts aan te passen als hier concrete redenen voor zijn. Een voorbeeld is de om- en afbouw van de gesloten jeugdzorg. Tijdens het onderzoek kwam duidelijk naar voren dat het cruciaal is om volwaardige alternatieven te ontwikkelen, omdat de afbouw van de gesloten jeugdzorg niet per definitie betekent dat de doelgroep in de bestaande alternatieven opgevangen kan worden. Of de nieuwe alternatieven binnen het LTA moeten vallen of op een lagere schaalgrootte georganiseerd kunnen worden, dient nader onderzocht te worden als het alternatief beschikbaar is.

Als de transformatie in het veld verder is, de BEN's en de RET's verder zijn doorontwikkeld en de (boven)regionale zorg sterker is ingeregeld, kan de rol van het LTA veranderen. De functie van het LTA kan in de toekomst meer verschuiven naar het delen van kennis en expertise van hoogspecialistische zorgaanbieders, ook meer in de regio's en bij de jeugdige zelf. Het LTA fungeert op die manier steeds meer als instrument voor de centralisatie van kennis en expertise. Het is essentieel dat specialistische kennis beschikbaar wordt en blijft in een lokale context, omdat dit kan bijdragen aan de kwaliteit van zorg. Dit zou een nieuwe rol voor het LTA kunnen zijn. Tegelijkertijd ligt er een verantwoordelijkheid bij de VNG en de zorgaanbieders om actief deel te nemen aan de transformatiebeweging vanuit de Hervormingsagenda Jeugd. Het is belangrijk dat LTA-gecontracteerde zorgaanbieders actief een beweging maken richting transformatie en het versterken van zorg in de regio's en bij de jeugdige zelf. Het is aan de VNG om hier gericht op te sturen, bijvoorbeeld bij het contracteren van de landelijke inkoop.

## Naar verwachting blijft het volume in euro's van het LTA gelijk op korte termijn, met een krimp op lange termijn

Zoals voorgaand genoemd, adviseren wij om het LTA stabiel te houden wat betreft zorgaanbod. Het LTA staat in onze opinie transformatie niet in de weg, maar ondersteunt dit juist. Daarnaast is de verwachting dat het gebruik van zorg binnen het LTA weinig zal variëren over de jaren heen en stabiel blijft, ook met de nieuwe koers gericht op regionale contractering en samenwerking in robuuste regio's. Het kan hierbij helpend zijn dat het LTA een terugvaloptie kan zijn die ruimte biedt voor alternatieven binnen regionale samenwerking. Het LTA fungeert daardoor als katalysator voor bredere ontwikkelingen in de sector. Het is plausibel dat met het versterken van het (boven)regionale zorgaanbod en de inrichting daaromheen het LTA in de toekomst in omvang iets afneemt. Zo kan de benutting van het LTA op bepaalde onderdelen afnemen doordat transformatie-inspanningen leiden tot minder instroom en meer inzet van regionale zorgvormen. De verwachting is dat het volume in euro's van het LTA op korte termijn gelijk blijft en op lange termijn iets krimpt, beiden los van periodieke indexatie.

## Wij adviseren eens per vijf jaar een formele herijking van het LTA

Het zorglandschap is en blijft in ontwikkeling. Ook zijn er naast dit onderzoek veel ontwikkelingen die een rol spelen, zoals de ontwikkeling van het wetsvoorstel 'Verbetering beschikbaarheid zorg voor jeugdigen'. Hierin wordt vastgelegd welke zorgvormen op minimaal regionaal niveau moeten worden ingekocht. De bevindingen van dit onderzoek zijn in lijn met het wetsvoorstel, bijvoorbeeld dat organisatie van zorg -en daarmee regionale samenwerking- cruciaal is om specialistische jeugdhulp goed te kunnen organiseren.

Het afwegingskader zoals beschreven in hoofdstuk 4.3 kan gebruikt worden als instrument om in de toekomst de doorontwikkeling van het LTA verder te verkennen. Het afwegingskader helpt om de selectiecriteria zoals uniciteit, kennis en prevalentie te vertalen naar concrete maatstaven voor de selectie van landelijke en weinig voorkomende functies. Dit is geen rigide toetsingskader, maar eerder een hulpmiddel om het juiste gesprek te voeren over welke zorg wel of niet in aanmerking komt voor landelijke inkoop.

Wij adviseren regelmatig kritisch te kijken naar de samenstelling en de omvang van het LTA. Contracten voor (boven)regionale zorg zijn vaak langetermijncontracten. Daarom vinden wij het niet logisch en nodig om het LTA jaarlijks te herijken. Zorgprofessionals geven aan dat zij jaarlijks in het veld gezamenlijk kunnen evalueren. Gezien de doorgaans langere contractperiodes, kan elke vijf jaar een grotere en formele herijking plaatsvinden, op initiatief van de VNG. Uiteraard kunnen signalen uit bijvoorbeeld contractbeheer of het veld aanleiding geven om van deze planning af te wijken.

# Bijlagen



# Bijlage A: Overzicht adviesvragen VNG



# Dit rapport beschrijft een analyse van de doorontwikkeling van de landelijke inkoop op het niveau van zorgvraag, zorgaanbod en netwerksamenwerking

Bij het beantwoorden van de adviesvragen is de inbreng van experts uit het veld zoveel mogelijk benut. Deze experts bestonden uit een vertegenwoordiging van zorgaanbieders, gemeenten, professionals en vertegenwoordigers van cliënten en naastenbetrokkenen.

## B) Adviesvragen

1. **Vertaling selectiecriteria.** KPMG is gevraagd om een advies te formuleren over hoe de selectiecriteria uniciteit, kennis, prevalentie te vertalen in concrete maatstaven voor de selectie van landelijk hoogspecialistisch en weinig voorkomende functies.
2. **Zorgvormen landelijke inkoop jeugdhulp.** KPMG is gevraagd om aan de hand van de input van de BEN's en een selectie van regionale en landelijke aanbieders en experts uit het veld, te komen tot een advies welke zorgvormen/functies opgenomen kunnen worden in de landelijke inkoop jeugdhulp.
3. **Transitie inkoop landelijke functies.** KPMG is gevraagd om op basis van de huidige situatie en de ontwikkeling van de ontwikkeling van de regionale versterking van jeugdhulp, te komen tot een advies ten aanzien van de transitie (van huidige naar toekomstige situatie) voor de inkoop van landelijke functies.
4. **Versterking netwerksamenwerking.** KPMG is gevraagd om een advies te formuleren hoe de netwerksamenwerking tussen landelijk- en regionaal gecontracteerd aanbod versterkt kan worden.
5. **Frequentie heroverweging landelijk gecontracteerde functies.** KPMG is gevraagd om een advies te formuleren hoe en hoe vaak gemeenten de landelijk gecontracteerde functies zouden moeten heroverwegen.

# Bijlage B: Overzicht deelnemers bijeenkomsten en overige contactmomenten

# Overzicht deelnemers bijeenkomsten en overige contactmomenten (1/3)

Leden projectgroep	
Organisatie	Naam
Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (namens Branches Gespecialiseerde Zorg voor Jeugd (BGZJ))	Maartje van der Rijt
De Nederlandse ggz (namens Branches Gespecialiseerde Zorg voor Jeugd (BGZJ))	Fred de Bruin en Marleen Dam Wichers (afwisselend)
Gemeenschappelijke Regeling Jeugdhulp Rijnmond	Ron van Zon
Jeugdzorg Nederland (namens Branches Gespecialiseerde Zorg voor Jeugd (BGZJ))	Monique Mulders
Ministerie van Justitie en Veiligheid	Eveline van de Kieft
	Ton Eijken
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport	Annabel Trouwborst en Loes Leeuwis (afwisselend)
Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie	Marco Bottelier
	Maarten Oosterkamp
Regio Rijk van Nijmegen	Annegien Lange
Vereniging van Nederlandse Gemeenten	Joram van Leeuwen
	Arjen Jansen

Deelnemers expertinterviews	
Organisatie	Naam
Accare	Ellis ter Beek
Bovenregionaal Expertisenetwerk Gelderland	Carole Derks
Bovenregionaal Expertisenetwerk Noord-Holland (BEN-NH)	Christine Pollmann
Bovenregionaal Expertisenetwerk Zuid-West (BREN)	Tanja Mook
iHUB	Jasper ten Dam
Pompestichting	Walter Gerritsen

Deelnemers focusgroep BEN's	
Organisatie	Naam
Bovenregionaal Expertisenetwerk Limburg	Hannah Roth
Bovenregionaal Expertisenetwerk Noord-Holland (BEN-NH)	Christine Pollmann
Bovenregionaal Expertisenetwerk Noord-Nederland (JENN)	Klara van Zoest
Bovenregionaal Expertisenetwerk Overijssel	Saskia Prijs

# Overzicht deelnemers bijeenkomsten en overige contactmomenten (2/3)

Deelnemers focusgroep RET's	
Organisatie	Naam
Regionaal expertiseteam Haaglanden	Annette van Tol
Regionaal expertiseteam Haaglanden	Fatma Demir
RET Drenthe	Iris van der Veen
RET Kop van Noord-Holland	Jerry Slijters
RET Zeeland	Andrea Hoogsteder
RET Zeeland	Karin Smit
Deelnemers duidingssessie zorgprofessionals	
Organisatie	Naam
's Heerenloo	Ruud Groot
GGZe/De Catamaran	Ingrid van den Bogerd
Erasmus Medisch Centrum	Leontine ten Hoopen
Universiteit van Amsterdam/Koraal	Xavier Moonen
Koraal/ Mondriaan/Stichting @ease/ Universiteit van Maastricht	Thérèse van Amelsvoort
Leiden Universitair Medisch Centrum	Robert Vermeieren
Samenwerkende Beroepsverenigingen Jeugd	Nathalie Wils
SeysCentra	Bibi Huskens
Spoor 030	Rik Horstman
Universitair Medisch Centrum Utrecht	Floortje Scheepers
Pactum/VIGO	Karine Jackson-Kuik

Deelnemers focusgroep zorgprofessionals en cliëntvertegenwoordigers I	
Organisatie	Naam
De Waag	Larissa Hoogsteder
Fier	Anke van Dijke
Kentalis	Monique van Driel
Koninklijke Visio	Ans Flierman
Koninklijke Visio	Femke Besselink
Koraal	Judy Mathijssen
MIND	Hannah Hollestelle
MIND	Herman den Dulk
Partners voor Jeugd	Silke Bruil

Deelnemers focusgroep zorgprofessionals en cliëntvertegenwoordigers II	
Organisatie	Naam
Bartiméus	Hans Giltaj
Bartiméus	Dirkje Posthuma
Erasmus Medisch Centrum	Leontine ten Hoopen
Samenwerkende Beroepsverenigingen Jeugd	Nathalie Wils
Universitair Medisch Centrum Utrecht	Floortje Scheepers

# Overzicht deelnemers bijeenkomsten en overige contactmomenten (3/3)

Aanvullend gesproken partijen	
Schakel- en Advies Raad (SAR)	Benito Walker
	Floor Tankink
	Laurien van Eil
	Leonieke Boendermaker
	Marc Vermeulen
	Marloes Kleinjan
	Peter Dijkshoorn
Werkgroep AMvB-zorgvormenlijst, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport	Annabel Trouwborst
	Bo Zomerdijk
	Jan Jaap Janse
	Laura Ghirlanda
	Marieke Koppenaar-de Lange
Beleidsoverleg Jeugdhulp in strafrechtelijk kader (JiSK)/Nazorg	Boris van der Heijden
	Cynthia Christiani
	Elcke Beks
	Eveline van de Kieft
	Maartje Kranen
	Marjolein van Buul
	Marjolien Groen
	Ton Eijken

# **Bijlage C: Vragenlijst optimalisatiemogelijkheden netwerksamenwerking**

# Vragenlijst optimalisatiemogelijkheden netwerksamenwerking (1/6)

## Introductie

Veel dank voor uw deelname aan het onderzoek 'Inventarisatie en advies doorontwikkeling landelijke inkoop jeugdhulp' dat in opdracht van de VNG door KPMG Advisory N.V. wordt uitgevoerd. Eén van de doelen van dit onderzoek is het in kaart brengen van de optimalisatiemogelijkheden in de netwerksamenwerking binnen de jeugdzorg tussen de RET's, BEN's, gemeenten en huidige landelijk gecontracteerde aanbieders<sup>A</sup> op regionaal en landelijk niveau. Wij dragen er zorg voor dat de vragenlijst alleen wordt verspreid onder de bovengenoemde partijen. Mocht u geen onderdeel zijn van deze partijen, dan verzoeken wij u vriendelijk de vragenlijst niet in te vullen.

De vragenlijst richt zich op zes thema's: 1) verwijzing/toegang tot zorg en herkomst van jeugdigen, 2) ketensamenwerking gedurende het jeugdhulptraject en overlegpartners, 3) afschaling en organisatie van vervolgzorg, 4) bekostiging en financiële middelen, 5) consultatie en kennisdeling en 6) lopende pilots en transformatieprojecten. De input die we middels de vragenlijst ophalen, wordt gebruikt bij de inventarisatie en advisering van de doorontwikkeling landelijke inkoop Jeugdhulp. De vragenlijst bestaat uit 28 – 31<sup>B</sup> vragen en is een mix van open en gesloten vragen. Het invullen van de vragenlijst neemt ongeveer 30 minuten in beslag.

Terugkoppeling: We hebben ervoor gekozen alleen huidig landelijk gecontracteerde aanbieders mee te nemen in deze vragenlijst omdat de vragenlijst gericht is op knelpunten in netwerksamenwerking in de context van het LTA. We zijn het er mee eens dat het zeker waardevol is om niet-gecontracteerde aanbieders te spreken. Mocht het in een later stadium nodig zijn om input bij hen op te halen, dan doen wij dit in de vorm van een interview.

1. Vanuit welk type rol/organisatie bent u betrokken en vult u deze vragenlijst in?

- a. Regionale Expertise Team (RET)
- b. Gemeente
- c. Landelijk gecontracteerde aanbieder
- d. Bovenregionaal Expertisenetwerk (BEN)
- e. Anders, namelijk....

2. In welke jeugdzorgregio is uw organisatie voornamelijk actief?



Noot: A) We hebben ervoor gekozen alleen huidig landelijk gecontracteerde aanbieders mee te nemen in deze vragenlijst omdat de vragenlijst gericht is op knelpunten in netwerksamenwerking in de context van het LTA. B) De vragenlijst is uitgesplitst in drie verschillende versies: 1) landelijk gecontracteerde aanbieders (29 vragen); 2) gemeenten (28 vragen); 3) BEN's en RET's (31 vragen).

