

Zonder zorgen door-ontwikkelen

Over jeugdzorg en zorgfraude in Deventer

Rekenkamer Deventer

December 2021

Motto

“Het gaat in Deventer bij de jeugdzorg de drie T’s: toegang, toegang en toegang”

“De gemeente zat in de jaren zeventig al in de wijken en de jeugdzorg sloot voor 2015 daar al op aan”

Inhoudsopgave

1.	Inleiding	3
1.1	Op de agenda: kostenbeheersing en zorgfraude	3
1.2	Onderzoeksvragen	4
1.3	Onderzoeksactiviteiten	5
1.4	Normenkader	6
2.	De Deventer beleidstheorie	7
2.1	Beleidstheorie	7
2.2	Van theorie naar praktijk	9
3.	De beleidspraktijk	11
3.1	Het speelveld: de basis op orde	11
3.2	Visie: de stap naar de praktijk	14
3.3	Vraagpunten in de praktijk	18
3.4	De Deventer beleidspraktijk: consequenties voor zorgfraude	19
4	De poortwachtfunctie	21
4.1	Wijze van financiering: opeenvolging van methoden	21
4.2	Regionaal: inkoop en monitoring	23
4.3	Deventer: volumebeheersing als sleutel	24
4.4	Vraagpunten in de praktijk	25
4.5	Vergelijkenderwijs: Wmo-zorg	25
5.	Toezicht, zorgfraude en informatie	27
5.1	Toezicht: de organisatie	27
	5.1.1 Wettelijke opdrachten	27
	5.1.2 De Deventer toezichtorganisatie	28
5.2	De aard van signalen over jeugdzorg: eerder oneigenlijk dan frauduleus	32
	5.2.1 Wat (wel) wordt gesignaleerd: organisatie-tactieken	32
	5.2.2 Het Deventer model voor jeugdzorg: rechtmatigheidstoezicht als blinde vlek	35
5.3	De informatiepositie	36
6.	Samengevat: in antwoord op de onderzoeksvragen	37
6.1	Beleid	37
6.2	Gelegenheidsstructuren	39
6.3	Over zorgfraude en oneigenlijk gebruik	41
Bijlage 1	Normenkader	43
Bijlage 2	Respondentenlijst	44
Bijlage 3	Toegang Jeugd: procesbeschrijving	48
Colofon		51

Hoofdstuk 1

Inleiding

1.1 Op de agenda: kostenbeheersing en zorgfraude

De rekenkamer Deventer heeft besloten tot onderzoek naar zorgfraude in de jeugdzorg. Dit is een werkteerrein met belangrijke diensten, hoge budgetten en dilemma's. Het gaat om dienstverlening, maar tegelijkertijd om kostenbeheersing en fraudebestrijding. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (verder: IGJ) krijgt in 2019 meer signalen van fraude bij jeugdzorg en waarschuwt in het Jaarbeeld 2019 voor financiële problemen bij grote(re) jeugdzorg-aanbieders. Vanwege wachtlijsten bij grote (gecontracteerde) aanbieders, wordt jeugdzorg ook in handen gelegd van kleinere (deels nieuwe) aanbieders.

De Jeugdwet stelt de gemeente verantwoordelijk voor jeugdhulp en legt het kwaliteitstoezicht in handen van de IGJ. Gemeenten hebben wel een rol bij het doorgeven van signalen over (mogelijke) kwaliteitsproblemen. Deventer is aangesloten bij het Informatieknooppunt Zorgfraude (verder: IKZ), waar signalen over (mogelijke) fraude kunnen worden doorgegeven.¹ De Jeugdwet bevat niet, zoals de Wet Maatschappelijke Ondersteuning 2015 (verder: Wmo), de verplichting om een rechtmatigheidstoezichthouder aan te wijzen. Volgens de Jeugdwet is de gemeente wel verantwoordelijk voor het rechtmatigheidstoezicht en dient de gemeente per verordening regels te stellen over bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik. In Deventer is dit de Verordening Jeugdhulp Gemeente Deventer 2019. Het belangrijkste Deventer beleidsstuk is het *'Beleidskader van Wieg naar Werk 2019-2022'*. Dit kader zet in op preventie, een goede toegangsorganisatie en wenst het aantal jongeren met een maatwerkvoorziening te verminderen, hetgeen wordt ondersteund met een monitor. Het beleidskader gaat over de visie op zorg en geeft aan hoe dit op hoofdlijnen wordt geconcretiseerd. Het kader legt de basis voor een beleid met een opmerkelijk resultaat, want er bestaan namelijk al enkele jaren geen tekorten op de jeugdzorg in Deventer. De extra middelen die het Rijk beschikbaar stelde aan gemeenten, zijn in Deventer (het betrof ongeveer drie miljoen in 2019, twee miljoen in 2020 en twee miljoen in 2021) voor ongeveer de helft geïnvesteerd in preventieve maatregelen: lichte ambulante begeleiding om een onnodig beroep op specialistische jeugdzorg te voorkomen.

Het takenpakket van gemeenten is per 1 januari 2015, met invoering van de Jeugdwet en de Wmo, aanzienlijk uitgebreid. 'Meer voor minder' was de bedoeling, want de decentralisatie ging gepaard met bezuinigingen. Reeds in 2015 en 2016 blijkt fraudebestrijding nodig, getuige een eerste serie mediaberichten over zorgfraude: vooral fraude door zorgaanbieders die pgb-zorg leveren in het kader van de Wmo. Zie tabel 1.1 voor een 'vroege casus'.

Tabel 1.1: Een 'vroege' casus (2015)

Ze stonden altijd klaar om een klusje op te knappen. Voor veel Turkse ouderen in Schiedam kwamen de drie zussen en hun thuiszorgbureaus als een geschenk uit de hemel. Drie landgenoten die ze blind konden vertrouwen en gratis zorg konden regelen. Gewoon even wat handtekeningen zetten en klaar. En dan ook nog, als extraatje, het jaarlijkse gratis tripje naar een Turkse badplaats. Zo fijn geregeld, die vakantie. Nee, over de dames niets dan goeds. Het rooskleurige beeld bij de eerste generatie Turken over de drie zussen begint pas afgelopen zomer voorzichtig te kantelen, als het Openbaar Ministerie twee zussen en een echtgenoot oppakt. De verdenking: miljoenenfraude.

Bron: letterlijk geciteerd uit: <https://eenvandaag.atavist.com/zorgzussen>

Van lieverlee werd op het sociaal domein duidelijk dat er een wezenlijk verschil bestaat tussen uitkeringsfraude en zorgfraude, omdat zorgfraude dikwijls een (meer) georganiseerd karakter heeft (Fenger

¹ Gemeente Deventer, *Aansluiting informatieknooppunt zorgfraude*, 13 september 2017.

e.a., 2016). Bovendien is zorgfraude lastig(er) vast te stellen en ligt het vooral in handen van ondernemingen. Dit vraagt specifieke vaardigheden, zoals herkenning van afwijkende geldstromen; achtergrondonderzoek naar (rechts)personen; een zekere medische kennis; en alertheid bij aanbesteding en contractmanagement. Gemeenten dienen kwalitatief goede zorg te koppelen aan fraude- en kostenbeheersing. Daarbij maken gemeenten een ontwikkelproces door, waarbij 'een wereld te winnen' valt (Van der Torre en Heijkoop, 2020). Zie tabel 1.2 voor een omschrijving van het begrip zorgfraude.

Tabel 1.2: Over zorgfraude

Bij zorgfraude gaat het om handelen dat opzettelijk in strijd is met de regels, gericht op eigen of andermans (financieel) gewin. De Regeling Jeugdwet geeft een definitie, namelijk: valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van rechthebbenden of verduistering plegen of trachten te plegen ten nadele van de gemeente, met het doel een betaling of ander voordeel te verkrijgen waarop hij geen recht heeft of kan hebben. De Wmo 2015 bevat zo'n omschrijving niet, maar in de praktijk bestaat er grote overeenkomst tussen misstanden op het domein van de Wmo en Jeugdwet. Op het terrein van de Wmo moet het begrip worden omschreven in verordeningen. Daarin staat het doelbewuste onrechtmatig handelen centraal, zoals het geven van een onvolledige of onjuiste voorstelling van zaken of het verstrekken van onjuiste informatie over de verleende of gefactureerde zorg. De basis van zorgfraude is een onjuiste declaratie. Zo'n foute declaratie wordt zorgfraude als aan drie criteria wordt voldaan: regelovertreiding; een wederrechtelijk voordeel; en bewust handelen. Het opzettelijk onrechtmatig handelen onderscheidt zorgfraude van zorgfouten. In dat laatste geval worden regels onbedoeld overtreden vanwege onduidelijkheden of vergissingen. Onjuiste zorgdeclaraties kunnen de vorm krijgen van oneigenlijk gebruik: een declaratie is dan weliswaar rechtmatig, maar in strijd met de bedoeling van de wet.

Zorgfraude kan in strijd te zijn met het bestuursrecht of civielrecht, maar het kan ook een strafbaar feit zijn. Bij dat laatste wordt meestal bedoeld op valsheid in geschrifte, oplichting of verduistering. Deze rechtsgebieden hanteren eigen normen ten aanzien van het begrip fraude en met name in de onderzoeksfase bestaan er grote verschillen. Bij bestuursrechtelijk toezicht gaat het om de vraag of wettelijke regels en daarop gebaseerde voorschriften worden nageleefd. Bij opsporing gaat het om de vraag of er een strafbaar feit is gepleegd. Toezichthouders voeren controles uit en daartoe hoeft geen concrete aanleiding te bestaan. Een gemeente kan aangifte doen en het Openbaar Ministerie (OM) zorgt voor opsporing en vervolging. Het feitelijke opsporingsonderzoek wordt uitgevoerd door reguliere politie, door opsporingsambtenaren van de Inspectie SZW of door de Fiscale Inlichtingen en Opsporingsdienst (FIOD). De basis is een verdenking in strafrechtelijke zin: een redelijk vermoeden van een strafbaar feit, in casu in de context van zorgfraude. Als een gemeente een sociaal rechercheur aanwijst als toezichthouder, begeeft deze zich op een snijvlak. Als toezichthouder begeeft hij zich op het domein van het bestuursrecht. Daarnaast kan een sociaal rechercheur, vanwege bevoegdheden als buitengewoon opsporingsambtenaar, onderzoek doen naar valsheid in geschrifte of oplichting.

1.2 Onderzoeksvragen

Het is interessant dat de rekenkamer de focus legt op de Jeugdwet, want in onderzoek naar zorgfraude gaat het vooral over pgb-zorg in het kader van de Wmo. Terwijl bij de jeugdzorg veel aandacht uitgaat naar kostenbeheersing, met hooguit als sub-thema zorgfraude. De rekenkamer wil inzicht geven in de praktische werking van zorgfraude, in de kwetsbaarheid van de gemeente voor zorgfraude en in maatregelen die de gemeente treft bij fraudebestrijding, om vervolgens te beredeneren of er voldoende maatregelen zijn getroffen. Hiertoe zijn in de onderzoeksopzet (op basis van de uitvraag) vier onderzoeksvragen geformuleerd. Daarbij ligt de nadruk op de Jeugdwet, al treffen we vergelijkingen met de Wmo.

1. Hoe krijgt zorgfraude op het terrein van de Jeugdwet in de praktijk gestalte in Deventer?

- a. Welke werkwijzen en tactieken gebruiken fraudeurs? Door wie wordt gefraudeerd en in welke mate heeft dit een georganiseerd karakter?
 - b. Wat zijn belangrijke overeenkomsten en verschillen tussen aan de ene kant fraude met jeugdzorg in Deventer, en aan de andere kant fraude bij Wmo-zorg?
2. Welke gelegenheidsstructuren² bestaan er voor zorgfraude bij jeugdzorg in Deventer? Wat zijn wat dit betreft belangrijke overeenkomsten en verschillen met Wmo-zorg?
 3. Welke beleidsmatige en organisatorische maatregelen worden door de gemeente Deventer en door het Regionaal Serviceteam Jeugd IJsselland (RSJ) getroffen ten behoeve van de bestrijding (preventief of reactief) van zorgfraude in de jeugdzorg?³
 4. Welke aanbevelingen kunnen worden geformuleerd om de bestrijding van zorgfraude in Deventer te verbeteren?