# Vragenlijst optimalisatiemogelijkheden netwerksamenwerking (2/6)

## Verwijzing/toegang tot zorg en herkomst jeugdigen

3. [Vraag voor alle typen respondenten]: Hoe vaak ervaart u (naar schatting) dat de toegankelijkheid van bepaalde zorgvormen in uw regio niet geborgd kan worden?
  - a) 0% - 5%
  - b) 5% - 25%
  - c) 25% - 40%
  - d) > 40%
  - e) Ik heb hier geen zicht op
  
4. [Vraag voor alle typen respondenten]: Om welke zorgvormen gaat dit?
5. [Vraag alleen voor gemeenten]: Hoe bekend bent u met de tarieven en gecontracteerde zorg in het LTA?
  - a. Zeer bekend
  - b. Bekend
  - c. Enigszins bekend
  - d. Onbekend
  - e. Zeer onbekend
  
6. (Vraag alleen voor gemeenten): Hoe goed heeft uw zicht op de uitnutting van gecontracteerde zorg in het LTA binnen uw eigen gemeente?
  - a. Zeer goed
  - b. Goed
  - c. Matig
  - d. Slecht
  - e. Zeer slecht
  - f. Ik heb hier geen zicht op

Licht uw antwoord toe: \_\_\_\_



# Vragenlijst optimalisatiemogelijkheden netwerksamenwerking (3/6)

7. [Vraag voor alle typen respondenten]: Hoe ervaart u op dit moment de verwijzingsprocedure naar het LTA?

- a. Zeer goed
- b. Goed
- c. Matig
- d. Slecht
- e. Zeer slecht
- f. Ik heb hier geen zicht op

Licht uw antwoord toe: \_\_\_\_

8. [Vraag voor alle typen respondenten]: Hoe beoordeelt u dat de aanbieder waarnaar wordt verwezen de benodigde en passende zorg biedt?

9. [Vraag voor alle typen respondenten]: Wat zijn volgens u de grootste uitdagingen bij de verwijzing van jeugdigen naar de meest passende zorgaanbieder? Prioriteer onderstaande uitdagingen

[in volgorde van prioriteit zetten in vragenlijst]

- I. Lange wachlijsten/wachttijden
- II. Onvoldoende inzicht in beschikbare en passende verwijsopties vanuit verwijzers
- III. Onvoldoende zicht in beschikbaarheid van het aanbod
- IV. Gebrek aan passende zorgaanbieders
- V. Gebrek aan eenduidige verwijzingscriteria bij verwijzers
- VI. Ontwikkelen van bovenregionale visie
- VII. Afspraken maken over de opbouw van alternatieve zorgvormen
- VIII. Het sluiten/omvormen van bestaande jeugdhulpinstellingen
- IX. Anders, namelijk...

10. [Vraag voor alle typen respondenten]: Welke verbeteringen zouden volgens u bijdragen aan een soepelere verwijzingsprocedure en daarmee het binden van passende en beschikbare zorg? Benoem hierbij ook duidelijk welke partijen hierbij betrokken zouden (moeten) zijn.

11. [Vraag voor alle typen respondenten]: Wat zijn de succesfactoren in de huidige samenwerking met andere instanties zoals gemeenten, RET's, zorgaanbieders, wettelijke verwijzers, gecertificeerde instellingen (GI's), et cetera in het kader van toegang tot zorg?

12. [Vraag voor alle typen respondenten]: Welke knelpunten ervaart u in de samenwerking met andere instanties, zoals gemeenten, RET's, zorgaanbieders, wettelijke verwijzers, gecertificeerde instellingen (GI's), et cetera in het kader van toegang tot zorg? Graag hierbij benoemen met welke organisatie u dit knelpunt ervaart.

13. Welke verbeteringen zouden bijdragen aan het verbeteren van deze knelpunten?

# Vragenlijst optimalisatiemogelijkheden netwerksamenwerking (4/6)

## Afschaling en organisatie van vervolgzorg

Bij de afschaling van zorg voor jeugdigen komen vaak diverse uitdagingen en problemen naar voren. Deze kunnen variëren van organisatorische en financiële knelpunten tot problemen in de continuïteit en kwaliteit van de zorg. Wij horen graag uw ervaringen over de knelpunten die u ervaart bij de afschaling van LTA-gecontracteerde zorg.

14. [Vraag voor alle typen respondenten]: Welke knelpunten ervaart u bij de afschaling van gecontracteerde zorg in het LTA voor jeugdigen? [*max. aantal woorden in de vragenlijst toevoegen*]
15. [Vraag alleen voor aanbieders]: Hoe hoog is (naar schatting) de retentie\* van jeugdigen die behandeld zijn binnen het LTA in een periode van drie jaar?  
*\*Het aantal jeugdigen dat gedurende deze drie jaar in behandeling blijft binnen het LTA*
- a. 0% - 5%
  - b. 5% - 25%
  - c. 25% - 40%
  - d. > 40%
  - e. Ik heb hier geen zicht op
15. [Vraag alleen voor aanbieders]: Hoe hoog is (naar schatting) het percentage jeugdigen dat binnen een jaar na uitstroom opnieuw LTA-gecontracteerde zorg nodig heeft of terugkeert voor verdere ondersteuning?
- a. 0% - 5%
  - b. 5% - 25%
  - c. 25% - 40%
  - d. > 40%
  - e. Ik heb hier geen zicht op
16. [Vraag alleen voor aanbieders]: Hoe hoog is (naar schatting) het percentage jeugdigen dat binnen een jaar na uitstroom opnieuw LTA-gecontracteerde zorg nodig heeft of terugkeert voor verdere ondersteuning?
- a. 0% - 5%
  - b. 5% - 25%
  - c. 25% - 40%
  - d. > 40%
  - e. Ik heb hier geen zicht op

# Vragenlijst optimalisatiemogelijkheden netwerksamenwerking (5/6)

17. [Vraag voor alle typen respondenten]: Welke factoren hebben invloed op het percentage jeugdigen dat weer terug instroomt?
18. [Vraag voor alle typen respondenten]: Ondervindt u uitdagingen bij het organiseren van vervolgzorg na afschaling?
- Ja [door naar vraag 18]
  - Nee [door naar vraag 20]
19. [Vraag voor alle type respondenten]: Welke uitdagingen ondervindt u bij het organiseren van vervolgzorg na afschaling?
- Gebrek aan passende vervolgzorg
  - Onvoldoende communicatie binnen de keten
  - Lange wachttijden voor vervolgzorg
  - Anders, namelijk: \_\_\_\_
  - Ik heb hier geen zicht op
20. Welke verbeteringen zouden de organisatie van vervolgzorg na afschaling vergemakkelijken?

## Bekostiging en financiële middelen

21. [Vraag voor alle typen respondenten]: Welke uitdagingen ervaart u met betrekking tot de financiële middelen binnen het LTA?
- Te lage tarieven om het aanbod in stand te houden [antwoord voor aanbieder] /contracten afsluiten [antwoord voor gemeenten]
  - Niet-passende bekostigingswijze bij zorgvorm
  - Hoge administratieve lasten door verschillende bekostigingswijzen/contacten, et cetera
  - Anders, namelijk: \_\_\_\_
  - Ik heb hier geen zicht op

Licht uw antwoord toe: \_\_\_\_

22. [Vraag alleen voor aanbieders]: Hoe beïnvloeden uitdagingen met betrekking tot financiële middelen de samenwerking tussen zorgaanbieders?
23. Welke verbeteringen zouden bijdragen aan het aanpakken van deze uitdagingen?

## Ketensamenwerking gedurende het hulptraject en overlegpartners

24. [Vraag voor alle typen respondenten]: Wat zijn volgens u de grootste risico's ten gevolge van knelpunten in de samenwerking? Benoem hierbij duidelijk op welke partij het risico impact heeft.
25. [Vraag voor alle typen respondenten]: Wat zou bijdragen aan het verbeteren van de ketensamenwerking?
26. [Vraag voor alle typen respondenten]: Wat gaat er op dit moment goed in de ketensamenwerking?

# Vragenlijst optimalisatiemogelijkheden netwerksamenwerking (6/6)

## Consultatie en kennisdeling

27. [Vraag voor alle respondenten]: [Vraag voor alle respondenten]: Waar loopt u tegenaan bij consultatie en kennisdeling?
28. [Vraag voor alle respondenten]: Wat zou bijdragen om consultatie en kennisdeling goed in te richten en breder beschikbaar te stellen? Welke partijen kunnen hierbij helpen/zijn hier verantwoordelijk voor?

## **Lopende pilots en transformatieprojecten**

29. [Vraag voor alle typen respondenten]: Bent u betrokken bij een lopende pilot of transformatieproject in de jeugdhulp ten aanzien van het verbeteren van de netwerksamenwerking? Zo ja, geef een korte beschrijving:
30. [Vraag voor alle typen respondenten]: Welke lessen kunnen getrokken worden uit dergelijke pilots of transformatieprojecten?
31. [Vraag voor alle typen respondenten]: Welke lessen kunnen getrokken worden uit dergelijke pilots of transformatieprojecten?

## **Algemeen**

32. [Vraag voor alle typen respondenten]: Hebt u nog andere opmerkingen/suggesties over de netwerksamenwerking gedurende het jeugdhulptraject die in deze vragenlijst niet naar voren zijn gekomen?
33. [Vraag voor alle typen respondenten]: Hebt u interesse om in een later stadium van dit onderzoek deel te nemen aan een sessie waarin we de resultaten bespreken en duiden?
  - a. Ja
  - b. NeeIndien ja: [naam] + [ e-mailadres]

Dit is het einde van de vragenlijst. Wij danken u hartelijk voor het invullen van de vragenlijst.



# Bijlage D: Overzicht LTA- gecontracteerde aanbieders 2023

# Aanbieders in het LTA in 2023

Aanbieders in het LTA in 2023
Academisch Medisch Centrum Amsterdam (PUK)
Academisch Ziekenhuis Maastricht
Erasmus Universitair Medisch Centrum Rotterdam
iHUB Zorg B.V.
Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC)
Mutsaersstichting
Parnassia Groep B.V.
Stichting "de Viersprong specialist in persoonlijkheid, gedrag en gezin"
Stichting Accare, Universitaire en Algemene Kinder- en Jeugdpsychiatrie Noord-Nederland
Stichting Altrecht
Stichting Amarant
Stichting Ambiq
Stichting ARQ Centrum '45
Stichting Bartiméus Sonneheerdt
Stichting Emergis
Stichting Fier
Stichting GGz Centraal
Stichting GGZ Drenthe
Stichting GGZ Friesland
Stichting GGZ Noord-Holland-Noord
Stichting GGzE

Aanbieders in het LTA in 2023
Stichting Karakter
Stichting Kentalis Zorg
Stichting Koninklijke Visio, expertisecentrum voor slechtziende en blinde mensen
Stichting Koraal (De Hondenberg)
Stichting Koraal (De La Salle)
Stichting Level
Stichting LUBEC-zorg
Stichting Mondriaan
Stichting Pactum
Stichting Pluryn
Stichting Reinier van Arkel
Stichting Rivierduinen
Stichting 's Heerenloo
Stichting SeysCentra
Stichting Sterk Huis
Stichting Verslavingszorg Noord Nederland
Stichting Vincent van Gogh
Stichting voor Geestelijke Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening voor Doven en Slechthorenden
Stichting Yulius
Universitair Medisch Centrum Groningen
Universitair Medisch Centrum Utrecht

# Bijlage E: Inzichten landelijk zorgaanbod

# Het gemiddelde jaarlijkse volume in euro's per unieke jeugdige verschilt sterk per perceel en varieert van ongeveer EUR 1.377 tot EUR 202.496

Het totaal volume in euro's is niet gelijk verdeeld over de percelen (figuur 6). Het gemiddelde volume in euro's per unieke jeugdige per jaar komt neer op circa EUR 55.000. We zien echter aanzienlijke verschillen tussen de percelen in gemiddeld volume in euro's per jeugdige.

**Figuur 6. Gemiddelde volume in euro's per unieke jeugdige per jaar<sup>1</sup>**



Het LTA bestaat dus uit een zeer gevarieerd, hoogspecialistisch aanbod<sup>2</sup>. Hieronder lichten we een aantal percelen uit.

- Het perceel 'Topklinische GGz' blijkt het grootste perceel te zijn, zowel wat betreft het aantal unieke jeugdigen als het volume in euro's. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat een groot deel van de Topklinische GGz-zorg voor jeugd in het LTA valt. Topklinische GGz-afdelingen hebben zich voor zowel volwassenen als jeugd goed ontwikkeld. Voor een relatief kleine groep jeugdigen zijn er hoogspecialistische voorzieningen beschikbaar op verschillende specialistische gebieden<sup>3</sup>. Hierdoor raakt dit perceel meerdere doelgroepen.
- Het perceel 'Universitaire Medische Centra (UMC's)' is het tweede grootste perceel qua aantal jeugdigen. Interessant is dat zij qua volume in euro's niet het tweede grootste perceel zijn, wat erop kan wijzen dat UMC's zorg leveren met een gemiddeld lagere prijs. Dit komt doordat de

zorg vaker ambulant is en de trajecten van kortere duur zijn<sup>4</sup>.

- Wat betreft volume in euro's is het perceel 'Jeugd Sterk Gedragsgestoord Licht Verstandelijk Beperkt (J-SGLVB)' het tweede grootste perceel. Qua aantal jeugdigen komt dit perceel op nummer vijf. Het hogere volume in euro's kan worden toegeschreven aan de intensieve en langdurige zorg die nodig is voor deze doelgroep<sup>5</sup>, ondanks dat het aantal jeugdigen niet noodzakelijk het grootste is.
- Het perceel 'Intensieve behandeling autisme' heeft het hoogste gemiddelde volume in euro's per jeugdige, namelijk EUR 202.496 per jaar. Dit relatief hoge volume in euro's weerspiegelt de aanzienlijke kosten die gepaard gaan met het bieden van intensieve en gespecialiseerde zorg aan deze doelgroep. Dit betreft zorg voor jeugdigen met autismespectrumstoornissen (ASS) die niet binnen de Topklinische GGz vallen. Deze jeugdigen worden ernstig bedreigd in hun ontwikkeling en behoeven zeer intensieve en langdurige behandeling. De behandeltrajecten duren gemiddeld 1,5 tot 2 jaar<sup>6</sup>. Dit maakt de zorg zowel intensief als kostbaar.
- Het perceel 'Jeugd GGZ voor Chromosomale gebonden genetische syndromen' heeft het laagste gemiddelde volume in euro's per jeugdige en volume in euro's per traject, namelijk EUR 1.377 en EUR 988 per jaar. Dit lagere bedrag kan worden verklaard door het feit dat jeugdigen in deze doelgroep vaak worden doorverwezen door medisch specialisten met een gerichte hulpvraag<sup>7</sup>. Doordat de hulpvraag aan het begin van het behandeltraject vaak helder is, kan de zorg precies worden afgestemd op de behoeften van de jeugdige. Dit vermijdt de noodzaak voor langdurige en kostbare behandelingen, wat bijdraagt aan het lagere gemiddelde volume in euro's per jeugdige in dit perceel.

Bron: 1) Q1 – Q4 2023 Jeugd Totaal Rapportage – VNG; 2) [Functies en aanbieders Jeugdhulp | VNG](#); 3) [Topklinische GGZ](#); 4) [UMC's](#); 5) [J-SGLVB](#); 6) [Kliniek intensieve behandeling Autisme](#); 7) [Jeugd GGZ voor chromosomale gebonden genetische syndromen](#).