1.3 Onderzoeksactiviteiten

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden, hebben we de volgende activiteiten uitgevoerd:

- We hebben een info-sheet opgesteld, met informatie over het onderzoek.
- We hebben geschreven bronnen bestudeerd, waaronder beleidsdocumenten.
- Op basis van documenten en literatuur hebben we een themalijst opgesteld voor de interviews.
- Er zijn interviews afgenomen met in totaal 32 respondenten. Zie bijlage 2 voor respondentenlijst.
- Een casus-inventarisatie. We hebben casuïstiek op een rij gezet wat betreft mogelijke zorgfraude in Deventer. Daarbij doen we recht aan de materie en dilemma's in de praktijk. Daarom zoeken we niet alleen naar 'bewezen' of 'vermoedelijke' zorgfraude, maar ook naar omstandigheden en gedragingen die vragen oproepen: over mogelijke zorgfraude (b.v. als fraudetactieken worden herkend) én over dilemma's bij kostenbeheersing, ook als er geen fraude aan de orde lijkt te zijn of als het niet mogelijk is om dit aan te tonen. Juist bij jeugdzorg gaat het immers niet alleen om zorgfraudebestrijding, maar ook om kostenbeheersing. Er kan onnodig zorggeld weglekken, ook zonder (aangetoonde) fraude. Hier komt bij dat er in Deventer geen toezichthouder is aangewezen voor rechtmatigheidsonderzoek naar jeugdzorg. We hebben casus geïnventariseerd en presenteren er *achtien*. Daarnaast beschrijven we *elf* door respondenten gesignaleerde fraude-tactieken bij Wmo-zorg en *dertien* organisatietactieken die ertoe kunnen leiden dat zorggeld weglekt bij jeugdzorg.
- We treffen op enkele onderdelen vergelijkingen met andere gemeenten. De relevantie van dergelijke vergelijkingen bleek minder belangrijk om te leren over de situatie in Deventer dan gedacht, omdat de Deventer beleidstheorie en een belangrijk effect daarvan (geslaagde kostenbeheersing, mede door actieve preventie, precies zoals werd beoogd met de decentralisatie van de jeugdzorg), eerder interessant zijn voor andere gemeenten dan andersom. De historie van de wijkgerichte aanpak en jeugdzorg in Deventer zijn bepalend voor de wijze waarop sinds 2015

² Het normenkader zet op een rij welke kenmerken van de beleidsomgeving van invloed zijn op de mogelijkheden om zorgfraude te plegen, in casu in Deventer bij jeugdzorg. Uiteraard spelen ook situationele of culturele omstandigheden een rol, zoals de omvang van de (zorgvraag in de) stad en regio, en de aanwezigheid van personen, rechtspersonen en netwerken die geneigd zijn zorgfraude te plegen, mogelijk naast andere overtredingen of strafbare feiten. Dat zijn voor dit onderzoek omgevingskenmerken.

³ Het gevoerde beleid wordt vergeleken met het opgestelde normenkader (zie 1.4 en bijlage 1), zodat kan worden gezien of het gevoerde toereikend is.

invulling is gegeven aan de Jeugdwet. Vergelijking tussen de jeugdzorg en Wmo-zorg in Deventer levert wel waardevolle lessen op, over en weer.

1.4 Een normenkader

We hebben een normenkader opgesteld voor de gemeentelijke aanpak van zorgfraude. De elementen daarvan zijn positief geformuleerd; een goede invulling reduceert de fraudekansen. Het omgekeerde is ook waar: bij lacunes ontstaan er gelegenheidsstructuren voor zorgfraude. De rode draad in de literatuur en in journalistieke reportages is dat de *gelegenheidsstructuren* voor zorgfraude omvangrijk zijn. Het meest fnuikend is dat zorgfraude vaak loont; vanwege de lage sancties zelfs als het wordt bewezen door een gemeente en de kans dat opsporingsinstantie starten is bepaald gering (zie Van der Torre en Heijkoop, 2020). In het opgestelde normenkader beperken we ons tot elementen die vallen te *beïnvloeden* met gemeentelijk of regionaal beleid. Het kader helpt om te bezien of het gevoerde beleid toereikend is. Het betreft de volgende acht elementen:

1. Beleidstheorie
2. Positieve fraudebestrijding
3. Risicobewustzijn
4. Professionele kaders en resultaatsturing
5. Poortwachtfunctie
6. Handhaving en toezicht
7. Informatie
8. Politieke verantwoording en sturing

Het volledige normenkader is opgenomen in bijlage 1. In hoofdstuk 6 wordt geresumeerd hoe de Deventer praktijk zich verhoudt tot dit kader.

Hoofdstuk 2

De Deventer beleidstheorie

Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft op hoofdlijnen de beleidstheorie achter de Deventer jeugdzorg. Het valt op dat die theorie voortbouwt op beleidsopvattingen van (ver) voor 2015: wat betreft de jeugdzorg in de 21^e eeuw, al wordt ook geprofiteerd van opgedane ervaringen met bijna 50 jaar wijkgericht sociaal beleid.

2.1 Beleidstheorie

De beleidstheorie beschrijft wat wordt beoogd met de (organisatie van de) jeugdzorg in Deventer. De rode draad is dat de nadruk ligt op preventie, op zelfredzaamheid en op het inzetten van generieke instrumenten alvorens indicaties worden afgegeven voor aanvullende zorg, in de vorm van gecontracteerde zorg of (in uitzonderlijke situaties) pgb-zorg. Bovendien wordt voortgebouwd op vijftig jaar lang wijkgericht sociaal beleid, inclusief de jeugdzorg. We beschrijven de belangrijkste bouwstenen van de beleidstheorie:

- a. *Voortbouwen op vijftig jaar wijkgericht beleid.* De Deventer beleidstheorie stoelt op een visie met een lange historie, die terugrijpt op wijkgericht beleid in de jaren zeventig en tachtig. Het betrof sociaal (preventief) beleid, maar bijvoorbeeld ook stadsvernieuwing. Het heeft de lokale overheid gepositioneerd in wijknetwerken. Daarbij werd geprofiteerd bij het opzetten van de jeugdzorg ruim voor 2015 en bij de doorstart daarvan bij de decentralisatie in 2015.
- b. *Voortbouwen op een actieve preventieve aanpak van jeugdproblematiek.* De decentralisatie van de Jeugdwet wordt opgevat als een doorstart van het Deventer beleid dat in 2010 wordt opgeschreven in de eerste versie van het gemeentelijke visiedocument 'van Wieg naar Werk'. De actuele versie anno 2021 (5.0) is een doorontwikkeling. De gemeente werkt aan een preventieve aanpak van jeugd- en gezinsproblemen. Daarbij gaat het om een actieve en ruime interpretatie van de term 'preventie', in die zin dat met lichte ambulante ondersteuning wordt getracht om een beroep op zwaardere (en duurder) vormen van gespecialiseerde jeugdzorg te voorkomen. Dat sluit aan op de beleidstheorie van de doorgevoerde decentralisatie van de jeugdzorg.
- c. *Sturen op kosten via het volume.* Op cliënt- en populatieniveau dient duidelijk te zijn wat de kosten van zorgtrajecten zijn. Wat de kosten betreft, wordt gestreefd naar realistische budgetten; die moeten hoog genoeg zijn om 'te doen wat nodig is'. De sturing op de kosten verloopt met name via beheersing van het volume, onder meer door zo nodig alternatieven voor aanvullende zorg te benutten. Door het volume te beperken, ontstaat vervolgens meer tijd en ruimte voor de toegangsorganisatie om op cliëntniveau te sturen op kosten. Via screening van een casus, waarbij precies in beeld komt wat de behoefte en zelfredzaamheid is van een jeugdige en ouders⁴, zodat dure gespecialiseerde jeugdzorg niet onnodig wordt ingezet. En via evaluatiegesprekken, om te voorkomen dan de jeugdzorg onnodig lang wordt voortgezet. Dat wil zeggen nadat resultaten zijn geboekt of deze juist langdurig achterwege blijven, terwijl redelijkerwijs vooruitgang geboekt zou moeten zijn.
- d. *De Deventer schaal benutten: zicht op zorgaanbieders en cliënten.* De schaal van Deventer wordt benut bij het streven naar doelmatige en toereikende jeugdzorg: voldoende personele middelen en professionals met materiekennis in relatie tot het aantal zorgaanbieders en het aantal cliënten wat betreft aanvullende jeugdzorg. Deventer wil niet onnodig veel zorgaanbieders, omdat het dan niet mogelijk is een goed beeld krijgen van het functioneren van afzonderlijke aanbieders: "we willen

⁴ Waar we in dit rapport de term 'ouders' gebruiken, bedoelen we ook steeds mogelijke andere opvoeders.

door de bomen het bos zien.” Tegelijkertijd wordt gestreefd naar redundantie: meer dan één zorgaanbieder die een bepaalde dienst levert, zodat er alternatieven achter de hand zijn bij onvrede of zorgen over (bepaalde diensten van) een zorgaanbieder.

- e. *Specialistische jeugdzorg als sluitstuk*. Gespecialiseerde jeugdzorg wordt in Deventer gezien als een sluitstuk dat zo min mogelijk, en zo nodig tijdig en zo kort als realistisch is, deel uitmaakt van het (jeugd)leven. Dit wordt beschreven in het (enkele keren op de actualiteit aangepaste) beleidsdocument ‘Van Wieg naar Werk’. Er wordt gestreefd naar versterking van het normale leven, met gebruikmaking van de zelfredzaamheid van (de sociale omgeving van) jongeren en hun ouders. Het is de bedoeling dat jongeren zoveel mogelijk in hun eigen omgeving opgroeien, dus bij (één van) de ouders⁵, en onderwijs volgen. Ouders worden gezien als de eerst verantwoordelijken als hun kind problemen ondervindt. Er worden inspanningen gevraagd van ouders, kinderen en in hun directe sociale omgeving. Van onderwijsinstellingen, huisartsen en ambulante jongerenwerkers wordt verwacht dat wordt geprobeerd jeugdproblemen het hoofd te bieden. Als wordt doorverwezen naar specialistische jeugdzorg, geldt als uitgangspunt: 1 huishouden, 1 plan, 1 contactpersoon. Daarbij wordt gedaan wat nodig is, waarbij Deventer eraan hecht dat medicalisatie en onnodige afhankelijkheid van jeugdzorg wordt voorkomen. Dit vergt partnerschap met zorgaanbieders die bereid zijn hun (innovatieve) zorgaanbod daarop aan te passen.
- f. *Actieve preventie: voorzieningen en een schil van jeugdhulpverleners aan de voorkant*. De assumptie van de beleidstheorie was reeds vanaf 2010 dat te snel werd doorverwezen naar specialistische jeugdzorg en dat op dit punt een cultuuromslag nodig was. Om overvraging of onnodige inzet van specialistische jeugdzorg te voorkomen, wordt gebruik gemaakt van algemene voorzieningen (beschikbaar voor alle jongeren, zoals kinder- en jongerenwerk, weerbaarheidstrainingen en jeugdnetwerken) en basisvoorzieningen. De basisvoorzieningen – het consultatiebureau, sportverenigingen en bij het uitstek het onderwijs – kunnen jeugdproblemen in een vroeg stadium signaleren, zodat tijdige actie mogelijk is en wordt voorkomen dat problemen onnodig voortslepen of verergeren. Om te bewerkstelligen dat gespecialiseerde jeugdzorg daadwerkelijk een sluitstuk is, wordt langs drie lijnen aan de voorkant - zonder indicatie - preventief opgetreden, namelijk met de inzet van a.) gespecialiseerde ambulante werkers; b.) jeugdhulpverleners in het onderwijs; en c.) jeugdconsulenten bij de huisarts. Zo wordt geprobeerd om te voorkomen dat een beroep wordt gedaan op duurdere specialistische jeugdzorg.
- g. *Prioriteit voor toegang: beleidsvrijheid, armslag, precisie en sturen op de kosten*. Naast preventie van onnodige doorverwijzing voor aanvullende zorg, wordt gestuurd op doelmatige besteding van het geld bij de inzet van dergelijke zorg. Dit komt neer op het voorkomen en detecteren van zorgfraude en van (kwantitatief of kwalitatief) ontoereikende jeugdzorg. Daartoe wordt geïnvesteerd in de toegangsfunctie; werkprocessen die bepalen welke jeugdzorgaanbieders worden gecontracteerd en welke indicaties worden afgegeven ten behoeve van gespecialiseerde jeugdzorg (gecontracteerde zorg of pgb-zorg). Hoe dit gestalte krijgt, komt in hoofdstuk 3 en 4 aan bod. Deventer wacht niet op regionale ontwikkelingen of besluiten, maar streeft zelfstandig – ‘eigenwijs’ in de woorden van een rapport van het Verweij Jonker Instituut - naar optimalisatie aan de poort:
- *Beleidsvrijheid en screening*. Toegangsmedewerkers⁶ hebben beleidsvrijheid om een uitvoerige screening te doen naar de hulpvraag, zodat de gemeente tijd en ruimte krijgt om de regie te voeren of om – zo nodig – die regie te nemen ten opzichte van een

⁵ Telkens als we ouders schrijven, bedoelen we ouders of verzorgers.

⁶ 21 medewerkers van het Team Toegang Jeugd die zorgindicaties afgeven wat betreft jeugdhulp. Zie verder hoofdstuk 3.

zorgaanbieder en/of ouders. De problematiek staat centraal en niet de uitgesproken voorkeur voor een dienst of aanbieder. Tot de beleidsvrijheid behoort ook de optie om een aantal gesprekken met gespecialiseerde ambulante werkers in te plannen als een toegangsmedewerker dat opportuun acht.

- *Precisie aan de voorkant.* Een belangrijk element uit de beleidstheorie is voorts dat precisie aan de dag wordt gelegd aan de voorkant. Er dient op basis van nauwgezette informatie over een cliënt zo precies mogelijk te worden omschreven wat op cliëntniveau de aard en frequentie van de jeugdzorg is. Dit stuurt de uitvoering van de zorg en maakt controle daarop mogelijk, omdat duidelijk is welke zorg geleverd moet worden. Bij de meest gespecialiseerde jeugdzorg, in het topsegment, wordt vanaf 2015 met Prijs (P) x Volume (Q) - financiering gewerkt: een prijs op cliëntniveau voor benoemde zorg. Dit wordt inspanningsgerichte financiering genoemd. Geijkte risico's bij deze vorm van financiering (inzet van zware zorg of het stapelen van indicaties om de P op te hogen of pogingen om het volume op te drijven, bijvoorbeeld via herhaalde zorg) worden onderkend en zijn een reden om te investeren in een gecentraliseerde toegangsorganisatie met aan alerte professionele stijl. In het middensegment wordt (regionaal) zogenoemde trajectfinanciering gehanteerd. Dit komt neer op een vast budget voor twaalf zorg-profielen. Op regionaal niveau wordt deze trajectfinanciering vervangen door inspanningsgerichte financiering (P*Q). Deventer heeft daarop niet gewacht en past bij het middensegment, in een overgangsfase, al P*Q-financiering toe.
- h. *Dialogogerichte visievorming met gemeenteraad, aanbieders en burgers.* De visie op de jeugdzorg dient in samenspraak met politici, zorgaanbieders en burgers te verlopen, zodat uiteenlopende standpunten en belangen kunnen worden ingepast. Het gaat steeds om draagvlak en samenwerking. Dit laatste krijgt anno 2021 een impuls doordat de staande visie wordt benut bij het besteden van extra zorgbudget dat door het Rijk beschikbaar is gesteld en in Deventer niet hoeft te worden aangewend om begrotingstekorten op de jeugdzorg te dichten. Zie paragraaf 3.1.
- i. *Eerst kijken of gecontracteerde zorg volstaat.* Als aanvullende zorg wordt geïndiceerd, wordt bekeken of een gecontracteerde aanbieder volstaat, omdat bekend is hoe zo'n aanbieder opereert. Pgb is altijd een mogelijkheid.
- j. *Geen behoefte aan rechtmatigheidstoezicht op jeugdzorg.* In de beleidstheorie is geen plaats voor rechtmatigheidstoezicht op zorgfraude. Daartoe is geen rechtmatigheidstoezichthouder aangesteld. Het impliciete idee is dat kostenbeheersing en volumebeheersing van de jeugdhulp, plus actieve sturing vanuit de toegangsorganisatie bij indicatiestelling en bij evaluatie van lopende zorgtrajecten, de mogelijkheden tot zorgfraude reduceren.

2.2 Van theorie naar praktijk

In de hoofdstukken 3 tot en met 5 wordt gezien hoe in Deventer de stap is gezet van beleidstheorie naar beleidspraktijk. Op hoofdlijnen geven we alvast een schot voor de boeg: op enkele lossen eindigen na - onder andere wat betreft rechtmatigheidstoezicht – is de theorie uitermate succesvol in de praktijk gebracht. Dit gevoerde beleid reduceert op tal van manieren de gelegenheid tot zorgfraude bij jeugdzorg, onder meer door het volume van de gespecialiseerde jeugdzorg te reduceren tot het noodzakelijke en de voortgang te bewaken (bij een overzichtelijk aantal zorgaanbieders) vanuit de toegangsorganisatie.

Hoofdstuk 3

De beleidspraktijk

Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft en analyseert de beleidspraktijk. In de kern is in die praktijk de basis op orde. Er bestaat inzicht in de zorgbehoefte, de gemeente opereert op een speelveld met een overzichtelijk aantal (gekende) zorgaanbieders, de vinger wordt aan de pols gehouden en de financiële situatie is dermate gunstig dat in het jeugdzorgsysteem kan worden geïnvesteerd. Zie paragraaf 3.1. In paragraaf 3.2 wordt beschreven hoe de visie op het niveau van operatie en beleid is geoperationaliseerd. Dit verloopt voorspoedig, al benoemen we enkele vraagpunten in paragraaf 3.3. In paragraaf 3.4 wordt op een rij gezet wat de consequenties zijn van de aangetroffen beleidspraktijk voor zorgfraude met jeugdzorg. Tot slot treft paragraaf 3.5 vergelijkingen tussen de jeugdzorg en de Wmo-zorg.

3.1 Het speelveld: de basis op orde

Wat de jeugdzorg in Deventer betreft, is de basis op orde. Dit klinkt wellicht eenvoudig of als een open deur, maar dat is bepaald niet het geval. Er bestaat anno in Deventer geen tekort bij het budget voor jeugdzorg. Dat zegt lang niet alles, maar het is wel bijzonder. Ook in Deventer ging de decentralisatie aanvankelijk gepaard met rode cijfers, maar dit kantelde in 2017 en 2018. Inmiddels houdt Deventer geld over op het jeugdbudget. Dat resulteerde in een bijzondere situatie, want toen in 2020 het Rijk een miljard (incidenteel) beschikbaar stelde, werd dat door veel gemeenten benut om tekorten aan te vullen. In Deventer werd het extra geld deels aan de algemene middelen toegevoegd en daarnaast werd verder geïnvesteerd in de jeugdzorg. Die investeringen vielen ook nog eens in goede aarde, omdat het kon worden benut om de reeds lang bestaande visie op jeugdzorg door te ontwikkelen. Er werden jeugdhulpverleners gepositioneerd bij onderwijsinstellingen, om daar gestalte te geven aan signalering, lichte zorg, advisering van onderwijspersoneel en om zo nodig door te verwijzen naar de toegangsorganisatie. Er is inzicht en overzicht gecreëerd bij een complexe gemeentelijke taak. Langs vijf lijnen wordt duidelijk dat de basis van het Deventer jeugdzorg-systeem 'staat':

- 1) *Reeds in 2015: jeugdproblematiek in beeld en een visie in ontwikkeling.* Er is al langer zicht op de situatie van jeugdigen in Deventer. Jeugd in Beeld is een populatiemonitor die, reeds sinds 2010, een functie vervult bij het signaleren en monitoren van de gezondheids- en welzijnssituatie van de jeugd. Het voordeel in 2015 was dus dat Deventer de jeugd niet in beeld hoefde te krijgen, maar zich kon baseren op bestaande inzichten. Dit hielp bij een prognose van de gespecialiseerde jeugdzorg die nodig was, alsook bij het maken van een inschatting van jeugdigen waar lichtere jeugdzorg kon volstaan. Dit sluit naadloos aan op een belangrijke doelstelling van de decentralisatie van de jeugdzorg. Zonder exacte becijferingen, leverde de basisanalyse van de jeugdproblematiek een werkbare schatting op van de aard en het volume van de noodzakelijke jeugdzorg. In de jaren (2015 tot en met 2017) dat veel gemeenten aan het pionieren waren, kon Deventer organiseren en stroomlijnen, met behulp van de bestaande visie op jeugdzorg: gericht op het versterken van het normale jeugdleven, met specialistische jeugdzorg als (zo enigszins mogelijk) tijdelijk sluitstuk.
- 2) *Gecontracteerde jeugdzorg: een overzichtelijk speelveld.* De inkoop en het contractmanagement liggen in handen van het Regionaal Serviceteam Jeugd IJsselland (RSJ). Er zijn regionaal ongeveer 200 jeugdhulp-aanbieders gecontracteerd. Gemeenten hebben ruimte om te bezien aan welke zorgaanbieder ze zorg toewijzen. Deventer heeft dat gedaan met ongeveer veertig aanbieders. Deventer wenst een overzichtelijk aantal partijen, zodat al doende een goed beeld ontstaat (of blijft bestaan, als dit er al was voor 2015) van de aanbieder. De samenwerking wordt gecontinueerd (en uitgebouwd) als de toegangsorganisatie goede werkafspraken kan maken met de aanbieder en als de aanbieder prestaties boekt of nastreeft; zie daarover paragraaf 3.2. Het volume van de jeugdzorg

ligt in 2020 op tien procent van de jeugdigen, met 1.217 verwijzingen via huisartsen en 1.073 door de gemeente.⁷ Dit beperkte aantal contractpartijen en volume van de zorg, leveren een realistische *workload* op voor de toegangsorganisatie en backoffice. Er is tijd om een zorgaanvraag te op cliëntniveau screenen (waarbij het in de kern gaat om de vraag wat de zorgbehoefte is, rekening houdend met de jeugdige en de directe sociale omgeving) en om het verloop van de trajecten (via evaluatiegesprekken) te monitoren. Zie hoofdstuk 3 en 5. Wat de jeugdzorg betreft, ligt de pgb-zorg op een laag niveau, namelijk circa € 550.000,- per jaar.

- 3) *Actieve preventie*. Er wordt in Deventer op gespecialiseerde hulpverleners ingezet die lichte ambulante ondersteuning leveren, om zo mogelijk een beroep op gespecialiseerde jeugdzorg te voorkomen.

In de *eerste plaats* gespecialiseerde ambulante werkers. De gemeente Deventer zet op basis van een subsidie gespecialiseerde ambulante werkers (12 fte) in die, afgekort, Gesp'ers worden genoemd.⁸ Ze leveren lichte vormen van jeugdzorg en kunnen worden ingezet door indicerende toegangsmedewerkers. Zo wordt gezien of met relatief eenvoudige interventies (binnen een aantal gesprekken, ontmoetingen of activiteiten) vooruitgang valt te boeken.

In de *tweede plaats* drie jeugdhulpverleners in het onderwijs. Ze bieden begeleiding op scholen en adviseren onderwijsmedewerkers over de omgang met jongeren die problemen ondervinden en mogelijk ook veroorzaken.

In de *derde plaats* drie jeugdconsulenten bij huisartsen. De huisarts stelt een medische diagnose en de jeugdconsulenten verdiepen zich in de sociale situatie van jongeren, met aandacht voor de gezinssituatie. Hiertoe houden de jeugdconsulenten spreekuur bij de huisartsen. Deze consulenten werken bij een ggz-instelling en kunnen lichte vormen van begeleiding ter hand nemen, zodat (waar mogelijk) een beroep op dure gespecialiseerde zorg wordt voorkomen. De jeugdconsulenten adviseren, zo nodig, huisartsen over doorverwijzing naar jeugdhulp. In 2020 spraken jeugdconsulenten met circa 380 kinderen, waarvan ze de helft zelf hebben begeleid, terwijl veel van die jeugdigen anders waarschijnlijk waren doorverwezen door een huisarts naar duurdere jeugdzorgspecialisten.

Casus 1: De meesters van Brick

Twee jeugdhulpverleners constateren dat er op een school voor speciaal basisonderwijs veel schooluitval is of dreigt. Ze zien kansen om schooluitval te voorkomen door de inzet van twee ervaren hulpverleners van zorgbureau Brick, gespecialiseerd in persoonlijke hulp bij gedrags- en/of opvoedproblemen. Ze worden 'de meesters van Brick' genoemd, zijn aanwezig op school en treden in contact met kinderen die dreigen uit te vallen. Ze adviseren leerkrachten over de omgang met deze kinderen. Op die manier wordt getracht te voorkomen dat kinderen 'thuis komen te zitten' en/of dienen te worden doorverwezen naar gespecialiseerde jeugdzorg.

- 4) *Prioriteit voor toegang en monitoring*. Het afgeven van zorgindicaties wordt uitgevoerd door 21 medewerkers van het Team Toegang Jeugd van de gemeente Deventer. De toegangsfunctie is cruciaal bij het limiteren van aanvullende jeugdzorg tot casus waarbij dit noodzakelijk is. In de woorden van een beleidsambtenaar zijn er drie prioriteiten in het Deventer model voor jeugdzorg: "toegang, toegang en toegang". De toegangsorganisatie richt zich niet alleen of vooral op de eerste screening, maar ook op het zorgtraject dat daarna volgt. Het gehele team - uitvoering, management en backoffice – brengt een visie in de praktijk die van hoog tot laag, van wethouder tot toegangsmedewerker, op dezelfde manier onder woorden gebracht. Paragraaf 3.2 beschrijft hoe gestalte wordt gegeven aan de gearticuleerde visie.

⁷ Regio IJsselland Monitor, 2021.

⁸ Deze professionals werken bij een jeugdzorg-aanbieder: Dimence (jeugd-ggz), Tactus (verslavingszorg), Accare (jeugd-ggz), Ambiq (LVB-zorg) en Pactum (jeugd- en opvoedhulp).