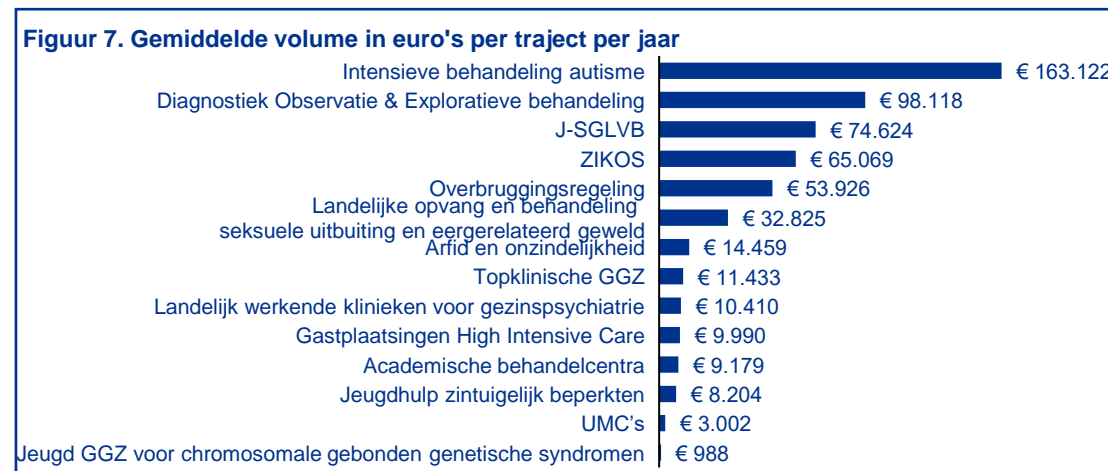


# Het gemiddelde volume in euro's per unieke jeugdige per jaar per perceel is voor de UMC's en Gastplaatsingen HIC bijna twee keer zo hoog als het gemiddelde volume in euro's per traject

## De verhouding tussen volume in euro's per unieke jeugdige vs. volume in euro's per traject varieert per perceel

Bij het vergelijken van de verhouding tussen volume in euro's per unieke jeugdige vs. volume in euro's per traject zien we dat de verhoudingen per perceel variëren. We zien dat percelen met voornamelijk ambulante zorg hoger in de tabel zitten vs. percelen die zorg bieden in combinatie met verblijf. Zo blijkt dat het volume in euro's per unieke jeugdige voor de percelen 'UMC's' en 'Gastplaatsingen High Intensive Care (HIC)' bijna twee keer zo hoog zijn als het volume in euro's per traject in deze percelen. Dit wijst erop dat jeugdigen vaak meerdere trajecten binnen deze percelen doorlopen, per jaar. Gezien het type zorg dat wordt geleverd binnen deze percelen is dit niet geheel onlogisch. Beide typen zorg vallen namelijk onder crisiszorg en kortdurende opvang.

Daartegenover staan de relatief lage verhoudingen volume in euro's per unieke jeugdige vs. volume in euro's per traject voor de percelen 'Intensieve behandeling autisme', 'Overbruggingsregeling' en 'Landelijke opvang en behandeling seksuele uitbuiting en eengerelateerd geweld'. Deze typen zorg omvatten voornamelijk langdurige opvang, waardoor de zorgtrajecten dus relatief lang zijn en er minder sprake is van meerdere trajecten per jaar per jeugdige.



Bron: 1) Q1 – Q4 2023 Jeugd Totaal Rapportage – VNG

Volume in uniek aantal jeugdigen en volume in euro's, per perceel in 2023 <sup>1</sup>	
Perceel	Uniek aantal jeugdigen
Gastplaatsingen High Intensive Care	1,97
UMC's	1,95
Diagnostiek Observatie & Exploratieve behandeling	1,63
Jeugdhulp zintuigelijk beperkten	1,54
J-SGLVB	1,52
Topklinische GGZ	1,44
ARFID en onzindelijkheid	1,42
Jeugd GGZ voor Chromosomale gebonden genetische syndromen	1,39
ZIKOS	1,33
Landelijk werkende klinieken voor gezinspsychiatrie	1,31
Landelijke opvang en behandeling seksuele uitbuiting en eengerelateerd geweld	1,27
Academische behandelcentra	1,26
Intensieve behandeling autisme	1,24
Overbruggingsregeling	1,12
<b>Gemiddelde</b>	<b>1,46</b>

# Utrecht, Flevoland en Zuid-West bedienen relatief gezien de meeste jeugdigen

Opvallend is dat Utrecht, Flevoland, ondanks een relatief hoog aantal jeugdigen, een aanzienlijk lager aandeel heeft in het totale volume in euro's van het LTA. Dit staat in contrast met Brabant, Zeeland, dat een vergelijkbaar aantal jeugdigen bedient, maar een groter aandeel heeft in het totale volume in euro's van het LTA (zie figuur 8). Het verschil tussen deze regio's bedraagt ruim EUR 17 miljoen. Wanneer we het gebruik van het LTA per landsdeel nader bekijken, door te kijken naar het aantal unieke jeugdigen per perceel en het gemiddelde volume in euro's per perceel (zie bijlage D4), lijkt het eerder genoemde verschil tussen het aandeel in het totale volume in euro's van het LTA tussen Utrecht, Flevoland en Brabant, Zeeland te kunnen worden verklaard door de verdeling van jeugdigen over de verschillende percelen. In Brabant, Zeeland bevindt het grootste deel van de jeugdigen die gebruikmaken van het LTA zich binnen het perceel 'Topklinische GGz', terwijl dit in Utrecht, Flevoland slechts ongeveer een kwart van de jeugdigen betreft.

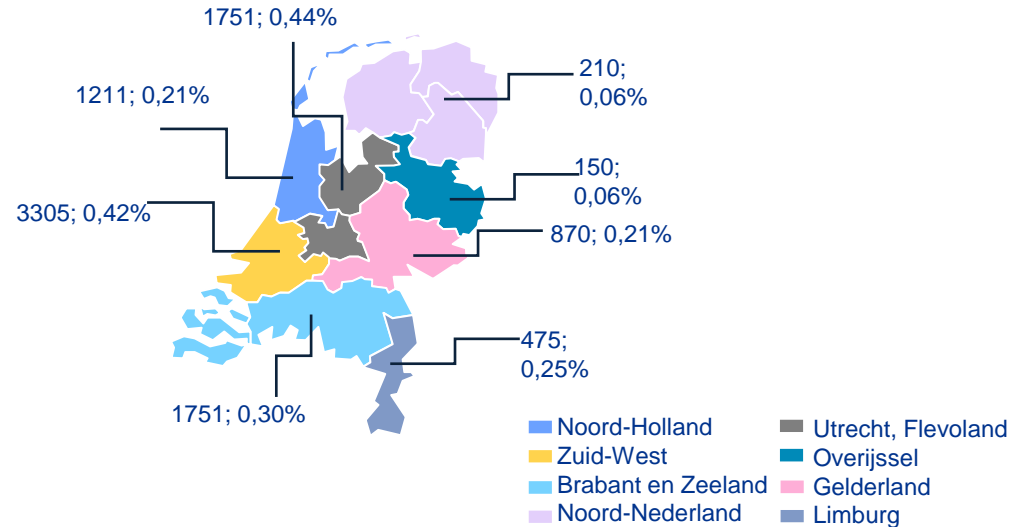
Mogelijke oorzaken zoals verschillen in zorgintensiteit en tarieven kunnen een rol spelen. Echter, de huidige data biedt op dit moment onvoldoende duidelijke verklaringen voor deze variaties. Verdere verdieping is nodig om deze verschillen beter te begrijpen en te kunnen duiden.

## Overzicht totaal aantal jeugdigen en totaal aantal jeugdigen LTA per landsdeel

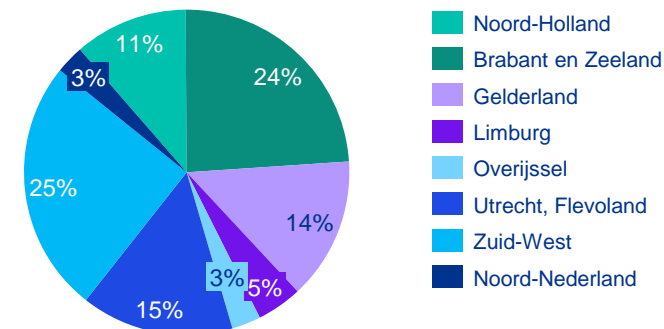
Landsdeel	Aantal unieke jeugdigen LTA in 2023 <sup>1</sup>	Totaal aantal jeugdigen in 2023 <sup>2</sup>
Zuid-West	3305	778.514
Brabant, Zeeland	1751	575.797
Noord-Holland	1211	570.849
Gelderland	870	423.554
Utrecht, Flevoland	1751	399.065
Noord-Nederland	210	332.315
Overijssel	150	243.446
Limburg	475	187.559

Bron: 1) Q1 – Q4 2023 Jeugd Totaal Rapportage – VNG; 2) Bevolking op 1 januari 2024; geslacht, leeftijd en regio – CBS

**Figuur 8. Aantal unieke jeugdigen per landsdeel in 2023<sup>1</sup>; % jeugdigen in landsdeel dat gebruik maakt van LTA in 2023<sup>2</sup>**

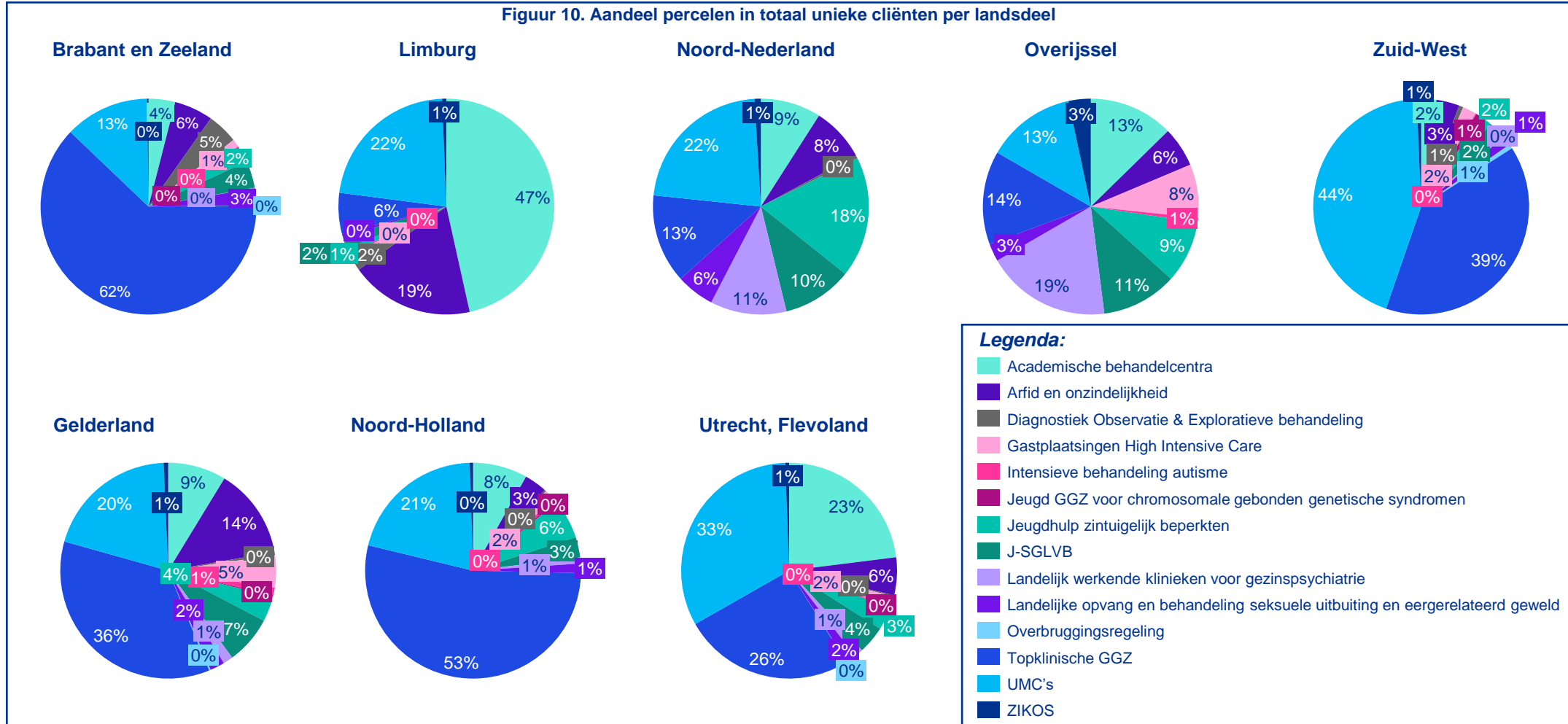


**Figuur 9. Aandeel van elk landsdeel in de totale volume in euro's van het LTA**



# We zien verschillen in het gebruik van LTA tussen landsdelen

Figuur 10. Aandeel percelen in totaal unieke cliënten per landsdeel

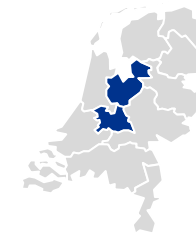


Bron: 1) Q1 – Q4 2023 Jeugd Totaal Rapportage – VNG



© 2024 KPMG Advisory N.V., een naamloze vennootschap en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Limited, een Engelse entiteit. Alle rechten voorbehouden.