5) *Politieke kaders en (professionele) doorontwikkeling.* Het Deventer jeugdbeleid dat in 2010 wordt opgeschreven in de eerste versie van het gemeentelijke visiedocument ‘van Wieg naar Werk’ is van meet af een stuk dat met politiek draagvlak is opgesteld en in dialoog met de raad - en met onder meer jeugdhulpaanbieders - is doorontwikkeld. De actuele versie van dit document, is versie 5.0 en beslaat de periode van 2019 tot en met 2021. Bij de decentralisatie van de jeugdzorg kreeg de politieke kaderstelling en betrokkenheid een impuls, al werd in de kern voortgebouwd op een al bestaand politiek-bestuurlijk pad. De wethouder benadrukt dat het in feite nog veel verder teruggrijpt dan 2010, omdat vijftig jaar terug al door raad en wethouders veel werk werd gemaakt van voorliggende voorzieningen in de wijk: *“Dat zit in het DNA van de gemeente en daar profiteren we nog altijd van.”* Het Verweij Jonker Instituut (p. 42) constateert in 2021 dat de “redelijk” stabiele samenstelling van de gemeenteraad en van de politieke verhoudingen hebben geholpen bij het definiëren van een inhoudelijke koers met politiek draagvlak. Veel raadsleden kennen het dossier goed en werden nauw bij de reorganisatie betrokken. In de woorden van een beleidsmedewerker Jeugd: *“We hebben Sociaal Actueel in leven geroepen voor de transitie. Daar werden raadsleden bijgepraat. Soms met een agenda, soms niet. Bij iedere stap werden ze betrokken. Vanaf 2015 is Sociaal Actueel gebeven. We informeren de Raad continu over de stand van zaken. De Raad heeft ook korte lijnen met ons als ambtenaren. (...) Juist omdat zij zich als Raad verantwoordelijk voelen dat het goed gaat met de inwoners van Deventer.”* Vandaag de dag - eind 2021 – wordt het politiek-bestuurlijke debat gericht op de doorontwikkeling van de jeugdzorg met het extra Rijksbudget. De Deventer jeugdzorg kampt niet met een begrotingstekort en de krijgt – net als andere gemeenten - extra geld van het Rijk vanwege de (soms grote) tekorten bij de gemeentelijke jeugdzorg. Deventer ontvangt € 3,1 miljoen in 2021 en € 9,5 miljoen in 2022. Dit betekent dat Deventer de bestaande werkwijzen verder kan ontwikkelen met extra investeringen. Hiertoe is een voorstel ontwikkeld dat met de gemeenteraad wordt besproken. Belangrijke onderdelen van deze voorstellen zijn:

- Versterking van het Team Toegang Jeugd, via onder meer investeringen in kwaliteitsontwikkeling van het personeel, uitbreiding van het personeel (operationeel en wat betreft beleid en management) en in maatregelen om de wachtlijsten bij zorgaanbieders te verkorten.
- Voortzetting van twee jaar van diverse projecten in het kader van ‘Van wieg naar werk’, waaronder de inzet van ambulante hulpverleners op onderwijsinstellingen en bij huisartsen.
- Investeringen in (de bouw van) vier nieuwe (onderwijs)instellingen in de gemeente, namelijk: tijdelijke uitbreiding bij het Kindcentrum Borgele voor de Borgloschool en de Linde en vervangende nieuwbouw voor de ZMOK-locatie op de Splithofstraat, voor het Kindcentrum Kleurrijk, Zwaluwenburg (inclusief gymzalen), en voor Colmschaterenk (inclusief gymzaal).

Met de politieke steun voor de Deventer visie op de jeugdzorg bestaat er tevens draagvlak voor een overzichtelijk speelveld met enkele tientallen zorgaanbieders. Dit verschilt met de politieke kaders ten behoeve van de Wmo-zorg. Daarbij stelt de politiek vertrouwen in nieuwe zorgaanbieders en zijn er dientengevolge lage drempels om de Wmo-markt te betreden. Zo worden er onder meer geen opleidingseisen gesteld aan zorgaanbieders, waardoor ondernemers zonder enige affiniteit of ervaring met zorg Wmo-zorgaanbieder kunnen worden. Er zijn in Deventer 130 gecontracteerde aanbieders die Wmo-zorg leveren. Door dit hoge aantal is het lastig overzicht te krijgen in hun doen en laten. Het resulteert in meldingen over mogelijke zorgfraude en in gemeentelijke rechtmatigheidsonderzoeken op basis van (dergelijke) signalen. Zie daarover hoofdstuk 5.

Sinds 2015 is de gemeente verantwoordelijk voor het uitvoeren van nieuwe taken voor zorg (Wmo), werk (Participatiewet) en jeugd (Jeugdwet). De zogenoemde **Monitor Sociaal Domein** maakt het mogelijk om de ontwikkelingen op het terrein van Jeugd, Wmo en Participatie adequaat te volgen en beleid aan te passen. De

monitor is gekoppeld aan de doelstellingen en prestaties uit de programmabegroting. Daarbij gaat het om de drie programma's binnen het sociaal domein: Inkomensvoorziening en arbeidsmarkt, Meedoen en Jeugd en Onderwijs. De indicatoren in de monitor zijn één op één gekoppeld aan de prestaties uit één van deze programma's. Van vier belangrijke indicatoren voor de jeugdzorg worden er drie gerealiseerd in 2021, namelijk: 1.) Het aantal jeugdigen dat zichzelf redt of gebruik maakt van een algemene voorziening is meer dan 18.850 (90% van 20.945); 2.) Ons streven is dat niet meer dan 2.200 jeugdigen een jeugdzorg traject nodig hebben; en 3.) Ons streven is dat niet meer dan 210 jongeren jeugdbescherming en niet meer dan 40 jongeren jeugdreclassering nodig hebben. Een andere indicator werd niet behaald, namelijk: Aantal jongeren dat wordt behandeld door de Jeugdconsulenten is 400.

Bron: <https://kennisportaal.deventer.nl/actueel/2020/9/28/monitor-sociaal-domein-deventer>

3.2 Visie: de stap naar de praktijk

De Deventer visie op jeugdzorg staat niet alleen op papier, maar is krachtig vertaald naar professionele *know how* en werkwijzen. Zowel op beleidsniveau als in de Deventer frontline (Team Toegang Jeugd) en de *backoffice*. Dit blijkt uit een reeks gesprekken, waarin steeds dezelfde kernelementen van visie en praktijk werden benoemd. In korte en heldere zinnen wordt - van laag tot hoog – op dezelfde manier uitgelegd wat in Deventer de bedoeling is en hoe dat wordt gerealiseerd. Een voorbeeld hiervan is een (schaars) interview van de wethouder en beleidsambtenaar in Binnenlands Bestuur.⁹ We citeren:

Spin in het web van het Deventer jeugdstelsel is het Team Toegang Jeugd. 'Dat team bepaalt of jongeren dan wel gezinnen vormen van hulpverlening krijgen', legt Rorink uit. In dat team zitten professionals die gedetacheerd zijn vanuit jeugdhulpaanbieders. Het gaat om toegangsmedewerkers jeugd. Daarnaast zitten in het team gespecialiseerd ambulante werkers, jeugdconsulenten en jeugdhulpverleners onderwijs. Het team werkt daarnaast met een flexibele schil van nog eens tien gespecialiseerd ambulante werkers 'die op afroep ondersteuning bieden aan de toegangsmedewerkers jeugd', vertelt Anke Klein Lebbink, beleidsadviseur jeugd bij de gemeente. 'Zij kunnen zonder indicatie kortdurende interventies plegen.' (...)

De wethouder:

'Ons Team Toegang Jeugd durft het ook aan om op enig moment te zeggen: nu is die indicatie en deze vorm van zorg niet meer nodig. Dat wordt niet altijd in dank afgenomen door ouders of de jongeren. Die hebben het beeld dat de zorg en ondersteuning net zolang wordt gegeven totdat ze zich weer honderd procent voelen. Het normale leven versterken, is de kern van ons beleid.' (...) 'Ik roep altijd richting mijn gemeenteraad: als je echt succes wilt hebben op jeugdbeleid dan is het preventie, preventie, preventie, preventie.' (...) 'Het lastige van preventie is dat het effect moeilijk meetbaar is. Maar ik geloof in preventie en je moet dat geloof ook hebben om de raad ervan te overtuigen een flink deel van je jeugdgelden in te zetten op preventie.'

Er wordt in Deventer invulling gegeven aan drie opdrachten voor publiek leiderschap¹⁰, namelijk: 1.) een complex geheel van politieke en maatschappelijke verwachtingen en belangen vertalen in een aansprekende visie; 2.) de visie vertalen in beschikbare middelen en herkenbare werkwijzen die al doende in de praktijk worden gebracht en doorontwikkeld; en 3.) de buitenwacht overtuigen van de legitimiteit van de gehanteerde werkwijzen. Respondenten benadrukken belangrijke elementen van de Deventer visie en vertellen hoe ze hier praktisch gestalte aan geven. We beschrijven deze bouwstenen die getuigen van scherpste op de kosten, noodzaak en kwaliteit van de zorg, hetgeen de gelegenheid voor zorgfraude reduceert. Het betreft acht bouwstenen:

- a. *Toegang is een vak*. Het is lastig om steeds weer in concrete casus vast te stellen wat de problematiek is en daar, zo nodig, gepaste zorg aan te koppelen. Om die reden zijn 21 medewerkers in de frontlijn gepositioneerd die vaak hun strepen al hebben verdiend in de jeugdzorg. Ze zijn nu nog in dienst van zorgaanbieders, maar treden per 1 januari 2022 in dienst van de gemeente Deventer: in schaal 10, waarmee tot uitdrukking wordt gebracht dat hun werk hoogwaardige uitvoering betreft.

⁹ Bron: <https://www.binnenlandsbestuur.nl/sociaal/nieuws/eindelijk-met-het-jeugdbudget-in-de-zwarte.14101005.lynkx>

¹⁰ Boin, A. (2001), *Crafting public institutions: Leadership in two prison systems*, Londen: Lynne Rienner Publishers.

Het gaat om één centrale toegangsorganisatie voor de hele gemeente. Dat is mogelijk vanwege de schaal van Deventer en helpt om, als team, bekend te raken met aanbieders en met cliënten en hun ouders. Intern worden de toegangsmedewerkers gesteund door beleidsmedewerkers, management en de backoffice. Bij dat samenspel wordt geprofiteerd van personele continuïteit. Dat helpt om zicht te krijgen op de kosten, om te bekijken of kostbare zorg opportuun is, om een alternatief voor aanvullende zorg te overwegen of om geconstateerde problemen (op cliënt- of aanbiedersniveau) aan de orde te stellen. Het past in de werkcultuur om gesignaleerde problemen - zoals mogelijk ontoereikende zorg - aan te kaarten bij een aanbieder.

- b. *Wij beoordelen de situatie van de cliënt.* Toegangsmedewerkers vinden het belangrijk om zelf de situatie van een cliënt te beoordelen. De beoordeling van de opvoedsituatie, en het daarop gebaseerde gezinsplan, leggen de basis van een zorgtraject (zie bijlage 3 voor de procesbeschrijving van de werkwijze van het team Toegang). Zowel bij de intake als bij evaluatiegesprekken wordt de situatie beoordeeld. Het zijn duidelijke voorbeelden van het samenvallen van kwaliteitsbewaking en volumebeheersing van de jeugdzorg met het verminderen van de ruimte voor zorgfraude. Daartoe treden ze in gesprek met ouders en jeugdigen. Ze kijken daarbij niet alleen naar eventuele gedragsproblemen van het kind, maar ook naar problemen in de sociale omgeving, waaronder het gezin. Op dit punt wordt beoordelingsruimte genomen, in die zin dat diagnoses of wensen van aanbieders niet zomaar worden gevolgd, ook niet als die zijn overgenomen door ouders. Het leidt tot discussies of meningsverschillen, hetgeen ook de wethouder zich realiseert: “Dat wordt niet altijd in dank afgenomen door ouders of de jongeren.”¹¹ Er wordt geredeneerd vanuit de problematiek, met als doel het normale leven te versterken. Als er – bij de intake of na een half jaar of jaar gespecialiseerde – functionele alternatieven zijn voor gespecialiseerde jeugdzorg, worden die ingezet. Of er wordt, zo nodig, opgeschaald. De kern is echter dat het Team Toegang Jeugd de regie pakt en voert. Er wordt pas zorg geleverd als (ook) de gemeente dat nodig vindt. Uitvoerders krijgen hierbij steun van management en bestuur.
- c. *Op zoek naar de juiste plek.* Het past bij de werkcultuur van toegangsmedewerkers dat zij zich verantwoordelijk voelen dat een kind op de juiste plek terecht komt. Dit klinkt voor de hand liggend, maar daartoe zijn in Deventer handelingsopties gecreëerd. Er kan namelijk een (alternatief) begeleidingstraject worden opgestart door Gesp’ers: voor korte (enkele gesprekken) of langere tijd. Voor de meeste vormen van gespecialiseerde jeugdzorg bestaan verschillende opties. Als dat niet zo is, en er bestaat onvrede over de geleverde zorg, wordt niet alleen getracht dit bij te sturen. Op managers-niveau wordt, als dit nodig wordt geacht, bezien of de aanbieder kan innoveren of dat anders een andere aanbieder beschikbaar is om dit op zich te nemen. Er wordt soms een alternatief gezocht voor een aanbieder die zich niet laat bijsturen. Zo wordt gebouwd aan redundantie: beschikbaarheid van alternatieven, zodat het in de uitvoering makkelijker wordt om invulling te geven aan het adagium dat een kind op de juist plek terecht moet komen.
- d. *Doorvragen en uitzoeken hoe het zit.* Uitvoerders, backoffice en management nemen een onderzoekende houding aan bij vragen over de noodzaak of kwaliteit van jeugdzorg. Ze zoeken naar antwoorden door bronnen te raadplegen, zoals kostenoverzichten en gesprekken met cliënten (jeugdigen en hun ouders) en zorgaanbieders. De toegangsorganisatie formuleert zo nodig kritische vragen. Is het nodig om consequent te betalen voor HBO-geschoolde medewerkers voor begeleiding van LVB-jongeren als de dagelijkse begeleiding lijkt te kunnen bestaan uit eenvoudige activiteiten?

¹¹ Bron: <https://www.binnenlandsbestuur.nl/sociaal/nieuws/eindelijk-met-het-jeugdbudget-in-de-zwarte.14101005.lynkx>

Waarom wordt een diagnose van een kind extra in rekening gebracht, terwijl er al verschillende diagnoses bekend zijn en dit binnen de prijs van het ingekochte product lijkt te vallen? Waarom wordt kostbare ggz-zorg jarenlang geleverd, zonder vooruitgang of afschaling van de zorg? Waarom overweegt deze aanbieder een jeugdige op straat te zetten en vraagt hij aan ons een oplossing, terwijl hij een zorgplicht heeft? Er wordt gezocht naar antwoorden en oplossingen. Daarbij is maatwerk nodig. Als een ggz-traject bijvoorbeeld al lang loopt, wordt bezien of er mogelijkheden zijn om af te schalen of over te stappen op andere en minder intensieve zorg, waarbij een groter beroep wordt gedaan op zelfredzaamheid.

- e. *Het mag wat kosten, zo (lang als) nodig.* Wat de zorgkosten betreft, wordt een dubbelstrategie gevoerd. Zo nodig mag het wat kosten, al dient - aan de voorkant en gedurende het zorgtraject - wel scherp te worden bezien of het (nog) nodig is. Voor management en uitvoering in Deventer is dit een logische combinatie. Er wordt (met resultaat) gestuurd op het volume (Q) van de zorg, dus is er ruimte om een realistische prijs (P) te betalen als de omstandigheden daar om vragen. Binnen de regionale samenwerking heeft Deventer wat dit betreft een eigen koers gevaren, omdat ze de geraamde kostprijs te laag vonden en omdat er regionaal veel discussies waren over de financiering.¹² Een onrealistisch lage kostprijs levert een dubbel risico op, namelijk jeugdigen die ontoereikende zorg krijgen en/of betrouwbare aanbieders die te maken krijgen met financiële problemen. Zo nodig mag jeugdzorg echt wat kosten in Deventer, al wordt van meet af aan de noodzaak gecontroleerd. Sturen op kosten is een direct en actief werkproces. Aan de voorkant becijfert de backoffice de kosten van een traject. Bij de screening bezien toegangsmedewerkers of dit nodig lijkt, waarna het besluit over de inzet van een duur traject wordt doorgezet naar het teammanagement. Het gaat dus (zonder dat dit zo wordt genoemd) om een 'zes ogen-principe'. Dit gaat vanwege korte interne lijnen niet gepaard met een lange doorlooptijd. Als de indicatie wordt afgegeven, start een traject met periodieke monitoring.

Casus 2: bijsturen en reductie van dure pgb-trajecten

De *backoffice* heeft voorafgaand aan een zorgtraject zicht op de (verwachte) kosten. Zij monitoren dit en sturen actief bij waar nodig. Aanvragen voor inzet van dure trajecten worden naar teammanagers gestuurd met de vraag om te kijken hoe dit mogelijk anders kan. Een voorbeeld was de grote hoeveelheid aanvragen voor hoge pgb's, namelijk € 25.000,- per kind, in 2015/2016. Deze aanvragen werden teruggestuurd naar de teammanager van Team Toegang. Medewerkers van Team Toegang Jeugd bekeken vervolgens opnieuw, met de gezinnen, of een andere vorm van hulp mogelijk was, zonder aan benodigde zorg in te moeten boeten ('doen wat nodig is' is ook een adagium).

Bron: Verweij Jonker Instituut (2021), *Eigenwijs transformeren. Eindrapport*, Utrecht. (parafraze van p. 48)

- f. *Wij houden de vinger aan de pols: cliënten en hun trajecten volgen.* Toegangsmedewerkers voeren op casusniveau evaluatiegesprekken met zorgaanbieders, jeugdigen en ouders. Ze nemen de beleidsvrijheid om de frequentie van die gesprekken te bepalen "(...) met de aanbieder en de ouders, maar onze insteek is eigenlijk elke drie maanden bij zware zorg." In het begin wordt zo in een zwaar traject duidelijk wat moet gebeuren en welke behandeling wordt gestart, waarbij wordt bezien of de zorgverlening tijdig wordt opgestart. Tijdens het traject wordt in de gaten gehouden of vooruitgang wordt geboekt en of dit betekent dat de zorg kan worden afgeschaald als de actuele zelfredzaamheid van ouders en cliënt dat toestaat. Bij minder intensieve zorgtrajecten worden ook evaluatiegesprekken ingevoerd, zij het minder frequent, al gaat het eerder om twee keer per jaar dan jaarlijks. Bij dergelijke trajecten wordt bezien of resultaten worden geboekt. Zo ja, dan is beëindiging of terugschroeven van specialistische zorg aan de orde. Dit interactieve cliëntvolgsysteem sluit aan op de Deventer visie, waarin jeugdzorg zo enigszins mogelijk tijdelijk deel uitmaakt van het normale leven. De toegangsmedewerkers worden daarbij ondersteund vanuit de

¹² Verweij Jonker Instituut (2021), *Eigenwijs transformeren. Eindrapport*, Utrecht.

backoffice, met data - op cliëntniveau en aanbiedersniveau - over zorgkosten en over lang lopende trajecten. Steeds geldt: het Team Toegang Jeugd wordt gesteund bij onderbouwde beslissingen om een indicatie te stoppen, om de zorg te staken of bij te buigen. Dit kan botsen met het perspectief van ouders of jeugdigen, maar specialistische zorg wordt in Deventer niet geleverd totdat alles *“koek en ei is, maar tot het moment dat men zich weer kan redden, misschien met lichte ambulante zorg.”* Respondenten weten en merken dat dit kan schuren bij met name ouders.

- g. *In gesprek over (directe) bijsturing: aankaarten, bespreken en afhandelen.* Het volgen van cliënt-trajecten kan aan de kant van de gemeente resulteren in de behoefte om bij te sturen. De directe bijsturing kan plaatsvinden op uitvoerend niveau. Bijvoorbeeld als toegangsmedewerkers merken dat een zorgaanbieder draait met de diagnose of als een therapie niet wordt ingezet vanwege wachtlijsten. Ze spreken aanbieders dan aan en gaan op hun strepen staan. Als een zorgaanbieder stelt dat een passend aanbod beschikbaar is, dan dient dat ook van de grond te komen, is de redenering. Toegangsmedewerkers zijn niet gecharmeerd als een zorgaanbieder een *“kind acquireert, factureert en dan bekijkt of er plaats is.”* Signalen over de inzet van goedkopere professionele krachten dan waarvoor wordt betaald, worden ook aangekaart. Dat maakt het mogelijk om de kostprijs te verlagen of de professionele inzet op te schalen. Als wordt geconstateerd dat trajecten bij een aanbieder relatief vaak langdurig worden, wordt beproefd of de zorg dan nog wel nodig is of waarom geen resultaten zijn geboekt bij het versterken van de zelfredzaamheid. Er wordt niet alleen op uitvoeringsniveau, maar ook op managementniveau in contact getreden met zorgaanbieders. De managementstijl is zakelijk. Immers, zo nodig dient een aanbieder de prestaties op te schroeven of de kostprijs te verlagen, al kan de uitkomst ook zijn dat een aanbieder wat betreft tijd of budget meer armslag krijgt. Deventer hanteert (zonder het zo te noemen) een bonus-malussysteem. Aanbieders die presteren krijgen geld, ruimte en cliënten, waardoor er een duurzaam partnerschap ontstaat. De prestaties worden beoordeeld op het behalen van de doelen die na de screening, aan de voorkant, zijn opgenomen in een zorgplan. Verder is van belang hoe de zorgaanbieder hier zelf over communiceert, bijvoorbeeld als wordt ontdekt dat meer zorg nodig is (bijvoorbeeld vanwege tegenvallers in de gezinssituatie) of juist minder of minder lang, omdat de doelen eenvoudiger worden behaald dan was ingeschat. Van een kleine categorie aanbieders wordt verwacht dat de prestaties worden verbeterd. Als dat achterwege blijft, worden minder of mogelijk zelfs geen cliënten meer bij een aanbieder geplaatst. Dit laatste is mogelijk doordat in de markt voor belangrijke diensten wordt gezocht naar geschikte aanbieders, al kan dit op problemen stuiten vanwege wachtlijsten.

We hebben gesproken met drie respondenten, werkzaam bij twee zorgaanbieders. Dit is te weinig om een goed beeld te krijgen van het perspectief van de aanbieders, al wijst het wel op enkele interessante observaties. Voor een kleine gespecialiseerde aanbieder is het fijn als de toegangsorganisatie goed weet onder welke omstandigheden het aanbod past bij de behoefte van een kind. Bij een passende toewijzing kan maatwerk worden geleverd, waarbij de lijnen kort zijn zodra contact nodig is. Voor de toegangsorganisatie zijn kleine en gespecialiseerde aanbieders een soort flexibele schil rondom grote aanbieders, waarop zo nodig een beroep gedaan kan worden. De grotere aanbieder haalt voordeel uit de schaal van Deventer. Het is een gemeente met voldoende cliënten, waardoor medewerkers effectief ingeroosterd kunnen worden. Er is weinig reistijd tussen de cliënten en veel medewerkers wonen in of vlakbij Deventer. Door de zorgbehoefte is de instroom tamelijk constant. Het dagelijkse contact met de toegangsorganisatie wordt gewaardeerd. De scherpte bij de toewijzing geeft de aanbieder de kans om ook zelf duidelijk te formuleren wat wordt gevraagd en geleverd, en voor welke prijs. Door een team van medewerkers constant in te zetten in Deventer, kampen ze minder snel met verschillende voorwaarden van gemeenten. Dat is een potentieel lastig punt voor een grotere aanbieder. Wat precies mag worden gefactureerd loopt uiteen. De ene keer mag bijvoorbeeld een ‘no show’ van een cliënt wel in rekening worden gebracht en in een andere gemeente niet. Voor registraties en facturatie dienen per gemeente instructies te worden opgesteld. Toch zijn vooral de steeds weer nieuwe aanbestedingen en veranderingen

in de wijze van financiering een zware last voor een grote zorgaanbieder. Zie daarover paragraaf 4.4.

- h. *Resultaten zijn belangrijker dan cliënt-tevredenheid.* Het adagium ‘doen wat nodig is’, krijgt een specifieke invulling. Noodzakelijke zorg mag wat kosten, want het gaat om het beoogde resultaat, in het bijzonder het verbeteren van de zelfredzaamheid (of: het versterken van het normale leven) van jeugdigen en ouders. Er worden dus inspanningen gevraagd van ouders en jeugdigen. En van aanbieders worden prestaties verlangd. Dit gaat niet altijd gelijk op met (metingen van) cliënttevredenheid. Te langdurige (niet noodzakelijke) zorg kan worden gewaardeerd en er kan ook juist tevredenheid bestaan over een (kostbare) kortdurende interventie, terwijl duurzaam effectieve behandeling meer tijd vergt. De gemeente Deventer stuurt op resultaten en respondenten vinden de professionele beoordeling daarvan belangrijker dan cliënt-tevredenheidsscores. Dit komt mede doordat er praktische problemen bestaan bij het uitvoeren van onderzoek naar cliënt-tevredenheid. Zie het onderstaande kader. De toegangsorganisatie heeft hoogfrequent contact met cliënten (en hun ouders), en raakt zo op de hoogte van hun ervaringen.

Het meest recente cliëntervaringsonderzoek (verder: CEO) voor de jeugdzorg is uitgevoerd in 2017. Er zijn drie belangrijke redenen waarom dit onderzoek sindsdien niet meer is herhaald:

- De modelvragenlijst van de VNG telt twee exclusiecriteria, namelijk dat een categorie jongeren niet mag worden benaderd voor onderzoek. Namelijk jongeren die anoniem zorg ontvangen, die vallen onder een ‘geheime plaatsing’ en die zonder medeweten van hun ouders hulp hebben gezocht. In de huidige registratiesystemen van veel gemeenten, waaronder die van Deventer, wordt en/of kan niet worden bijgehouden wie voldoet aan deze criteria. De gemeente Deventer wilde niet het risico lopen jongeren te benaderen die niet benaderd mogen worden.
- Voor het CEO 2017 heeft de gemeente Deventer alleen kinderen en jongeren benaderd die contact hebben gehad met toegangsmedewerkers, waarbij die medewerkers hebben aangegeven wie wel en niet benaderd kon worden. De consequentie was dat een “zeer kleine groep” overbleef, omdat veel jeugdigen immers zorg ontvangen via een andere verwijzer. De respons was zeer laag en daarmee is het onderzoek niet representatief. Dit methodologische probleem kon niet worden opgelost.
- De respons bij dit soort enquête-onderzoek ligt laag, zo bleek uit een landelijke pilot in 2016, waarbij de pilot uiteenliep van vier procent tot en met twintig procent.