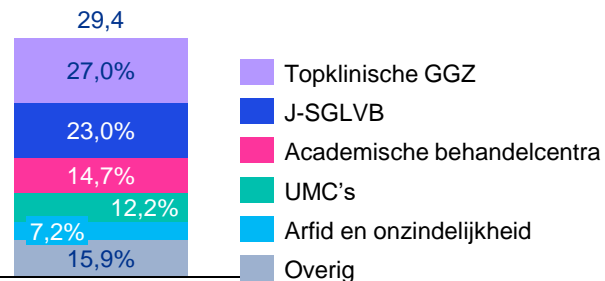
# Analyses per landsdeel – Utrecht, Flevoland



## Utrecht, Flevoland

**Figuur 11a. Aandeel percelen totaal volume in euro's per landsdeel**

*Utrecht, Flevoland*



**Figuur 11b. Aandeel verwijzers in het LTA, gekeken naar volume in euro's**

*Utrecht, Flevoland*



**Figuur 11c. Gemiddelde volume in euro's per jeugdige, per perceel**

*Utrecht, Flevoland*



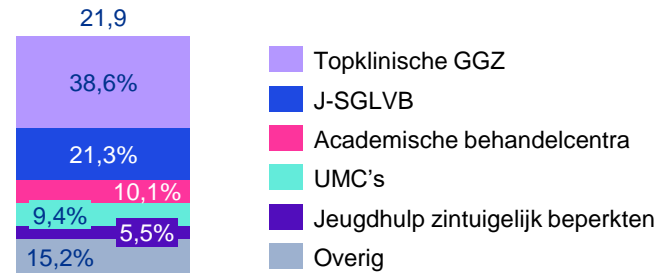
Bron: 1) Q1 – Q4 2023 Jeugd Totaal Rapportage – VNG



## Noord-Holland

**Figuur 12a. Aandeel vijf grootste percelen in totaal volume in euro's per landsdeel**

### Noord-Holland



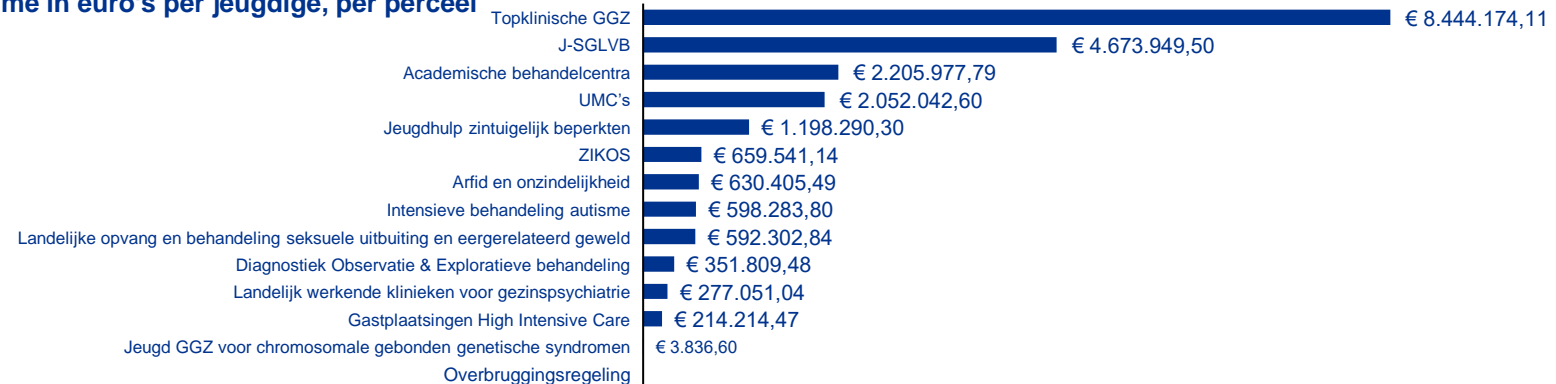
**Figuur 12b. Aandeel verwijzers in het LTA, gekeken naar volume in euro's**

### Noord-Holland



**Figuur 12c. Gemiddelde volume in euro's per jeugdige, per perceel**

### Noord-Holland



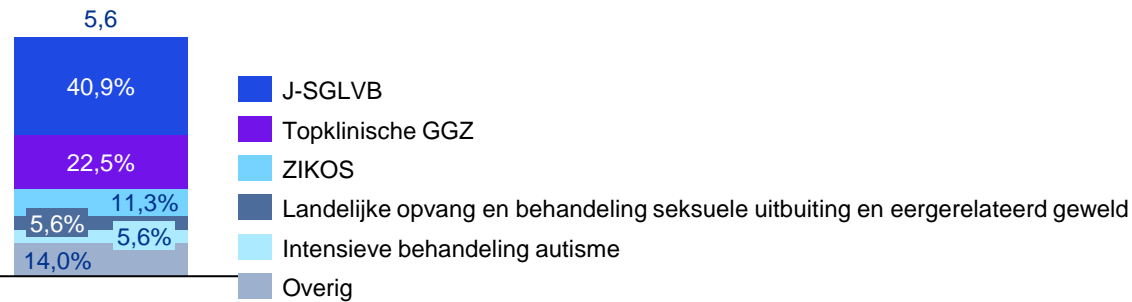
Bron: 1) Q1 – Q4 2023 Jeugd Totaal Rapportage – VNG



## Overijssel

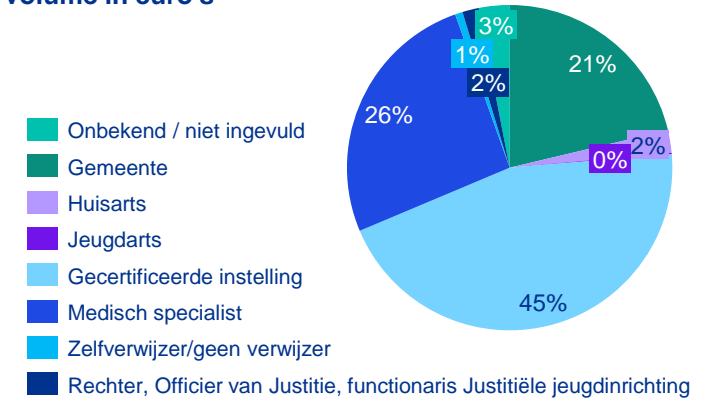
**Figuur 13a. Aandeel vijf grootste percelen in totaal volume in euro's per landsdeel**

Overijssel



**Figuur 13b. Aandeel verwijzers in het LTA, gekeken naar volume in euro's**

Overijssel



**Figuur 13c. Gemiddelde volume in euro's per jeugdige, per perceel**

Overijssel



Bron: 1) Q1 – Q4 2023 Jeugd Totaal Rapportage – VNG

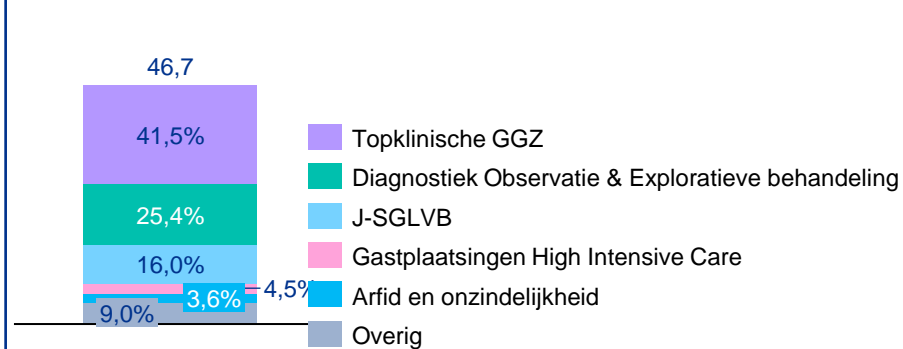
# Analyses per landsdeel – Brabant, Zeeland



## Brabant, Zeeland

**Figuur 14a. Aandeel vijf grootste percelen in totaal volume in euro's per landsdeel**

*Brabant, Zeeland*



**Figuur 14b. Aandeel verwijzers in het LTA, gekeken naar volume in euro's**

*Brabant en Zeeland*



**14c. Gemiddelde volume in euro's per jeugdige, per perceel**

*Brabant, Zeeland*



Bron: 1) Q1 – Q4 2023 Jeugd Totaal Rapportage – VNG

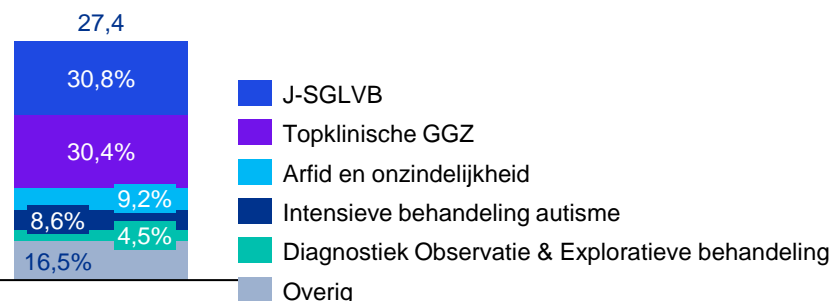
# Analyses per landsdeel – Gelderland



## Gelderland

**Figuur 15a. Aandeel vijf grootste percelen in totaal volume in euro's per landsdeel**

**Gelderland**



**Figuur 15b. Aandeel verwijzers in het LTA, gekeken naar volume in euro's**

**Gelderland**



**Figuur 15c. Gemiddelde volume in euro's per jeugdige, per perceel**

**Gelderland**



Bron: 1) Q1 – Q4 2023 Jeugd Totaal Rapportage – VNG





## Zuid-West

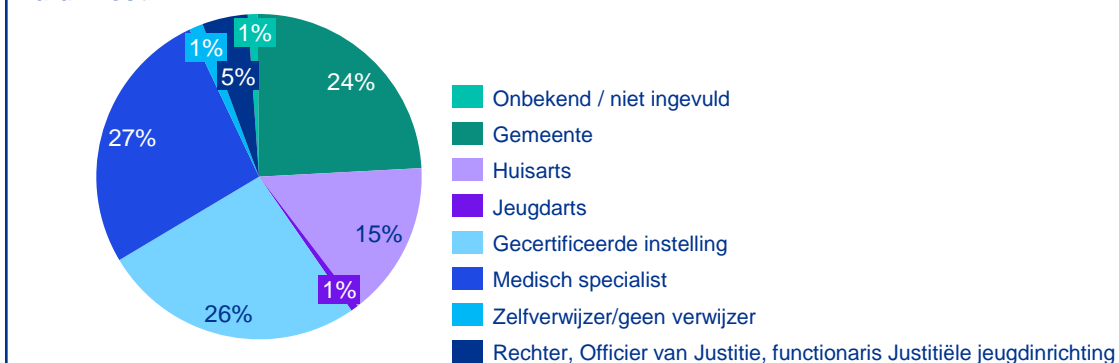
**Figuur 16a. Aandeel vijf grootste percelen in totaal volume in euro's per landsdeel**

### Zuid-West



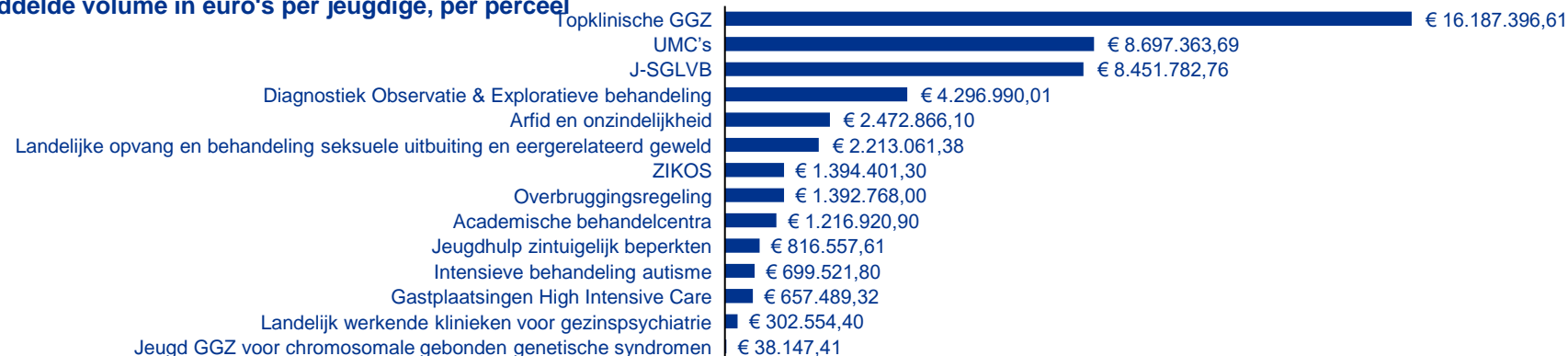
**Figuur 16b. Aandeel verwijzers in het LTA, gekeken naar volume in euro's**

### Zuid-West



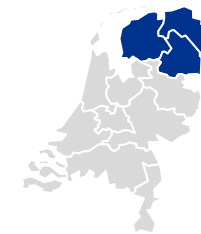
**Figuur 16c. Gemiddelde volume in euro's per jeugdige, per perceel**

### Zuid-West



Bron: 1) Q1 – Q4 2023 Jeugd Totaal Rapportage – VNG

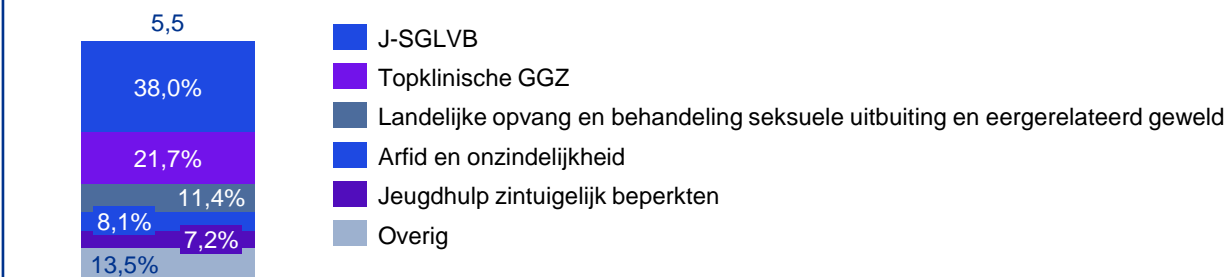
# Analyses per landsdeel – Noord-Nederland



## Noord-Nederland

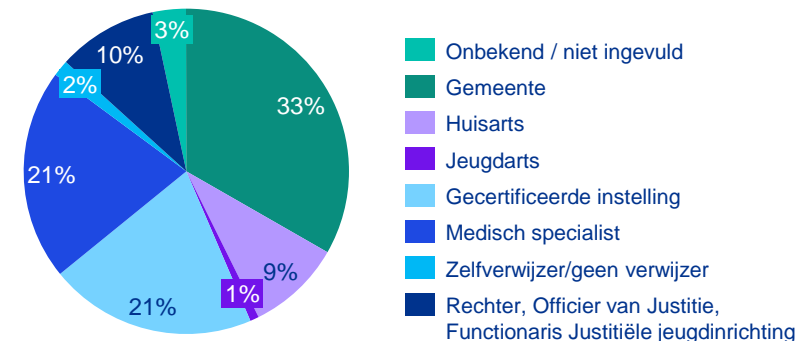
**Figuur 17a. Aandeel vijf grootste percelen in totaal volume in euro's per landsdeel**

*Noord-Nederland*



**Figuur 17b. Aandeel verwijzers in het LTA, gekeken naar volume in euro's**

*Noord-Nederland*



**Figuur 17c. Gemiddelde volume in euro's per jeugdige, per perceel**

*Noord-Nederland*



Bron: 1) Q1 – Q4 2023 Jeugd Totaal Rapportage – VNG

# Analyses per landsdeel – Limburg



## Limburg

**Figuur 18a. Aandeel vijf grootste percelen in totaal volume in euro's per landsdeel**

**Limburg**



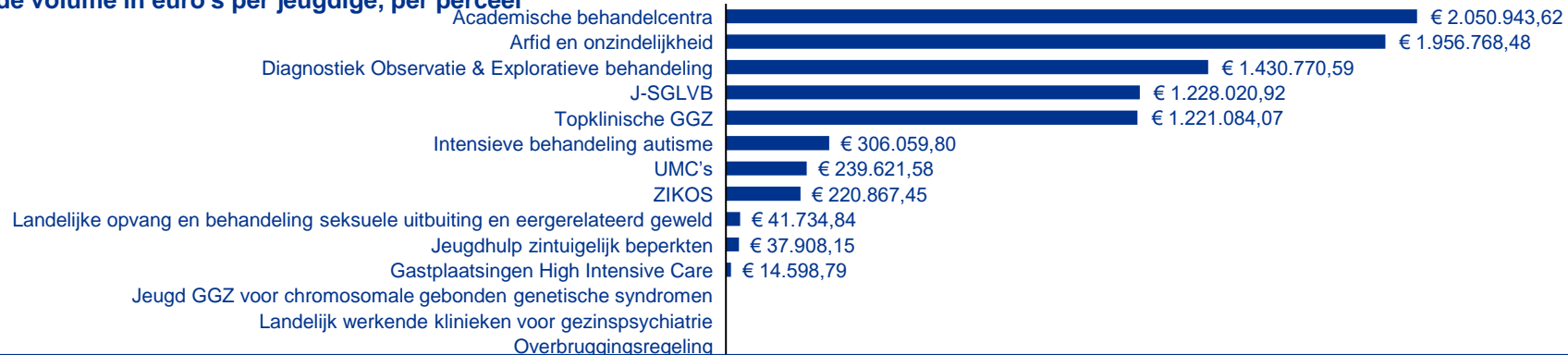
**Figuur 18b. Aandeel verwijzers in het LTA, gekeken naar volume in euro's**

**Limburg**



**Figuur 18c. Gemiddelde volume in euro's per jeugdige, per perceel**

**Limburg**



Bron: 1) Q1 – Q4 2023 Jeugd Totaal Rapportage – VNG

## 3.1 Huidige landelijk ingekochte zorgaanbod

# Medisch specialisten en huisartsen hadden in 2023 het grootste aandeel in verwijzingen<sup>A</sup> naar het LTA, gekeken naar het aantal trajecten en jeugdigen

Wat betreft het verwijsgedrag geven zorgprofessionals aan dat huisartsen over het algemeen als de meest zorgvuldige verwijzers worden beschouwd, met relatief weinig vals-positieve verwijzingen. Zorgprofessionals benadrukken dat er nog verbetering te halen valt in de scholing van sommige verwijzers. Tegelijkertijd erkennen zij dat zij zelf, als zorgaanbieders, hier een rol in kunnen spelen.

Qua volume in euro's zien we dat rechters, officieren van justitie en functionarissen van justitiële inrichtingen de relatief 'duurste' verwijzingen hebben. Dit is te verwachten, aangezien deze partijen vaak verwijzen naar zorgtrajecten waarbij de jeugdige elders verblijft. Wanneer we het aandeel verwijzers in het totale volume in euro's bekijken (figuur 4C, pagina 21) zien we dat rechters, officieren van justitie en functionarissen van justitiële inrichtingen een relatief beperkt aandeel hebben, namelijk circa 3%.

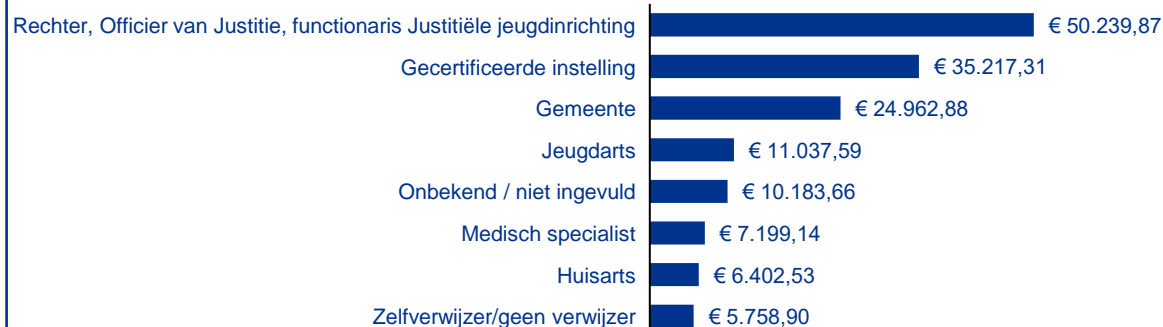
Opvallend is dat een deel van het volume in euro's, ongeveer EUR 1,5 miljoen, afkomstig is van jeugdigen waarvoor geen verwijzer is geregistreerd, of waar sprake is van zelfverwijzing. Zorgprofessionals verklaren dat dit vaak gaat om jeugdigen die vastlopen in hun nazorgtraject na afschaling en zelf de weg naar het LTA terug weten te vinden of bijvoorbeeld op een crisisafdeling terecht komen. Dit betreft dus zelden een eerste verwijzing. Wanneer iemand zichzelf aanmeldt op een crisisafdeling, wordt dit automatisch geregistreerd als een zelfverwijzing. Helaas biedt de huidige data geen inzicht in of het hier om een eerste verwijzing gaat of om jeugdigen die al eerder LTA-zorg hebben ontvangen.

Daarnaast ontbreekt er voor een bedrag van ongeveer EUR 3,7 miljoen informatie over de verwijzer. Ook dit kan te maken hebben met administratieve gebreken of ontbrekende data, wat betekent dat niet alle verwijzingen in kaart zijn gebracht.

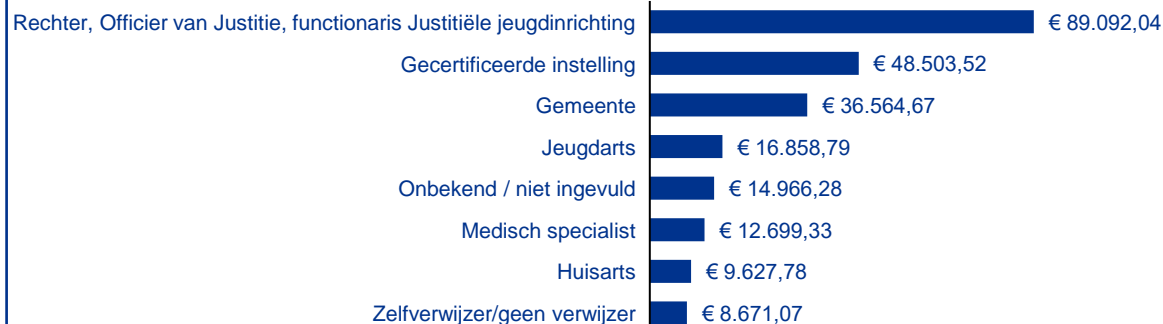
Bron: 1) Q1 – Q4 2023 Jeugd Totaal Rapportage – VNG

Noot: A) De beschikbare data geeft geen inzicht of het om eerste verwijzingen gaat of om doorverwijzingen binnen reeds lopende LTA-trajecten.

Figuur 19. Gemiddeld volume in euro's per verwijzer, per traject, in 2023<sup>1</sup>



Figuur 20. Gemiddeld volume in euro's per verwijzer, per unieke jeugdige, in 2023<sup>1</sup>



# **Bijlage F: Resultaten vragenlijst optimalisatiemogelijkheden netwerksamenwerking**

# Optimalisatiemogelijkheden in de netwerksamenwerking zijn in kaart gebracht door middel van een vragenlijst

## De vragenlijst omtrent optimalisatiemogelijkheden in de netwerksamenwerking is uitgezet bij gemeenten, RET's, BEN's en LTA-gecontracteerde aanbieders

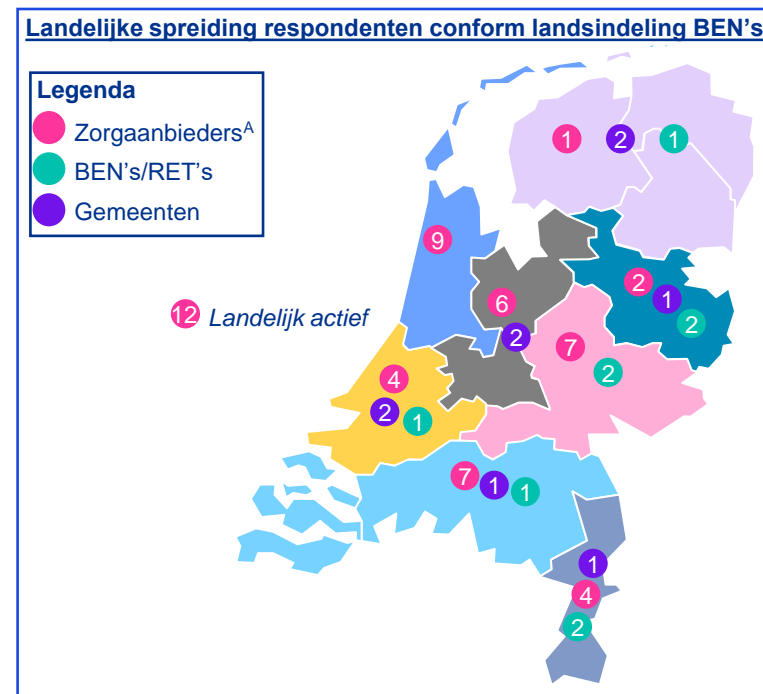
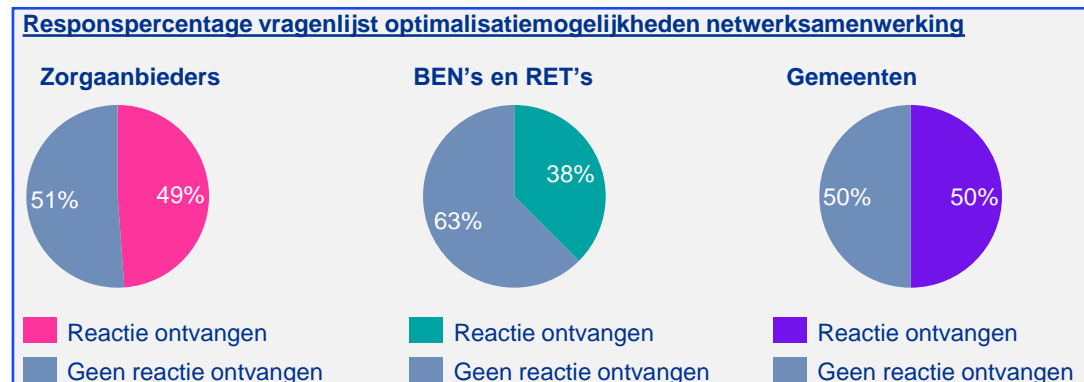
Om de optimalisatiemogelijkheden in de netwerksamenwerking binnen de jeugdzorg tussen de RET's, BEN's, gemeenten en huidige landelijk gecontracteerde aanbieders op regionaal en landelijk niveau in kaart te brengen, is een vragenlijst uitgezet bij bovengenoemde partijen.

De vragenlijst richtte zich op zes thema's: 1) verwijzing/toegang tot zorg en herkomst van jeugdigen, 2) ketensamenwerking gedurende het jeugdhulptraject en overlegpartners, 3) afschaling en organisatie van vervolgzorg, 4) bekostiging en financiële middelen, 5) consultatie en kennisdeling, en 6) lopende pilots en transformatieprojecten. De vragenlijst bestond uit 28 tot 31 vragen, afhankelijk van welke partij de vragenlijst invulde. Hoewel de vragenlijsten per partij enigszins verschilden, is er zorgvuldig op gelet om de vergelijkbaarheid tussen de partijen te maximaliseren door het merendeel van de vragen hetzelfde te houden.

## Gemiddeld hebben 45% van de benaderde partijen de vragenlijst ingevuld

De vragenlijst is uitgezet bij alle 43 LTA-gecontracteerde zorgaanbieders, 16 RET's, alle acht BEN's en 18 gemeenten. De geselecteerde gemeenten zijn verspreid over heel Nederland, waarbij de vragenlijst is uitgezet bij zes grote gemeenten (de G6), zes middelgrote gemeenten (30.000 –

225.000 inwoners) en zes kleine gemeenten (< 30.000 inwoners). Het gemiddelde responspercentage bedroeg ruim 45%. De figuur hieronder geeft het responspercentage van de verschillende benaderde partijen weer. De figuur hiernaast geeft de spreiding van de respondenten weer. Over het algemeen zijn de respondenten redelijk gelijk verspreid over het land, met een iets hogere concentratie in Gelderland, Noord-Brabant en Noord-Holland.



Noot: A) De meeste zorgaanbieders zijn actief in meerdere landsdelen. Hierdoor is het aantal zorgaanbieders in de figuur hoger dan het werkelijke aantal zorgaanbieders dat de vragenlijst heeft ingevuld. Daarnaast hebben twaalf zorgaanbieders aangegeven landelijk actief te zijn en zijn daarom niet toe te wijzen aan een of meerdere provincies.

# Uitdagingen in het maken van afspraken voor alternatieven van zorg en gebrek aan passend aanbod maken dat de toegang van zorg in het geding komt (1/2)



Kwantitatieve bevindingen	Kwalitatieve bevindingen										
<p><b>Hoe vaak ervaart u (naar schatting) dat de toegankelijkheid van bepaalde zorgvormen in uw verzorgingsgebied niet geborgd kan worden?</b></p> <table border="1"> <caption>Legenda voor de pie chart</caption> <tr><td>0%-5%</td><td>5%</td></tr> <tr><td>5%-25%</td><td>18%</td></tr> <tr><td>25%-40%</td><td>21%</td></tr> <tr><td>&gt;40%</td><td>5%</td></tr> <tr><td>Ik heb hier geen zicht op</td><td>38%</td></tr> </table> <p><i>Resposen verschillende partijen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>21 Zorgaanbieders</li> <li>9 BEN's/RET's</li> <li>9 Gemeenten</li> </ul>	0%-5%	5%	5%-25%	18%	25%-40%	21%	>40%	5%	Ik heb hier geen zicht op	38%	<p>Respondenten geven aan dat het lastig is de toegankelijkheid te borgen van de volgende zorgvormen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kleinschalige woonvoorzieningen: respondenten geven aan een tekort te ervaren aan kleinschalige woonvoorzieningen, wat essentieel is voor jeugdigen met specifieke behoeften zoals ASS, trauma en LVB-combinaties.</li> <li>Langdurig verblijf: te weinig plekken langdurig verblijf voor jeugdigen met complexere gedragsproblematiek.</li> <li>Specialistische zorg: respondenten geven aan dat er significante tekorten zijn in specialistische ggz-bedden, met name voor gesloten opname, ernstige eetproblematiek, ARFID en psychotraumazorg. Daarnaast vereisen genderproblematiek en complexe systemische problematiek meer gespecialiseerde plaatsen.</li> <li>Forensische zorg: zorg voor jeugdigen met een forensische achtergrond, in combinatie met LVB, ggz, et cetera is onvoldoende gedekt.</li> <li>Crisis- en tijdelijke zorg: time-outplekken met kennis van ASS, trauma, hechting en LVB-combinaties.</li> <li>Zorg voor specifieke zorggroepen: ernstige eetproblematiek, jeugdigen met ernstig externaliserend gedrag.</li> <li>Domeinoverstijgende zorg: zorg voor jeugdigen met complexe domeinoverstijgende problematiek, bijvoorbeeld ggz in combinatie met LVB, complexe systemische problematiek, ondersteuning uitstroom JZ+ en zwaardere multiproblematiek.</li> </ul>
0%-5%	5%										
5%-25%	18%										
25%-40%	21%										
>40%	5%										
Ik heb hier geen zicht op	38%										

# Uitdagingen in het maken van afspraken voor alternatieven van zorg en gebrek aan passend aanbod maken dat de toegang van zorg in het geding komt (2/2)