Bij het CEO 2017 in Deventer zijn 260 ouders aangeschreven (van kinderen tot en met 18 jaar) en 127 jongeren. De respons was (zoals viel te verwachten) laag: 10 jongeren (7,9 procent) en 43 ouders (16,5 procent). De niet-representatieve uitkomsten staan in de onderstaande tabel.

Thema	Sub-thema	Score jongeren	Score ouders
Toegankelijkheid	<i>Weten waar ik terecht kan</i>	+/-	+
	<i>Snel geholpen</i>	-	+/-
	<i>Hulp krijgen die nodig is</i>	+/-	+
Kwaliteit	Goed geholpen	+/-	+
	Samenwerking organisaties	-	+/-
	Informatievoorziening	+/-	+
	Betrokkenheid bij beslissingen	+/-	+
	Kennis van hulpverleners	+/-	+
	Serius genomen	+	+

	Respectvol behandeld	+	+
Opgroeien	<i>Gemoedstoestand</i>	+	+
	<i>Gedrag</i>	+	+
	<i>Thuisituatie</i>	+/-	+
	<i>Veiligheid</i>	+	+/-
Zelfstandigheid	Weten wat ik / kind wil	+/-	+/-
	Zeggen wat ik nodig heb	+	+
	Er wordt naar mij geluisterd	+	+
Zelfredzaamheid	<i>Mijn eigen problemen oplossen</i>	+	+/-
	<i>Voor mijzelf opkomen</i>	+	+/-
	<i>Vertrouwen hebben in de toekomst</i>	+/-	+
Meedoen	School, werk of dagbesteding	+	+
	Vrijtijdsbesteding	+	+/-
	Relatie met vrienden en anderen	+/-	+/-

Noot: wat betreft toegankelijkheid en kwaliteit: + staat voor 'vaak tot altijd'; - staat voor 'nooit tot soms; en +/- betekent dat situatie ongeveer even vaak wel als niet voorkomt; wat de effecten betreft: + staat voor verbetering; - voor verslechtering en +/- voor verbetering noch verslechtering.

Bron: Gemeente Deventer (Vakgroep Kennis en Verkenning), Cliëntervaringsonderzoek Jeugd 2017 Gemeente Deventer.

3.3 Vraagpunten in de praktijk

De Deventer beleidspraktijk resulteert in prestaties, al zijn er ook vraagpunten. We zetten er vier op een rij, waaronder twee punten (punt c. en d.) die raakvlakken hebben met toezicht en handhaving: het thema van hoofdstuk vier. Het betreft:

- a. Het Verweij Jonker Instituut meldt dat een aantal zorgaanbieders constateert dat zwaardere vormen van jeugdzorg "*minder [worden] gebruikt*" in Deventer.¹³ Dit roept de vraag op of doorverwijzing naar dergelijke zware jeugdzorg het product is van succesvolle (actieve) preventie, in die zin dat (tijdige) lichtere ambulante jeugdzorg dit minder vaak noodzakelijk maakt. Een andere verklaring zou kunnen zijn dat te terughoudend wordt geïndiceerd, waardoor een categorie jeugdigen niet de noodzakelijke zorg krijgt. Deze vraag valt buiten het bereik van dit onderzoek.
- b. De directe ambtelijke stijl – waarbij concrete taal wordt gebruikt – gaat volgens respondenten zo nu en dan gepaard met spanningen en conflicten tussen de gemeente en een aanbieder. Dit is deels een logisch gevolg van de Deventer visie: jeugdzorg wordt begrensd tot het noodzakelijke en de gemeente bewaakt haar regierol. Het leerstuk van 'bureaupolitiek' leert dat conflicten functioneel kunnen zijn, onder meer omdat het helpt om mogelijke problemen aan de kaak te stellen.¹⁴ Het roept wel de vraag op wie bij zo'n conflict een bemiddelende rol zou kunnen spelen, nog voordat het eventueel juridiseert. Ook dit vraagpunt valt buiten het bereik van onze vraagstelling.

¹³ Verweij Jonker Instituut (2021), *Eigenwijs transformeren. Eindrapport*, Utrecht.

¹⁴ OB xxx

- c. Het past bij de ambtelijke stijl om uit toe zoeken het nu precies zit met een zorgtraject. Zowel op het niveau van een cliënt als op het niveau van (een bepaald product van) een aanbieder. Er wordt van alles gevraagd en uitgezocht. Is het zorgtraject tijdig gestart of duurt het te lang, valt deze dienst in de totaalprijs of is dit een aparte indicatie, wordt voldoende gekwalificeerd personeel ingezet en worden resultaten geboekt en gemeld? Zo nodig worden aanbieders geconfronteerd met twijfels over de geleverde zorg. Voor een groot deel is dit een onderdeel van het takenpakket van een toegangsorganisatie of van de *backoffice*. Het doorvragen en uitzoeken kan op een gegeven moment in de buurt komen van toezichtstaken. Wat betreft mogelijke kwaliteitstekorten bij jeugdzorg betreft het kwaliteitstoezicht door de IGJ. Bij mogelijke onrechtmatigheden gaat het om een gemeentelijk onderzoek naar de rechtmatigheid van de zorg. Bijvoorbeeld bij de mogelijk systematische inzet van onder-gekwalificeerd personeel of over de precieze werkzaamheden die worden gefactureerd. Het is de vraag waar het reguliere gemeentelijke proces ophoudt en een rechtmatigheidsonderzoek een optie wordt of wellicht het meest geëigende pad.
- d. Het doorvragen en bijsturen door de toegangsorganisatie loopt vast bij losse eindjes wat betreft gemaakte P*Q-afspraken. Er wordt (met resultaat) door de gemeente gestuurd op het volume (Q), maar er blijken onduidelijkheden te kunnen bestaan over de prijs (P). Dat is – zo constateren respondenten - het geval als de afspraken tussen gemeente en een zorgaanbieder over datgene wat binnen ‘de prijs’ valt niet helder zijn (vastgelegd). Een zorgaanbieder wenst dan een extra indicatie en declaratie, terwijl de gemeente vindt dat het binnen de totaalprijs valt. Bij dergelijke onduidelijkheden wordt het voor een toezichthouder rechtmatigheid ook bijna onmogelijk om vast te stellen of er sprake zou kunnen zijn van zorgfraude.

3.4 De Deventer beleidspraktijk: consequenties voor zorgfraude

De beleidspraktijk in Deventer heeft consequenties voor de lokale gelegenheidsstructuren van zorgfraude.¹⁵ Er zijn vier belangrijke manieren waarop het gevoerde beleid het risico op zorgfraude reduceert:

- a. Er wordt – zonder dat het zo wordt genoemd – gestalte gegeven aan positieve fraudebestrijding. Selectiviteit bij het aangaan van een duurzame relatie met zorgaanbieders, legt de basis van partnerschap met bonafide aanbieders die in de kern zijn gericht op het leveren van toereikende zorg. Die basis leidt ertoe dat vanuit het perspectief van de gemeente vaak bijsturen en overleg volstaat, terwijl zorgaanbieders weten dat richting de gemeente de drempels voor hen laag zijn en ze op betekenisvolle schaal zorg leveren. De Deventer scherpste kan zo samengaan met dialoog en partnerschap. En als het schuurt of er een conflict is, is er nog (lang geen) zorgfraude aan de orde. Hooguit een conflict over bijvoorbeeld de vraag elke activiteiten binnen een tarief vallen.
- b. Er bestaat in de gemeentelijke organisatie voldoende rust en ervaring om – met behulp van de schaal van Deventer – een goed overzicht te houden van de actieve zorgaanbieders. Dit betekent dat zorgaanbieders die met frauduleuze motieven een zorgproduct in de markt zouden zetten, snel in het oog springen. Dit betekent dat er weinig kansen zijn bij jeugdzorg in Deventer voor een specifieke verschijningsvorm van zorgfraude, namelijk zogenoemde “zorgcowboys”: zorgaanbieders die cliënten ronselen en vervolgens ontoereikende zorg leveren (Van der Torre en Heijkoop, 2020). Dergelijke fraude gedijt wel in een context met veel aanbieders, gemakkelijke entree tot de zorgmarkt, intake en indicatie door generalistische medewerkers (met een grote *workload*) en onderontwikkelde evaluatie als een zorgtraject eenmaal is opgestart.

¹⁵ De aanpak van zorgfraude komt aan bod in hoofdstuk 5.

- c. Pgb-zorg is gevoeliger voor grove zorgfraude door ronselende zorgaanbieders dan gecontracteerde zorg. De fraudetactiek bestaat eruit dat de zorgaanbieder invloed verwerft over een pgb-cliënt, zodat de aanbieder de regie over het pgb-budget overneemt (Van der Torre en Heijkoop, 2020). Het volume van de pgb-jeugdzorg ligt in Deventer echter op een laag niveau. Dat is geen toeval, want daar stuurt de toegangsorganisatie al jaren op: als specialistische jeugdzorg kan worden ingezet, dan heeft gecontracteerde zorg de voorkeur, als is pgb-zorg een mogelijkheid.
- d. De gemeente Deventer heeft een systeem (de *backoffice* die de kosten monitort en bewaakt) en ambtelijke stijl (toegangsmedewerkers en management) waarin kostenbewustzijn en kostenbeheersing een centrale plaats innemen. Omdat fraude is gericht op het laten weglekken van zorggeld, is deze kostenbeheersing tevens fraudebeheersing.

Naast deze gunstige effecten van het Deventer beleid op de fraudekansen, bestaat nog wel een blinde vlek. Er is namelijk niet voorzien in een werkproces voor rechtmatigheidsonderzoek naar jeugdzorg. Dit is wel nodig, omdat er toch de nodige signalen zijn en omdat er grenzen zijn aan de mogelijkheden van de backoffice of van de toegangsorganisatie om vast te stellen wat er speelt. Ze kunnen bijvoorbeeld geen administratieve gegevens vorderen of een verhoor afnemen, zoals een sociaal onderzoeker. Het risico bestaat dat bij het uitzoeken en doorvragen, bijvoorbeeld omtrent facturen, bijna onderzoek naar rechtmatigheidsvragen wordt gedaan.

Hoofdstuk 4

De poortwachtfunctie

Inleiding

Dit hoofdstuk gaat in op de poortwachtfunctie bij de jeugdzorg in de regio IJsselland en in de gemeente Deventer. Paragraaf 4.1 gaat in op de wijze van financiering en paragraaf 4.2 zoomt in op de regionale inkoop en monitoring. De volumebeheersing van de jeugdzorg, door de toegangsorganisatie in Deventer, komt aan bod in paragraaf 4.3. In paragraaf 4.4 wordt een knelpunt benoemd, want zorgaanbieders krijgen door veranderingen in de financieringswijze en door parallelle monitoring (regionaal en door de gemeente Deventer) te maken met kosten en dilemma's. Paragraaf 4.5 treft een vergelijking met Wmo-zorg.

4.1 Wijze van financiering: opeenvolging van methoden

Transitie in 2015: het moest anders

Bij de decentralisatie van de jeugdzorg, in 2015, werden regionaal de aanbieders overgenomen, inclusief de destijds gehanteerde financieringswijze. Er werd onderscheid gemaakt tussen drie diensten, namelijk j-ggz-zorg¹⁶, jeugd en opvoedhulp (verder: J&O) en licht verstandelijk beperkten zorg (verder: LVB-zorg). De J&O-zorg werd verleend door twee grote zorgaanbieders, waaraan een vaste prijs per kind werd betaald. Die prijs lag ruim boven de € 35.000,-. Dit bedrag werd betaald, al werden bij het ene kind hogere kosten gemaakt en bij het andere lagere. De noodzakelijke inzet kon worden bepaald door de twee aanbieders. Het bedrag gold als een redelijk gemiddelde, waardoor op jaarbasis een balans bestond tussen omzet en organisatorische kosten. Dit werkte echter niet lang in het gedecentraliseerde systeem. De gemeentelijke toegangsorganisaties beoordeelden de situatie van een jeugdige en vonden bijvoorbeeld dat een traject van € 6.000,- volstond. Daartoe kozen ze – vanwege de hoge eenheidsprijs – niet voor één van de twee grote zorgaanbieders, maar voor een goedkoper alternatief. De consequentie was dat de twee grote zorgaanbieders vooral intensieve zorgtrajecten kregen toegewezen, waardoor het financieel niet langer mogelijk was om dit tegen een gemiddelde prijs te leveren. Los van deze perikelen bij de J&O-zorg, bestond bij gemeenten en RSJ de behoefte om te komen tot een integrale werkwijze bij elke vorm van jeugdzorg. Dit resulteerde in een verkenning van alternatieven en tot aanpassing van de financieringsmethode.