Verwijzing/toegang tot zorg en herkomst van cliënten

Ketensamenwerking en overlegpartners

Afschaling en organisatie vervolgzorg

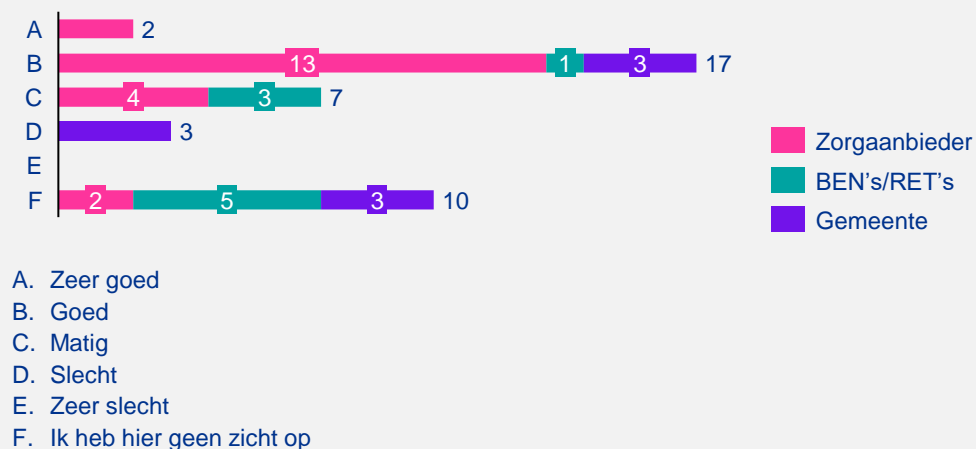
Bekostiging en financiële middelen

Consultatie en kennisdeling

Lopende pilots en transformatie-projecten

## Kwantitatieve bevindingen

### Hoe ervaart u op dit moment de verwijzingsprocedure naar het LTA?



### Wat zijn volgens u de grootste uitdagingen bij de verwijzing van jeugdigen in het bieden van passende zorg? Prioriteer onderstaande uitdagingen

Uitdaging	Zorg-aanbieder	BEN's/RET's	Gemeente
Lange wachtlijsten/wachttijden	2	1	2
Onvoldoende inzicht in beschikbare en passende verwijsopties	3	4	6
Gebrek aan eenduidige verwijzingscriteria bij verwijzers	4	6	7
Afspraken maken over de opbouw van de alternatieve zorgvorm	5	3	4
Gebrek aan passende zorgaanbieders/zorgaanbod	6	5	1
Het sluiten/omvormen van bestaande jeugdhulpinstellingen.	7	7	5
Samenwerkingsafspraken met ketenpartners <sup>A</sup>	1	-	-
Integraal aanbod is onvoldoende beschikbaar <sup>B</sup>	-	2	3

21 9 9

Noot: A) Antwoordoptie alleen beschikbaar voor zorgaanbieders; B) Antwoordoptie alleen beschikbaar voor BEN's/RET's en gemeenten.

21 9 9



# De toegankelijkheid van verblijf, forensische zorg, uitstroom JZ+ en J-SGLVB zorg kan lastig geborgd worden

Verwijzing/toegang tot zorg en herkomst van cliënten

Ketensamenwerking en overlegpartners

Afschaling en organisatie vervolgzorg

Bekostiging en financiële middelen

Consultatie en kennisdeling

Lopende pilots en transformatieprojecten

## Kwalitatieve bevindingen

Zorgaanbieders en BEN's/RET's zijn over het algemeen redelijk positief over de verwijzingsprocedure naar het LTA. Gemeenten beoordelen de verwijzingsprocedure vaker als 'slecht'. Dit is niet geheel onverwachts omdat vaak alleen de lastige casussen terechtkomen bij de gemeente.

Er is een duidelijke consensus tussen zorgaanbieders, BEN's/RET's en gemeenten dat lange wachtlijsten en wachttijden een van de grootste uitdagingen vormen bij de verwijzing van jeugdigen. Zorgaanbieders benadrukken het belang van samenwerkingsafspraken met ketenpartners, terwijl BEN's/RET's en gemeenten onvoldoende beschikbaarheid van een integraal aanbod als een van hun grootste uitdagingen zien. Het sluiten/omvormen van bestaande jeugdhulpinstellingen wordt door zorgaanbieders en BEN's/RET's als minder urgent ervaren dan gemeenten.

Overige uitdagingen die werden genoemd, zijn:

- Budgetplafonds: zorgaanbieders ervaren beperkingen in budgetten en meerzorgvoorzieningen.
- Complexiteit van samenwerking: samenwerking is noodzakelijk, maar zorgaanbieders geven aan dat dit in de praktijk lastig is te realiseren.
- Personeelstekorten.
- De afbouw van specialistische zorg gaat vaak sneller dan de opbouw van alternatieve zorgvormen.
- Regionale verschillen in beschikbaarheid: landelijk gecontracteerde functies zijn niet altijd beschikbaar in alle regio's, wat zorgt voor inconsistentie in zorgtoegang en kwaliteit.
- Gebrek aan een integrale aanpak van gezins- en kindproblematiek.
- Verschillen in bekostigingsvormen.

Suggesties voor verbeteringen die zouden bijdragen aan een soepelere verwijzingsprocedure:

- Meer inzicht vanuit zorgaanbieders in specifieke expertise die zij leveren
- Versterken van samenwerking verschillende partijen in het zorgtraject
- Flexibele financiering om de overgang tussen aanbieders te vergemakkelijken
- Een centraal triageorgaan
- Standaardisatie van producten en tarieven
- Integrale benadering van zorg
- Verminderen van versnippering in de toegang tot jeugdhulp

21 9 9

# Onduidelijke kaders, onvoldoende samenwerking in de keten en financiële en administratieve drempels vormen de grootste uitdagingen in de ketensamenwerking

Verwijzing/toegang tot zorg en herkomst van cliënten

**Ketensamenwerking en overlegpartners**

Afschaling en organisatie vervolgzorg

Bekostiging en financiële middelen

Consultatie en kennisdeling

Lopende pilots en transformatieprojecten

## Kwalitatieve bevindingen

Respondenten geven aan dat er verschillende positieve ontwikkelingen (succesfactoren) zijn in de ketensamenwerking:

- Toenemende samenwerking:** Er is een groeiende mate van samenwerking tussen zorgaanbieders. Zorgaanbieders kunnen elkaar beter vinden en onderhouden nauw contact met andere betrokken instanties zoals verwijzers en gemeenten.
- Kennisgroepen:** Kennisgroepen worden actief ingezet om expertise en ervaringen te delen. Er is steeds meer wederzijds begrip en erkenning voor elkaars expertise, waardoor de samenwerking wordt bevordert.
- Inzet en betrokkenheid:** Iedereen zet zich volop in en is gedreven om samenwerking goed vorm te geven, met een duidelijk gevoel van noodzaak. Dit bevordert het voeren van open gesprekken en partnerschap.
- Kortere lijnen:** Diverse samenwerkingsverbanden zorgen voor kortere communicatielijnen, wat de samenwerking efficiënter maakt.
- Goed belegde casusregie:** In veel regio's is de casusregie goed belegd, de juiste ketenpartners zijn met elkaar verbonden en er is goede afstemming over welke zorg er nodig is.

Er worden daarnaast een aantal knelpunten in de ketensamenwerking ervaren. De meest genoemde knelpunten zijn:

- Gebrek aan communicatie en kennis:** Zowel zorgaanbieders als gemeenten ervaren dat er een gebrek aan kennis en communicatie is, over elkaars werkzaamheden maar ook over elkaars expertise. Ook geven respondenten aan dat er onvoldoende afstemming is tussen GI's (verwijzer) en gemeenten (betaler).
- Financiële knelpunten en contractafspraken:** Respondenten geven aan dat uitdagingen in financiële afspraken, contractering en diversiteit in inkoopbeleid de samenwerking aanzienlijk bemoeilijken.
- Verschillen in organisatie:** Er zijn grote regionale verschillen in kennis, expertise en organisatie; dit leidt tot inconsistenties in de zorgverlening.

- Onduidelijke kaders voor zorgaanbieders:** Zorgaanbieders hebben onduidelijke kaders over de inhoudelijke verantwoordelijkheid van behandelingen. Hierdoor zijn er verschillende routes en procedures richting het LTA, dit creëert verwarring en vertraging in het proces.
- Onvoldoende samenwerking in de keten:** Onvoldoende samenwerking komt vaak door financiële en/of inhoudelijke schotten.
- Financiële en administratieve drempels:** Er is weinig afstemming tussen regionale en LTA-inkoop, wat hiaten in het zorgaanbod veroorzaakt en de druk op LTA-gecontracteerde aanbieders verhoogt.

De respondenten hebben verschillende suggesties gegeven om de knelpunten in de ketensamenwerking het hoofd te bieden:

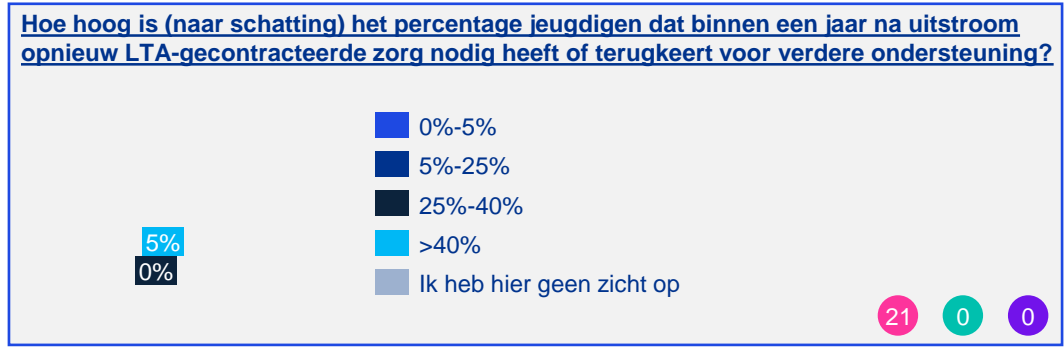
- Meer communicatie en bekendheid:** Er is een duidelijke behoefte aan meer bekendheid en communicatie over elkaars expertise, aanbod en procedures, zowel bij zorgaanbieders als gemeenten. Regelmatige netwerkbijeenkomsten en andere bijeenkomsten kunnen hierin bijdragen.
- Sterkere regievoering:** Een versterking van regievoering, met duidelijke mandaten en verantwoordelijkheden, kan leiden tot een intensievere overdracht van casussen en het in beeld brengen van ketens. Dit draagt bij aan het verbeteren van de continuïteit van zorg.
- Meer uniformiteit:** Meer gestandaardiseerde procedures, uniformiteit in productprofielen, kostprijzen en wettelijke kaders zorgen voor duidelijke afspraken en consistentie in de zorgverlening.
- Investeren in partnerschap:** Meer ruimte voor zorgaanbieders en overlegpartners om te investeren in samenwerking is cruciaal voor effectieve ketensamenwerking.
- Meer kennisdeling:** Het bevorderen van kennisdeling vanuit LTA en binnen de gehele keten helpt bij het vergroten van begrip en efficiëntie in de zorgverlening.

# Het organiseren van vervolgzorg na afschaling LTA-zorg kent aanzienlijke uitdagingen, zoals lange wachttijden en een gebrek aan passende vervolgzorg



## Kwantitatieve bevindingen

Aan zorgaanbieders is de vraag gesteld hoe hoog het percentage jeugdigen naar schatting is dat binnen een jaar na uitstroom opnieuw LTA-gecontracteerde zorg nodig heeft. Bijna 38% van de zorgaanbieders geeft aan geen inzicht te hebben. Ruim 33% van de respondenten schat dat slechts een klein percentage van de jeugdigen (0%-5%) binnen een jaar terugstroomt, dit kan wijzen op effectieve nazorg en uitstroomprocedures. Echter, een kwart van de respondenten ziet een hoger percentage weer terugstromen (25%-40%) en één respondent ziet meer dan 40% van de jeugdigen weer terug binnen een jaar. Dit suggereert dat er ruimte is voor verbetering in de continuïteit en effectiviteit van nazorg.



## Kwalitatieve bevindingen

Verschillende factoren hebben invloed op het percentage jeugdigen dat weer terugstroomt. Zo gaat complexe zorg vaak gepaard met langdurige trajecten en op het moment dat iemand 18 wordt, stroomt hij/zij vaak door naar Wlz. Bovendien heeft de verstandelijke-gehandicaptendoelgroep vaak levenslange (en levensbrede) zorg nodig. Dit leidt ook tot terugkeer, al dan niet in een lichtere vorm van zorg. Zorgaanbieders benadrukken het belang van integratieve zorg rond de jeugdige. Onvoldoende ambulante zorg en een zwak gezinssysteem dragen bij aan terugval. Daarnaast kan een zorgvuldige voorbereiding van doorstroom/uitstroom ook bijdragen om terugval te verminderen. BEN's en RET's zien vaak verkeerde plaatsingen door een gebrek aan passende plekken, waardoor de kans op terugval groter is. Ook zij pleiten voor een goede overdracht. Daarnaast pleiten twee BEN's/RET's voor de bredere inzet van een 'terugvalpreventieplan': aan de start van een zorgtraject direct een plan opzetten voor het toekomstige doel, de benodigde stappen en de vervolgstappen na het traject. Gemeenten benadrukken het belang van continuïteit van zorg. Er zijn vanuit de vragenlijst vier rode draden te herkennen in de uitdagingen die respondenten ervaren bij afschaling van LTA-zorg:

- **Gebrek aan passende vervolgzorg:** Zorgaanbieders geven aan dat de problematiek van de jeugdige soms 'te zwaar' is, waardoor andere aanbieders de jeugdige niet willen aannemen. Daarnaast zou er een tekort zijn aan passende plekken, bijvoorbeeld verblijfsplekken en ambulante alternatieven.
- **Knip tussen 18-min en 18-plusfinanciering:** De knip tussen 18-min en 18-plusfinanciering maakt afschaling complex, zo zijn de inkomsten bij 18-plus in de Wlz fors lager dan bij 18-min.
- **Lange wachttijden:** Lange wachttijden en een tekort aan personeel maken afschaling en het overnemen van jeugdigen lastiger.
- **Gebrek aan binding met de regio:** De overgang van LTA-zorg naar regionale zorg verloopt stroef, dit komt doordat er (te) weinig samenwerking is tussen LTA-partijen en regionale partijen, waardoor deze partijen elkaar lastiger kunnen vinden en niet altijd bekend zijn met elkaars werkwijzen.

# Het vroegtijdig opstellen van een perspectiefplan en stevigere casusregie kunnen bijdragen aan het vergemakkelijken van het organiseren van vervolgzorg

Verwijzing/toegang tot zorg en herkomst van cliënten

Ketensamenwerking en overlegpartners

Afschaling en organisatie vervolgzorg

Bekostiging en financiële middelen

Consultatie en kennisdeling

Lopende pilots en transformatieprojecten

## Kwalitatieve bevindingen

Daarnaast ervaren zorgaanbieders nog een aantal zorgaanbiederspecifieke uitdagingen bij het afschalen van zorg. Allereerst wordt afschalen als moeilijk ervaren omdat het aantal jeugdigen vrij laag is; hierdoor kunnen er geen heterogene groepen worden ingericht voor afschaling. Een zorgaanbieder van zintuigelijke-gehandicaptenzorg geeft aan dat er ook onvoldoende specialistische kennis is, bijvoorbeeld over dove en slechthorende kinderen. Zo spreken medewerkers bij regionale zorgaanbieders vaak geen gebarentaal. Twee zorgaanbieders geven aan geen knelpunten te ervaren bij afschaling van zorg. De ene zorgaanbieder heeft binnen de eigen organisatie regionaal niet-LTA-gecontracteerd aanbod, wat goed aansluit op hun LTA-gecontracteerde aanbod; de andere organisatie ervaart flexibiliteit in toewijzing naar eventuele vervolgzorg, waardoor de afschaling soepel verloopt.

21 9 9

# Het organiseren van vervolgzorg na afschaling LTA-zorg kent aanzienlijke uitdagingen, zoals lange wachttijden en een gebrek aan passende vervolgzorg (1/2)



## Kwantitatieve bevindingen

Ruim 80% van de respondenten ondervindt uitdagingen bij het organiseren van vervolgzorg. De meest genoemde uitdagingen zijn lange wachttijden voor vervolgzorg, geen casusregie vanuit de verwijzer, gebrek aan passende vervolgzorg en onvoldoende communicatie binnen de keten.

De meestgenoemde uitdagingen in het organiseren van vervolgzorg overlappen grotendeels met de uitdagingen die komen kijken bij afschaling van LTA-gecontracteerde zorg: een gebrek aan passende zorg, onvoldoende communicatie in de keten en lange wachttijden.



Noot: A) respondenten konden meer dan één antwoord selecteren; B) Antwoorδοpties D en E waren alleen voor zorgaanbieders.

# Het organiseren van vervolgzorg na afschaling LTA-zorg kent aanzienlijke uitdagingen, zoals lange wachttijden en een gebrek aan passende vervolgzorg (2/2)

Verwijzing/toegang tot zorg en herkomst van cliënten

Ketensamenwerking en overlegpartners

Afschaling en organisatie vervolgzorg

Bekostiging en financiële middelen

Consultatie en kennisdeling

Lopende pilots en transformatieprojecten

## Kwalitatieve bevindingen

De meestgenoemde uitdagingen in het organiseren van vervolgzorg overlappen grotendeels met de uitdagingen die komen kijken bij afschaling van LTA-gecontracteerde zorg: een gebrek aan passende zorg, onvoldoende communicatie in de keten en lange wachttijden. Hierdoor overlappen de genoemde suggesties om deze uitdagingen enigszins weg te nemen, ook met de suggesties voor afschaling van zorg: de nadruk ligt op betere samenwerking en communicatie tussen alle betrokken partijen, dus met zorgaanbieders maar ook tussen gemeenten, casemanagers, et cetera om zo de continuïteit van zorg te waarborgen.

Daarnaast is er duidelijke behoefte aan steviger casemanagement. Eén partij moet regie nemen en zorgen voor een vast aanspreekpunt en continuïteit in casemanagement. Ook pleiten respondenten voor meer flexibiliteit in financiële structuren. Beter inzicht in beschikbaar zorgaanbod en betere beschikbaarheid van specialistische expertise buiten specifieke zorginstellingen dragen ook bij aan het vergemakkelijken van het organiseren van vervolgzorg. Bijvoorbeeld meer ZG-expertise buiten de ZG-zorg. Tot slot, een integrale benadering in de zorg, met een duidelijk plan en betrokkenheid van alle partijen zijn cruciaal.

17 7 8

# Zorgaanbieders en gemeenten ervaren hoge administratieve lasten omtrent het LTA

Verwijzing/toegang tot zorg en herkomst van cliënten

Ketensamenwerking en overlegpartners

Afschaling en organisatie vervolgzorg

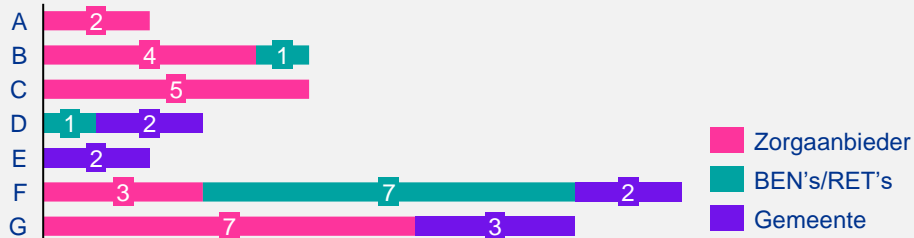
**Bekostiging en financiële middelen**

Consultatie en kennisdeling

Lopende pilots en transformatie-projecten

## Kwantitatieve bevindingen

### Welke uitdagingen ervaart u met betrekking tot de financiële middelen binnen het LTA?



- A. Te lage tarieven om het aanbod in stand te houden/contracten af te sluiten
- B. Niet-passende bekostigingswijze bij zorgvorm
- C. Hoge administratieve lasten door verschillende bekostigingswijzen, contracten, et cetera
- D. Financieel kader voor jeugd is niet toereikend
- E. Onvoldoende sturingsmogelijkheden
- F. Ik heb hier geen zicht op
- G. Anders

21 9 9

## Kwalitatieve bevindingen

BEN's en RET's hebben grotendeels geen inzicht in de financiële middelen binnen het LTA, mede doordat deze via de gemeenten worden verstrekt. Er is een klein percentage van zorgaanbieders (ca. 19%) dat op dit moment geen uitdagingen ervaart met betrekking tot de financiële middelen binnen het LTA. Eén van deze zorgaanbieders geeft daarbij expliciet aan dat het huidige LTA passende contractvoorwaarden biedt voor de bestaande zorgvormen. Een aantal zorgaanbieders en gemeenten geeft aan dat zij niet direct uitdagingen ervaren met de bekostigingsstructuur binnen het LTA, maar meer bij contractuele verplichtingen en administratieve vraagstukken. Een gemeente geeft aan dat zij het lastig vinden dat een LTA-overeenkomst niet geldig is voor thuisregio's. Daarnaast ervaren gemeenten uitdagingen in het omgaan met beperkte budgetten en moeilijkheden bij het vergelijken van tarieven. Dit wijst op een probleem met transparantie en budgetbeheer, vooral voor kleinere gemeenten die gevoeliger zijn voor variabele kosten.

Aanvullend is bij zorgaanbieders uitgevraagd hoe uitdagingen in financiële middelen de samenwerking tussen zorgaanbieders beïnvloedt. Zorgaanbieders geven aan dat uitdagingen in financiële middelen maken dat er meer kaders zijn waaraan zorg moet voldoen om in aanmerking te komen voor het LTA. Hierdoor kan er minder 'out-of-the-box' gedacht worden. Terwijl LTA-zorg vaak juist trajecten betreft waarin samenwerking tussen zorgaanbieders wenselijk is. Ook maakt de beperkte financiële ruimte het lastiger om medewerkers (tijdelijk) anders in te zetten om zo kennis over te dragen. Ook wordt het verschil tussen lokale en LTA-contractering genoemd als knelpunt in de samenwerking.

Zorgaanbieders noemen met name oplossingsrichtingen voor het verminderen van de administratieve lasten door het verbeteren van de transparantie en communicatie binnen de keten en het centraliseren van de financiering. Daarnaast is er ook een duidelijke behoefte aan het herzien van tarieven en bekostigingswijzen om deze beter af te stemmen op de werkelijke kosten; hiervoor worden specifieke kostenposten als consultatie genoemd, maar ook kwesties in een breder verband zoals de kosten voor complexe zorgvormen. Ook is er een duidelijke behoefte aan flexibiliteit. Zo noemen een aantal zorgaanbieders concrete ideeën zoals doorbraakbudgetten en mogelijkheden om flexibeler te kunnen schakelen tussen financieringskaders.

# Er is een duidelijke behoefte aan flexibiliteit binnen de huidige financiële kaders bij zorgaanbieders en gemeenten



Ook is er vanuit de gemeente en zorgaanbieders behoefte aan meer flexibiliteit in contracten om beter om te kunnen gaan met regionale verschillen en specifieke situaties. Gemeenten wensen daarnaast een grotere mate van sturing en transparantie op landelijk niveau om de verschillen in tarieven te verminderen.

BEN's/RET's en zorgaanbieders geven aan dat meer transparantie in inkoopprocessen en afstemming kunnen bijdragen aan het verbeteren van de bekostiging.



# Respondenten beschouwen consultatie en kennisdeling als positief, maar er zijn uitdagingen door tijdgebrek, financiën en onbekendheid met de consultatiefunctie

Verwijzing/toegang tot zorg en herkomst van cliënten

Ketensamenwerking en overlegpartners

Afschaling en organisatie vervolgzorg

Bekostiging en financiële middelen

Consultatie en kennisdeling

Lopende pilots en transformatieprojecten

## Kwalitatieve bevindingen

De algemene tendens is dat consultatie en kennisdeling zeer worden gewaardeerd door de respondenten, het wordt als laagdrempelig en snel ervaren. Ook de rol van de academische ziekenhuizen in consultatie en kennisdeling wordt specifiek aangehaald en als positief ervaren.

Echter, er zijn ook een aantal overkoepelende uitdagingen waar de respondenten tegenaan lopen:

- **Tijdgebrek (zorgaanbieders):** Het is voor zorgaanbieders lastig om voldoende tijd en personeel vrij te spelen voor consultatie. Daarnaast kosten consultatie en kennisdeling tijd die van de behandelingsafgang af gaan.
- **Financiering (alle respondenten):** De kaders rondom financiering voor kennisdeling zijn volgens respondenten onduidelijk en verschillen daarnaast ook per regio. De regionale verschillen maken het daarnaast ook lastig om consistent te kunnen werken. Bovendien bestaat er op dit moment geen betaaltitel voor consultatie. Financiële belemmeringen kunnen er voor zorgen dat het lastig is snel een deskundige te kunnen vinden, waardoor het langer duurt voordat consultatie kan plaatsvinden. Hierdoor kan het voorkomen dat de jeugdige ondertussen al is doorverwezen.
- **Onbekendheid consultatiefunctie (alle respondenten):** Niet alle betrokken partijen in het zorgtraject van een jeugdige zijn voldoende bekend met de consultatiefunctie, partijen vinden het lastig om elkaar te vinden, waardoor de consultatiefunctie niet optimaal wordt benut.

Er zijn ook een aantal specifieke uitdagingen:

- Eén BEN/RET en één zorgaanbieder geven aan dat wisselingen van betrokkenen het lastig maken om consultatie snel te organiseren.
- Zorgaanbieders hebben daarnaast ook behoefte aan duidelijkere kaders voor consultatie. Soms grenst het bijna aan diagnostiek. Het moet duidelijker afgebakend worden van behandeling.

- Een gemeente geeft aan dat de verschillende contexten (LTA, bovenregionaal, regionaal) het lastig maken om consultatie en kennisdeling te organiseren.

Omtrent kennisdeling ervaren respondenten over het algemeen geen uitdagingen. Eén zorgaanbieder geeft aan dat er tijdens en na regionale contractering terughoudendheid is in kennisdeling, waarschijnlijk in verband met concurrentie. Daarnaast merkt één zorgaanbieder op dat de kennisdeling vaak niet verder reikt dan leiderschaps- en beleidsfuncties en niet altijd alle medewerkers bereikt.

Het liefst zien respondenten dat consultatie en kennisdeling op (boven)regionaal wordt ingericht en aangestuurd, waarbij het lerende effect voorop komt te staan. Ook zouden zorgbemiddeling en RET's een goede rol kunnen spelen in het organiseren van consultatie en kennisdeling op (boven)regionaal niveau. Collectieve afspraken over de beschikbaarheid en bekostiging van deskundigen dragen bij aan een soepeler proces. Daarnaast geven respondenten aan dat bestaande structuren, zoals de BEN's en RET's beter benut kunnen worden, maar dat er behoefte is aan heldere, landelijke kaders omtrent financiering.

Gemeenten geven aan dat betere digitale processen voor consultatie en kennisdeling niet alleen bijdragen aan het verminderen van de financiële lasten, maar ook bijdragen aan het bevorderen van de vindbaarheid van deskundigen. Eén zorgaanbieder gaf de suggestie voor een gezamenlijk platform waar LTA-aanbieders en hun consultatiefunctie gevonden en benaderd kunnen worden.

# Transformatieprojecten rondom het verbeteren van netwerksamenwerking richten zich onder andere op het organiseren zo dicht mogelijk bij huis (1/2)

Verwijzing/toegang tot zorg en herkomst van cliënten

Ketensamenwerking en overlegpartners

Afschaling en organisatie vervolgzorg

Bekostiging en financiële middelen

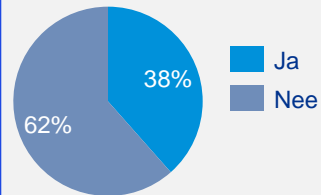
Consultatie en kennisdeling

Lopende pilots en transformatieprojecten

## Kwantitatieve bevindingen

Vijftien van de negenendertig respondenten gaven aan deel te nemen aan een lopend pilot of transformatieproject. Deze groep bestaat uit negen zorgaanbieders, één BEN, één RET en vier gemeenten.

### Bent u betrokken bij een lopend pilot of transformatieproject in de jeugdhulp ten aanzien van het verbeteren van de netwerksamenwerking?



21

9

9

## Kwalitatieve bevindingen

De lopende pilots en transformatietrajecten richten zich hoofdzakelijk op de volgende thema's:

- **Organiseren van zorg zo dicht mogelijk bij de jeugdige:** Pilots en transformatieprojecten die werden genoemd zijn onder andere Team AnderS<sup>1</sup>, Samenspel in de Wijk<sup>2</sup> en Wijkteam dichtbij<sup>3</sup>.
- **Verbeteren van samenwerking in de keten:** Voorbeelden van projecten zijn Essentiële functies G7<sup>4</sup>, Deltaplan Eindhoven<sup>5</sup>, Doorbraakproject Netwerkpsychiatrie<sup>6</sup> en MDA++ Friesland<sup>7</sup>.
- **Opbouw alternatieven JZ+ en realiseren kleinschalig werken:** Het ontwikkelen van alternatieven voor de afgebouwde en de nog af te bouwen JZ+-plekken en het realiseren van kleinschalige werkvormen binnen de jeugdzorg. Bijvoorbeeld een pilot van Fier, Levvel en Sterk Huis<sup>8</sup>.
- **Gezinsondersteuning:** Een aantal genoemde pilots en transformatieprojecten richten zich specifiek op het bieden van ondersteuning aan het hele gezin. Bijvoorbeeld domeinoverstijgende gezinsondersteuning in Smalingerland en de aanpak van intieme terreur in Friesland.

De belangrijkste lessen die getrokken kunnen worden uit de pilots en transformatieprojecten zijn:

- Samenwerken blijft vaak moeilijk. Er is behoefte aan meer kennis over elkaars werk en een preventiegericht werkklimaat. Het is cruciaal dat partijen elkaar kunnen vinden en gezamenlijk te werk kunnen gaan.
- Samenwerken over verschillende domeinen en organisaties heen kost tijd en vraagt om duidelijke regie.