Vanaf 2018: een hybride-systeem

In 2016 en 2017 werd door het RSJ een studie gemaakt van bestaande financieringsmethoden. Het ideale model blijkt niet te bestaan, want ook hier geldt dat elk voordeel een nadeel heeft. Er wordt ten behoeve van de middelzware zorg, met zorgtrajecten tot € 10.000,-, gekozen voor zogenoemde trajectfinanciering. Er wordt daarbij een vaste prijs betaald voor een bepaald soort zorgtraject. Dat zorgtraject wordt ten eerste gestandaardiseerd door middel van twaalf profielen.¹⁷ Elk profiel gaf een specifiek antwoord op drie vragen: waarvoor is jeugdzorg nodig; welke problemen ervaren de jeugdige en zijn opvoeders; en welke resultaten kunnen worden bereikt? Ten tweede werden gradaties aangebracht in de aard van de zorg. In combinatie met het profiel was dat de basis voor een vaste prijs per traject. Aan het begin van traject wordt zeventig procent van het budget betaald aan de zorgaanbieder en na afloop, als de resultaten zijn behaald, het restant.

In 2017 wordt regionaal besloten dat deze trajectfinanciering vanaf 2018 wordt gehanteerd bij zorg in het zogenoemde middensegment, met trajectbudgetten tot € 10.000,-. Bij hogere bedragen wordt, in het topsegment, een inspanningsgerichte financiering gehanteerd: Prijs (P) x Volume (Q). Het idee was dat ervaringen zou worden opgedaan met traject-financiering in het middensegment, zodat opgedane lessen konden worden benut bij invoering in het topsegment. Het loopt echter anders, want op gemeenteniveau

¹⁶ Als we in dit rapport schrijven over ggz zorg, gaat het in het kader van jeugdhulp om j-ggz.

¹⁷ Inkoopstrategie Specialistische Jeugdhulp regio IJsselland, april 2017.

blijkt onvoldoende draagvlak te ontstaan voor traject-financiering. Bij traject-financiering wordt het voordeel van een goed functionerende en sturende toegangsorganisatie niet benut, zo wordt (onder andere) in Deventer geredeneerd.

Traject-financiering: onvoldoende draagvlak

De introductie van traject-financiering in 2018 resulteerde in discussies en spanningen tussen aan de ene kant de gemeentelijke toegangsorganisaties en aan de andere kant zorgaanbieders. Die discussies spitsten zich toe op de vraag in welk 'vakje' een zorgtraject past, hetgeen bepalend is voor het bedrag dat een aanbieder ontvangt. De toegangsorganisaties "knijpen" of "drukken" en de aanbieders zetten hoger of hoog in. Een toegangsmedewerker oordeelt bijvoorbeeld dat - vanwege een lichte zorgvraag - tien gesprekken volstaan, terwijl een aanbieder een duurder (standaard-)traject met twintig gesprekken wenst in te zetten. Voor Deventer geldt dat ze scherp toewijzen, mede op basis van de inhoudelijke expertise die beschikbaar is in de uitvoeringsorganisatie. Er ontstaan door het decentrale karakter van de toegang verschillen tussen gemeenten en daarmee, onder vergelijkbare omstandigheden, binnen het zorgaanbod van aanbieders die in meerdere gemeenten actief zijn. Er groeit daarnaast onbehagen bij ambtenaren en bestuurders, omdat aanbieders binnen het traject-budget zoveel ruimte krijgen dat er geen (goed) zicht is op de daadwerkelijk geleverde zorg. De zorgverlening wordt gezien als een *black box*, waardoor zorggeld kan weglekken, zonder dat dit wordt opgemerkt en/of zonder dat een aanbieder (bij gebrek aan heldere eisen en normen) daarop kan worden bijgestuurd. Als een aanbieder bijvoorbeeld ontoereikende zorg levert (en claimt te hebben gedaan wat nodig was) en bezuinigt op personele inzet, kan de uitgekeerde zeventig procent van het budget winstgevend zijn. Terwijl de resultaten niet worden behaald en het kind en zijn ouders de dupe zijn. Er wordt op regionaal niveau besloten om de traject-financiering niet in te voeren in het topsegment. Sterker, het wordt afgebouwd in het middensegment, omdat het draagvlak ontbreekt in de elf regionale gemeenten.

Anno 2021: P*Q

Er is afgestapt van traject-financiering. Anno (oktober) 2021 wordt de P*Q-methode regionaal gehanteerd voor het grootste deel van de zorg; en per 1 januari 2022 voor alle zorg. Dus in het topsegment en in het middensegment. In Deventer was daarop geanticipeerd, want daar werd in het middensegment al eerder de P*Q-methode ingezet. Daartoe bestaat een voorkeur, omdat het actief-preventieve beleid in Deventer resulteert in volumebeheersing. Volumebeheersing is nodig om een risico van P*Q-financiering in te dammen, namelijk hoge kosten bij (een prikkel onder zorgaanbieders tot) veel zware zorg of veel herhaalde zorg.¹⁸ Zie daarover 3.2.3. Over de eigen koers van de gemeente Deventer concludeert het Verweij Jonker Instituut dat de Deventer koers "(...) *botst met de meer regionale oriëntatie van andere gemeenten in de regio. Ook voor zorgaanbieders is deze eigenwijze koers van Deventer niet altijd eenvoudig.*"¹⁹

Toekomst

Er bestaat een voornemen om de financieringsmethode in de toekomst aan te passen. Daarbij wordt een middenweg gezocht tussen trajectfinanciering en de P*Q-methode. Er zal een budget worden toegewezen dat is gebaseerd op de zwaarte van de zorg die nodig is. Dit is geen vast budget, maar een maximumbedrag.²⁰ Er wordt een beoogd resultaat beschreven. De zorgaanbieder kan kiezen welke professionele inzet nodig is, bijvoorbeeld op mbo-niveau of hbo-niveau. Die keuze maakt uit voor het tarief. Er kan bijvoorbeeld een kort traject met een hbo-professional en/of psychiater worden ingezet, maar ook een langer traject dat wordt uitgevoerd door een professional op mbo-niveau. Wat gelijk blijft, zijn het beoogde resultaat en het maximumbedrag. Er lopen over dit model nog discussies met aanbieders over de bekostiging. Het aanbestedingstraject is stop gezet. Het RSJ streeft ernaar om 1 januari 2023 de aanbesteding en implementatie te hebben afgerond.

¹⁸ Zie: Visitatiecommissie financiële houdbaarheid sociaal domein, VNG over 's-Hertogenbosch.

¹⁹ Verweij Jonker Instituut (2021), *Eigenwijs transformeren. Eindrapport*, Utrecht, p. 48.

²⁰ Uitvoeringsplan Doorontwikkeling Inkoopmodel, RSJ februari 2021.

4.2 Regionaal: inkoop en monitoring

Inkoop

De inkoop van jeugdzorg heeft plaats op regionaal niveau en ligt in handen van het RSJ. De zorgaanbieders sluiten contracten af met de regio. Er zijn in de regio ongeveer tweehonderd gecontracteerde zorgaanbieders. Op regionaal niveau wordt een systeem van semi-open contractering gehanteerd. Twee keer per jaar kunnen nieuwe aanbieders toetreden (tenzij voor een jaar wordt besloten dat dit niet is toegestaan²¹), als wordt voldaan aan een lijst met kwaliteitseisen, opgenomen in het raamcontract. Die eisen hebben onder meer betrekking op: de zorg voor de kwaliteit en continuïteit van de ondersteuning; een Verklaring Omtrent Gedrag van personeelsleden (inclusief vrijwilligers) die in contact komen met jeugdigen; zorg volgens de geldende professionele standaard; BIG- of SKJ-registratie van jeugdhulpmedewerkers (die beroepsmatig in contact kunnen komen met jeugdigen) in HBO- of WO-functie; werken volgens de CAO; een geldig kwaliteitscertificaat of een branche-erkend kwaliteitsplan dat is goedgekeurd door de opdrachtgever; voldoende financiële en economische draagkracht om de continuïteit te waarborgen gedurende de contractperiode; en een klachtenprocedure volgens de Jeugdwet. Voorts bepaalt artikel 24 dat de opdrachtgever gerechtigd is een materiële controle en fraudeonderzoek uit te voeren, conform de Regeling Jeugdwet. Zo'n materiële controle of fraudeonderzoek is in Deventer niet uitgevoerd sinds 2015.

De contracten lopen tot en met 2022. Nu het nieuwe aanbestedingsproces op pauze is gezet, worden lopende overeenkomsten verlengd.²² De huidige raamovereenkomst had - los van deze verlenging - een maximale looptijd van vier jaar; twee jaar initieel, met de optie (eenzijdig vanuit de regio te bepalen) om twee keer met één jaar te verlengen.²³

Het traject voor een nieuw inkoop- en aanbestedingstraject was gestart op 1 april 2021. Het was en is de bedoeling om beperking van de administratieve lasten en professionele ruimte te koppelen aan meer grip op de kwaliteit, continuïteit en kosten van de jeugdhulp.²⁴ De beoogde nieuwe financieringsmethode speelt daarbij een belangrijke rol (zie 4.2.1). Er worden op drie percelen jeugdzorg ingekocht, namelijk ambulante jeugdhulp, wonen en verblijf en ernstige enkelvoudige dyslexie. Op de eerste twee percelen wordt - zo is althans de bedoeling (aanpassing is mogelijk in het inkooptraject) - een overeenkomst voor twee jaar afgesloten die maximaal drie keer met twee jaar kan worden verlengd. Bij dyslexiezorg gaat het om een periode van één jaar, met de optie om maximaal drie keer te verlengen. Kwaliteitseisen zijn in het inkoopdocument uitgewerkt omtrent de financiële en economische draagkracht, technische en beroepsbekwaamheid en beroepsbevoegdheid, aangevuld met bepalingen over onder meer maatschappelijk verantwoorde winst en marktconforme uitgaven wat betreft vastgoed.

Contractmanagement en monitoring

Het RSJ maakt gebruik van de zogenoemde Regionale IJssellandse Monitor om op hoofdlijnen, wat betreft de jeugdzorg, zicht te krijgen op de gang van zaken bij zorgaanbieders en in de elf gemeenten. Het is een applicatie die draait op het berichtenverkeer tussen zorgaanbieders en gemeenten. Het betreft berichten die worden gelogd, onder meer over gemeentelijke toestemming om de zorg op te starten, over betaalberichten en over het stoppen van de zorg. Gemeenten dienen data aan te leveren. In Deventer is de kwaliteit van het databeheer en data-analyse goed op orde, zo schat het RSJ in. De monitor laat per gemeente zien hoeveel toewijzingen zijn afgegeven, hoeveel jeugdigen dit betreft, wat de kosten zijn per cliënt en wat is gedeclareerd. De monitor ondersteunt het werk van regionale contractmanagers. Het laat zien of een

²¹ Omdat er een nieuw inkoopmodel wordt ontwikkeld, wordt hier al twee jaar van afgeweken.

²² Brief RSJ, 1 juli 2021, Proces inkoop Specialistische Jeugdhulp 2022.

²³ Bij dyslexie was dit anders: "Als uitzondering hierop geldt het profiel voor dyslexie. Vanwege de wens hier op korte termijn lokale afspraken over te maken geldt specifiek voor deze zorg een initiële duur van 1 jaar met de optie om (eenzijdig vanuit gemeenten te bepalen) drie keer met één jaar te kunnen verlengen". Inkoopstrategie Specialistische Jeugdhulp Regio IJsselland, p. 17.

²⁴ V8 Inkoopdocument

zorgaanbieder of gemeente handelt volgens contractbepalingen. Dit gebeurt op basis van prestatie-indicatoren. Wat is de reactiesnelheid van een gemeente bij een verzoek om toewijzing en wordt tijdig toegewezen? Bij zorgaanbieders wordt o.a. zichtbaar of start- en stopberichten zijn doorgegeven, wat de declaratiesnelheid is en of een reden wordt gegeven voor het stoppen van de zorg. Per dienst of aanbieder kan in kaart worden gebracht of langdurig zorg wordt verleend of dat 'indicaties worden gestapeld.' Ook wordt zichtbaar wat bij een aanbieder de gemiddelde kosten per jeugdige zijn. Steeds zijn vergelijkingen mogelijk: in de tijd, tussen aanbieders en tussen gemeenten.

Uiteindelijk dienen gemeenten de gegevens te interpreteren, mede met behulp van kwalitatieve informatie van de toegangsorganisatie. Daarnaast is de monitor een instrument dat contractmanagers helpt om bijzonderheden op te merken en om gesprekken met zorgaanbieders voor te bereiden. Ze voeren namelijk zogenaamde prestatiedialogen met aanbieders: drie of vier keer per jaar met grote aanbieders en met andere aanbieders één of twee keer. Er wordt bijvoorbeeld gesproken over financiële tekorten of juist over verklaringen voor aanzienlijke of hoge jaarwinsten. Als het RSJ de indruk krijgt dat een aanbieder in financiële nood verkeerd, kan een escalatieroute worden ingezet.