Bron: 1) [Samenwerking RET-Twente en Team AnderS om uithuisplaatsing te voorkomen - Expertisenetwerk Jeugd Overijssel](#); 2) [Professionals | Gemeente Zwolle \(swtzwolle.nl\)](#); 3) [Wijkteam dichtbij - Wijkteam Amersfoort \(wijkteam-amersfoort.com\)](#); 4) [Project Essentiële functies - G7 | de zeven Gelderse jeugdregio's \(g7jeugd.nl\)](#); 5) [Deltaplan Eindhoven | VNG](#); 6) [Netwerkzorg: Doorbraakproject Netwerkpsychiatrie - Kenniscentrum Phrenos/Kenniscentrum Phrenos](#); 7) [Samenwerken aan veiligheid: de werkwijze van MDA++ Friesland | Zo \(zonmw.nl\)](#); 8) [Zorgorganisaties Fier, Levvel en Sterk Huis onderzochten: 'Doorplaatsen van jonge, kwetsbare meisjes in de \(gesloten\) jeugdzorg kan worden voorkomen' - Sterk Huis](#).

# Transformatieprojecten rondom het verbeteren van netwerksamenwerking richten zich onder andere op het organiseren zo dicht mogelijk bij huis (2/2)

Verwijzing/toegang tot zorg en herkomst van cliënten

Ketensamenwerking en overlegpartners

Afschaling en organisatie vervolgzorg

Bekostiging en financiële middelen

Consultatie en kennisdeling

Lopende pilots en transformatieprojecten

## Kwalitatieve bevindingen

- Er moet ruimte zijn voor innovatie en experimenteren.
- Stevig opdrachtnemer- en opdrachtgeverschap is essentieel voor het succes van een transformatieproject.
- De huidige financiering en wet- en regelgeving maken het voor zorgaanbieders lastig om passende hulp te realiseren.
- Transformatieprojecten zorgen ervoor dat men meer kennis van elkaars werk krijgt en daardoor preventiever te werk kan gaan.
- Er moet altijd toegewerkt worden naar huis; thuis is de beste plek.
- Het aantal plaatsingen in de residentiële jeugdhulp, waaronder JZ+, kan worden teruggebracht, mits er regionaal voldoende alternatief preventief aanbod kan worden geboden.

# Bijlage G: Inzichten vanuit BEN's per landsdeel



# Overkoepelende rode draden vanuit de BEN's

## Gezamenlijke bevindingen BEN's<sup>1</sup>:

- De ervaring vanuit de RET's en de BEN's leren tot nu toe dat er geen scherpe afbakening op diagnoses of problematiek op kindniveau te maken is waarop de casuïstiek vastloopt. Dit komt bij vastgelopen casuïstiek onder andere door de complexe samenhang van comorbide problematiek. Denk hierbij aan agressie/onbegrepen gedrag, suïcidale uitingen, automutilatie, trauma, eetstoornissen en/of een moeilijker leesbaar sociaal-emotioneel en cognitief intelligentieprofiel. Ook kunnen er problemen zijn in het gezin die een uitwerking hebben op de jeugdige en diens behandeling zoals een complexe echtscheiding, huiselijk geweld, financiële problemen of problematiek gelegen in de ouder(s).
- Over het algemeen zien de RET's en BEN's dat zij steeds vaker betrokken worden bij een bepaald type vastgelopen zorgvragen. Uit analyses die gedaan zijn komt het volgende beeld naar voren:
  - Er is sprake van een hoog veiligheidsrisico, de jeugdige vormt een gevaar voor zichzelf, zijn omgeving of bevindt zich in een onveilige omgeving.
  - Externaliserend gedrag van de jeugdige, wat het lastig maakt om de jeugdige te plaatsen zonder dat dit een negatief effect heeft op de jeugdige, andere jeugdigen of personeel.
  - Het voorkomen van comorbide stoornissen waarbij meer integrale behandeling nodig is en samenwerking tussen specialismes. Veelal gaat het daarbij om:
    - Jongens in de leeftijd tot 12 jaar met moeilijk externaliserend gedrag, ASS en trauma of ADHD.
    - Meiden in leeftijd vanaf 14 jaar met internaliserend probleemgedrag, ernstige suïcidaliteit, trauma, automutilatie en/of een eetstoornis.
    - Er is te laat of onvoldoende zicht op andere problematiek dan die eigenlijk op de voorgrond ligt. Het gaat hierbij om de oorzaak van het gedrag. Hierbij ligt nu nog te vaak de focus op het waarneembare gedrag.
    - Het aanwezig zijn van een stoornis gecombineerd met een lage leerbaarheid of LVB waardoor behandeling tot onvoldoende verbetering leidt.

Bron: 1) Voortgangsrapportage BEN's juni 2024

# Rode draden vanuit de BEN's Brabant/Zeeland



## Typologieën BEN Brabant/Zeeland<sup>1</sup>:

- De profielen zijn ontstaan vanuit de informatie uit de RET-monitors gecombineerd met de expertise van het Kernteam BEN. De profielen geven een beeld bij de veelvoorkomende casuïstiek bij de RET's en het BEN. Ook helpen ze om inzicht te krijgen in de vragen en behoeften van de kinderen en gezinnen. Een profiel verwijst niet naar één persoon, maar deze representeert een groep jeugdigen die met hun naasten en hulpverleners 'vastlopen' in het jeugdhulpsysteem.
- In de beschrijving hieronder is alleen beschrijving van de jeugdige opgenomen, maar de profielen bestaan uit een context van een gezinssituatie, levensloop, wat er nodig is voor jeugdige en hoe dit bereikt kan worden. De meeste jeugdigen zijn ten dele of volledig in het onderwijs en/of dagbesteding vastgelopen. Deze informatie is niet opgenomen in de verschillende profielen.
- Typologieën ter illustratie:
  - *A: neurobiologische ontwikkelingsstoornissen externaliserend.* Er is bij A sprake van autisme, vaak in combinatie met ADHD en/of een ticstoornis. Hij vindt het, daarmee samenhangend, moeilijk om zicht en grip op zichzelf en de wereld om zich heen te krijgen. Hij probeert krampachtig de controle te behouden of te verkrijgen, hetgeen met een dwangstoornis verward kan worden. Gaat dat niet goedschiks, dan gaat dat kwaadschiks. Soms gaat het gepaard met forse verbale agressie en fysiek geweld. Het kan voorkomen dat Liam op een laag sociaal emotioneel ontwikkelingsniveau functioneert.
  - *B: neurobiologische ontwikkelingsstoornissen internaliserend.* Er is bij B sprake van autisme, vaak in een combinatie met ADHD en/of een ticstoornis. Door een opeenstapeling van negatieve ervaringen is daar een angst-, stemming- en/of dwangstoornis bij gekomen. Het kan voorkomen dat B op een laag sociaal-emotioneel ontwikkelingsniveau functioneert.
  - *C: multiprobleemgezin – jonge puberteit.* C heeft last van chronisch complex vroegkinderlijk trauma, in combinatie met andere kwetsbaarheden (temperamentvol, ADHD, et cetera). De band tussen C en de ouders van C staat onder druk. Als buitenstaander zie je slechts het topje van de ijsberg. Onder water speelt er veel meer.
  - *D: multiprobleemgezin – bijna 18 jaar oud.* D heeft last van chronisch complex vroegkinderlijk trauma, in combinatie met andere kwetsbaarheden (temperamentvol, ADHD, et cetera). De band tussen D en de ouders van D staat onder druk. Als buitenstaander zie je slechts het topje van de ijsberg. Onder water speelt er veel meer.
- *E: (laat of niet onderkend) "meisjes autisme";* E heeft "meisjes autisme", wat niet zelden laat of niet onderkend wordt. Daar bovenop is als het ware een brede waaier van diagnoses gekomen.
- *F: licht verstandelijke beperking in combinatie met neurobiologische ontwikkelingsstoornissen en multiprobleemgezin.* F heeft een licht verstandelijke beperking in combinatie met autisme, ADHD en/of een ticstoornis.
- Aandachtspunten:
  - Profiel A en B kunnen ook een mix zijn. Externaliserende problemen kunnen bijvoorbeeld internaliserende problemen overschaduwden.
  - De profielen zijn dynamisch. Het kan zijn dat profielen wijzigen, verdwijnen of dat andere profielen in de tijd toegevoegd dienen te worden. In de structurele leer- en verbetercyclus worden de profielen een vast onderdeel. Mochten profielen missen, nieuwe profielen ontstaan of profielen verdwijnen, dan kan dit in de leerproces worden opgenomen.

Bron: 1) Aangeleverd door de BEN's.

# Rode draden vanuit de BEN Noord-Holland, BEN Overijssel en BREN Zuid-Holland



## Rode draden BEN Noord-Holland<sup>1</sup>:

Er zijn 5 doelgroepen gedefinieerd. Daarbij is bij alle doelgroepen aandacht nodig voor disharmonisch intelligentieprofiel<sup>A</sup>/LVB.

1. *Jongens, 7-12 jaar.* Kenmerkend: trauma, hechtingsproblematiek, ASS, uit onveilige gezinssituatie en op zoek naar een duurzaam perspectief. Deze jongens worden ervaren als te complex voor een pleeggezin of gezinshuis, zijn te jong om gesloten te plaatsen of in een Kleinschalige Woonvoorziening in te stromen. Deze jongens zitten nu vaak met maatwerk en één op één begeleiding. Vaak is er sprake van een disharmonisch intelligentieprofiel/LVB.
2. *Meisjes met externaliserende problematiek, 14+ jaar.* Suïcidepogingen, automutilatie, wegloop gedrag en drugsgebruik maken dat een gang naar gesloten jeugdzorg vaak de enige passende oplossing lijkt. Deze meisjes zijn vaak uit de acute crisisfase (meer in een chronische crisisfase) waardoor een crisisafdeling geestelijke gezondheidszorg niet de juiste plek is. Zij worden veel 'doorgeplaatst' tussen plekken die niet de juiste zijn: het ziekenhuis, de ggz-crisisafdeling, de HIC, ergens op een wachtlijst
3. *Meisjes met ernstige eetproblematiek, 12-16 jaar en dwangvoeding.* Deze meisjes ervaren veel doorplaatsingen tussen ziekenhuizen en crisisafdelingen van de geestelijke gezondheidszorg. Zowel de ziekenhuizen als de geestelijke gezondheidszorg-crisisafdelingen kunnen geen verbetering realiseren en zijn niet de juiste setting om een duurzaam pedagogisch leefklimaat te bieden.
4. *Jongeren met een forensisch profiel, 17-23 jaar met agressief externaliserend gedrag.* Geen makkelijke zorgoplossingen binnen de JH-regio, maar ook binnen Noord Holland. Relatief vaker buiten Noord Holland geplaatst, onder meer in Harreveld. Op relatie en herstel gerichte interventies, waaronder verblijf, zijn moeilijk houdbaar. Ook risico voor groepsleiding. Door de afbouw van Jeugdzorg+ is er geen gangbaar alternatief voor plaatsing meer voor handen in NH. Kritische noot bij 'passendheid' van eerdere Jeugdzorg+ oplossingen.
5. *Jongeren met verslavingsproblematiek.* In de praktijk vaak een contra-indicatie voor opname in een verblijfsvoorziening. Binnen de bredere verslavingszorg is sprake van visieverschil ten aanzien van wel of niet tot behandeling kunnen overgaan, als een jeugdige niet of nog niet gemotiveerd is tot het accepteren van hulp om daadwerkelijk te stoppen met de verdovende middelen.

Bron: 1) Jaarrapportage 2023. A) Noot: Hoewel deze omschrijving nog steeds gebruikt wordt leert de ervaring inmiddels dat er via een goede verklarende analyse betere verklaringen voor gedrag ontstaan dan verwijzing naar eventuele disharmonie.

## Rode draden BEN Overijssel<sup>1</sup>:

Welke hulpvragen (problematieken) hebben we het over?

1. Jongens en meisjes met fors externaliserend gedrag;
2. Jeugdigen met een forensisch profiel;
3. Jeugdigen en jongere kinderen (7-12 jaar) met trauma, ASS, hechtingsproblematiek, seksueel grensoverschrijdend gedrag en/of onveilig gezinssituatie;
4. Meisjes met ernstige eetstoornissen;
5. Jeugdigen met (blijvende) suïcidale klachten;
6. Daarnaast hebben we gezamenlijk te werken aan oplossingen voor jeugdigen die komen van/uit de gesloten jeugdzorg en jeugdigen met een migratieachtergrond en hebben we gezamenlijk te werken aan oplossingen voor jeugdigen die komen van/uit de gesloten jeugdzorg en jeugdigen met een migratieachtergrond.

## Rode draden BREN Zuid-Holland<sup>1</sup>:

Aanvullend op de landelijke rode draden speelt het volgende regionaal (bronnen netwerkbijeenkomsten en wekelijks overleg met voorzitters RET):

1. Binnen de regio's van het BREN Zuid-Holland wordt aangegeven dat meer aandacht nodig is voor transgenerationale overdracht en passende systeem interventies. Te denken valt hierbij aan traumabehandelingen voor het hele gezin, gezinsopname. Er zijn overigens wel zorgvormen beschikbaar, maar de vraag is groter dan het aanbod.
2. In een aantal regio's speelt grote vraag naar een verblijfplaats voor jeugdigen met autisme en comorbide problemen die binnen de reguliere voorzieningen worden afgewezen.
3. De vraag naar expertise van verslavingsproblemen is actueel nu de ZIKOS is gesloten en er soms een veilige en medische plek nodig is voor jeugdigen om zowel behandeling te ondergaan op gedrag als op verslaving. De verslavingszorg is hier niet op toegerust en verslaving is voor veel andere plekken een contra-indicatie. Dit betreft wellicht om een expertisevraag die regionaal/landelijk speelt?

**Arjan Ogink**

KPMG Health  
Partner, Amstelveen  
KPMG Advisory N.V.  
[ogink.arjan@kpmg.nl](mailto:ogink.arjan@kpmg.nl)  
+31 6 48 26 35 03

**Meike Troost**

KPMG Health  
Manager, Amstelveen  
KPMG Advisory N.V.  
[troost.meike@kpmg.nl](mailto:troost.meike@kpmg.nl)  
+31 6 83 19 79 70

**Gulud el Amary**

KPMG Health  
Consultant, Amstelveen  
KPMG Advisory N.V.  
[elamary.gulud@kpmg.nl](mailto:elamary.gulud@kpmg.nl)  
+31 6 57 38 70 07



[kpmg.com/socialmedia](https://kpmg.com/socialmedia)

Dit document is opgesteld door KPMG Advisory N.V., een naamloze vennootschap en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Limited, een Engelse entiteit. KPMG International verleent geen diensten aan klanten. Geen enkel lid van het KPMG-netwerk heeft de bevoegdheid om KPMG International of enig ander lid jegens derden te binden of tot iets te verplichten, noch heeft KPMG International de bevoegdheid om enig ander lid te binden of tot iets te verplichten. De naam KPMG en het logo zijn geregistreerde merken van KPMG International.

KPMG aanvaardt geen aansprakelijkheid voor het gebruik van dit rapport anders dan waarvoor het is opgesteld en aanvaardt geen aansprakelijkheid jegens andere partijen dan de Vereniging van Nederlandse Gemeenten als formeel opdrachtgever.

© 2024 KPMG Advisory N.V. Alle rechten voorbehouden

**Document Classification: KPMG Confidential**