4.3 Deventer: volumebeheersing als sleutel

In Deventer draait veel om volumebeheersing. Dat volume wordt met succes begrensd: met preventieve maatregelen, via alternatieven voor specialistische jeugdzorg en doordat de toegangsorganisatie scherp uitzoekt wat nodig is en daar vervolgens naar handelt, zonder zich de kaas van het brood te laten eten. De toegang wordt gezien als een vak en als een voorziening op gemeentelijk niveau, zodat het overzicht wordt bewaard. Nadat een indicatie is afgegeven - vaak met een overzichtelijke looptijd, bijvoorbeeld een half jaar of jaar - worden evaluatiegesprekken ingepland en gevoerd: per kwartaal bij intensieve trajecten en anders één of twee keer per jaar. Daarbij wordt gekeken in welke mate de doelen in het gezinsplan worden behaald. Die doelen worden nuchter en duidelijk omschreven. Naast het volgtraject op cliëntniveau houdt de *backoffice* de kosten van de jeugdzorg in beeld. Als bijvoorbeeld wachtlijsten worden gesignaleerd, wordt dat besproken met zorgaanbieders. Het Verweij Jonker Instituut beschrijft dat er focus is op concrete situaties met in aanleg (te) hoge zorgkosten en dat (zo nodig) wordt bijgestuurd, ook met creatieve of innovatieve zorg. Zie het onderstaande kader voor concrete aanpakken.

Casus 3: top-X en dure zorg onder de loep

Een beproefde methode binnen de gemeente Deventer is om met enige regelmaat te kijken naar de 10 duurste cliënten of naar tien cliënten waarbij het meest wordt gestapeld. Waarom zijn deze zo lang in zorg en op welke manier kan dit teruggebracht worden? Ook wordt regelmatig gekeken of dure hulp een andere invulling kan krijgen die prettig is voor jeugdigen en ouders, maar ook goedkoper. Zo wordt gekeken of kinderen van ouders met werk - die recht hebben op kinderopvangtoeslag - met een dure indicatie voor dagbehandeling wellicht gebruik kunnen maken van reguliere buitenschoolse opvang of kinderopvang als ze extra ondersteuning krijgen. Dit voorkomt de inzet van dure dagbehandeling en beoogt jeugdigen en ouders binnen het reguliere circuit afdoende hulp te geven. Ouders gebruiken de toeslag waar zij recht op hebben.

Casus 4: maatwerkbudget inzetten

Het maatwerkbudget wordt ingezet bij individuele gevallen om zorg beter te laten aansluiten bij de behoeften en tegelijkertijd ook om hogere kosten voor de gemeente te voorkomen. Jongeren die 18 jaar worden en nog enkele behandelsessies te gaan hebben, zouden bijvoorbeeld verlengde jeugdhulp kunnen krijgen. Door de laatste sessies vanuit het maatwerkbudget te financieren, wordt inzet van verlengde jeugdhulp voorkomen. Mensen krijgen hierdoor de juiste hulp en voor de gemeente is dit goedkoper. Het maatwerkbudget wordt creatief ingezet om aan te laten sluiten bij wat nodig is.

4.4 Vraagpunten in de praktijk

De gecombineerde activiteiten van het RSJ en op gemeentelijk niveau, in casu in Deventer, resulteren in verschillende vraagpunten, met name vanuit het perspectief van zorgaanbieders.²⁵ Het betreft de volgende punten:

- Er gaan veel tijd en middelen zitten in het relatiebeheer met RSJ en op gemeentelijk niveau. Op beide niveaus worden gesprekken met aanbieders gevoerd. Wat dat betreft is er wel een perspectiefverschil, want het RSJ volgt de regionale gang van zaken en verzamelt daartoe kengetallen (bijvoorbeeld over het aantal langlopende trajecten) over alle gemeenten in de regio. Als gemeente voert overleg met aanbieders als het niet loopt zoals gewenst of als een zorgaanbieder juist een uitstekend idee heeft. De gemeente neemt deel aan een selectie van voortgangsgesprekken die de RSJ voert met aanbieders.
- De veranderingen in de financieringswijze die het RSJ hanteert - in opdracht van elf gemeenten - zijn tijdrovend voor zorgaanbieders en gaan gepaard met onzekerheden. Door lopende discussies over het nieuwe model is de invoering daarvan uitgesteld. Zorgaanbieders die in verschillende regio's werken, krijgen te maken met uiteenlopende en gelijktijdige aanbestedingen en financieringsmodellen, waaronder die in IJsselland
- Het lijkt voor zorgaanbieders aantrekkelijk als een (vast) bedrag wordt betaald voor een traject of per cliënt, omdat dit weinig administratieve last geeft en dan (in theorie) bij de dienstverlening kan worden ingespeeld op veranderende omstandigheden ('doen wat nodig is'). Ze signaleren echter dat er steeds meer randvoorwaarden ("kleine lettertjes") aan worden verbonden, waardoor er niet perse grotere administratieve lasten kleven aan heldere P*Q-financiering. De P(rijs) dient dat wel afdoende te zijn en rekening te houden met organisatiekosten.
- Zorgaanbieders krijgen op lokaal niveau te maken met verschillen in het declaratie-regime. Er wordt bijvoorbeeld verschillend omgegaan met een 'no show', dus met de vraag of mag worden gefactureerd als een cliënt niet komt opdagen of niet thuis is. Er dienen wat dit betreft instructies te worden verstrekt aan uitvoerders.

4.5 Vergelijkenderwijs: Wmo-zorg

Er komt bij de vergelijking van de beleidstheorie wat betreft jeugdzorg en Wmo-zorg in Deventer een duidelijk en belangrijk verschil in beeld. Bij de jeugdzorg wordt gewerkt met enkele tientallen jeugdzorg-aanbieders, waardoor goed in beeld kan worden gebracht hoe deze aanbieders functioneren en hoe het gaat met de kinderen die er zijn geplaatst. Er wordt samengewerkt met gecontracteerde aanbieders die zich hebben bewezen of die een kans krijgen om zich in Deventer te bewijzen. Vertrouwen moet een zorgaanbieder in Deventer dus (steeds weer) verdienen. Dit selectieve beleid geniet, in combinatie met preventief beleid om het volume van de gecontracteerde jeugdzorg te beheersen, politiek-bestuurlijke steun. Dit neemt niet weg dat het op onderdelen wezenlijk verschilt van de politiek-bestuurlijke lijn voor wat betreft Wmo-zorg. Een overeenkomst bestaat uit het organiseren van preventieve activiteiten. Er werd en wordt bij de aanbesteding gewerkt met de zogenoemde open house-methode. Dit houdt in dat een gemeente een contract met standaardvoorwaarden opstelt. Aanbieders mogen inschrijven op het contract als zij voldoen aan de gestelde voorwaarden. Er worden in Deventer geen opleidingseisen gesteld aan Wmo-zorgaanbieders. De gemeente meent namelijk dat aanbieders op basis van ervaring en opgedane kennis kunnen aansluiten bij behoeften van cliënten. Het idee is dat met een maatwerkvoorziening mogelijkheden in de eigen omgeving worden benut, zodat 'steunstructuren' in de

²⁵ We baseren ons op interviews met drie personen, werkzaam bij twee zorgaanbieders, dus dienen we eens lag om de arm te houden bij het generaliseren van de gepresenteerde bevindingen.

wijk blijven bestaan als de geïndiceerde zorg stopt. De assumptie is in Deventer dat vertrouwen de basis is voor de samenwerking tussen gemeente en gecontracteerde Wmo-aanbieders. Het betreft in Deventer ongeveer 130 zorgaanbieders. Dat zijn er volgens respondenten te veel om op kernpunten het overzicht te bewaren op het doen en laten van zorgaanbieders. Voorts bestaat het risico dat netwerken en personen die niet of nauwelijks een staat van dienst hebben wat betreft zorg, starten als zorgaanbieder en daarbij frauderen. Zie hoofdstuk 4.

Respondenten denken dat Deventer lering kan trekken uit het zogenoemde barrièremodel dat in de regio Twente wordt gehanteerd, met drie fasen (waarvan twee 'aan de voorkant'):

- *Fase 1: Strengere eisen aan de voorkant.* Bij de aanbesteding worden strengere eisen gesteld. Bij screening wordt getoetst of de inschrijvende aanbieder voldoet aan de selectie-eisen. Zorgaanbieders die in het verleden aantoonbaar hebben gefraudeerd of waar de kwaliteit ernstig ondermaats was, krijgen geen overeenkomst. Zorgaanbieders moeten aantonen dat ze financieel gezond zijn, en aan alle wettelijke verplichtingen voldoen. Tenslotte worden zorgaanbieders met aantoonbare banden met outlaw motorgangs uitgesloten
- *Fase 2: Pre-monitoring.* Van de gegunde aanbieders wordt een risicoschatting gemaakt op het gebied van rechtmatigheid en kwaliteit, op basis van vragen die aanbieders bij inschrijving beantwoorden. Er wordt onder andere gevraagd bestuurders een relevante (werk)achtergrond in de zorg hebben en of de organisatie voldoende (geschoold) personeel in dienst heeft om de zorg te kunnen leveren. Met zogenoemde pre-monitoring wordt ex ante ingeschat of de inschrijver feitelijk in staat zal zijn aan al de eisen en voorwaarden te voldoen en of deze in staat is kwalitatief goede zorg te bieden. Als risico's worden gezien, volgt nader onderzoek.
- *Fase 3: Stoplichtmodel.* De pre-monitoring gaat over in monitoring via een stoplichtmodel. Informatie over zorgaanbieders wordt afgezet tegen risico-indicatoren. Als een aanbieder slecht soort ('rood'), wordt nadere informatie opgevraagd, wordt de aanbieder bezocht of wordt onderzoek gestart.

Hoofdstuk 5

Toezicht, zorgfraude en informatie

Inleiding

Dit hoofdstuk gaat nader in op het toezicht op zorgfraude en op de informatie wat betreft fraude. Paragraaf 5.1 gaat in op de organisatie van de toezichtstaak, met aandacht voor het rechtmatigheidstoezicht door de gemeente Deventer en het kwaliteitstoezicht. Daarbij valt op dat rechtmatigheidstoezicht op de jeugdzorg in de praktijk niet wordt ingezet.²⁶ In paragraaf 5.2 wordt ingegaan op het type signalen waarop de uitvoeringsorganisatie stuit bij de jeugdzorg. Het gaat niet zozeer om fraude-signalen, maar om signalen over het mogelijk oneigenlijk weglekken van zorggeld. Er wordt een vergelijking getrokken met Wmo-zorg, waar de signalen wel betrekking op vermoedens van fraude. Paragraaf 5.3 gaat in op de informatie over zorgfraude.

5.1 Toezicht: de organisatie

5.1.1 Wettelijke opdrachten

Gemeenten leveren sinds 2015 op grote schaal jeugdhulp en Wmo-zorg. Het lokaal bestuur kreeg beleidsvrijheid om invulling te geven aan de decentrale zorg en daarvan heeft Deventer gebruik gemaakt. Naast handelingsruimte kregen gemeenten verantwoordelijkheden, waaronder het organiseren van toezicht en fraudebestrijding. De Jeugdwet (art 2.9) en Wmo 2015 (art 2.1.3) schrijven voor dat gemeenten, bij verordening, regels vaststellen ten behoeve van het rechtmatigheidstoezicht. De Wmo 2015 (art 6.1) vereist dat gemeenten toezichthouders aanstellen. In het kader van de Wmo 2015 ligt het kwaliteitstoezicht in handen van de gemeenten, maar wat de Jeugdwet betreft is dit een taak voor de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ).

Tabel 5.1: Enkele belangrijke bepalingen in de Wmo 2015 en Jeugdwet (Bron: VNG factsheet²⁷)

Wmo 2015

- De gemeente houdt toezicht op rechtmatigheid en kwaliteit.
- De gemeente is verplicht een toezichthouder aan te stellen, maar is vrij bij het bepalen van de omvang (in fte.) en positionering in de organisatie.
- De toezichthouder is verantwoordelijk voor calamiteitentoezicht.
- Toezicht op kwaliteit en rechtmatigheid kan worden gecombineerd of gescheiden, bijvoorbeeld kwaliteitstoezicht door de GGD en rechtmatigheidstoezicht door sociaal rechercheurs die zijn aangewezen als toezichthouder.
- De gemeente is verantwoordelijk voor het stellen van regels voor, en het handhaven van, de kwaliteit van de ondersteuning én voor de continuïteit daarvan.
- Per verordening stelt de gemeente kwaliteitseisen op over het bestrijden van misbruik en oneigenlijk gebruik.

Jeugdwet

- De gemeente is verantwoordelijk voor het rechtmatigheidstoezicht.
- Per verordening stelt de gemeente regels op over het bestrijden van misbruik en oneigenlijk gebruik.

²⁶ In artikel 20 van de verordening Jeugdhulp wordt aangegeven dat het college toezichthoudend ambtenaar kan aanwijzen. In artikel 7 besluit Jeugdhulp gemeente Deventer 2020 worden de sociaal rechercheurs van de gemeente Deventer door het college aangewezen als toezichthoudend ambtenaren voor de Jeugdwet. Juridisch is het dus wel georganiseerd, al vindt in de praktijk geen rechtmatigheidstoezicht plaats op de jeugdzorg.

²⁷ Bron: <https://vng.nl/sites/default/files/publicaties/2019/20190617-wettelijke-kaders-toezicht.pdf>

- Er is niet vastgelegd dat de gemeente een toezichthouder moet aanwijzen, maar de gemeente dient door de aanbieders ingediende declaraties te (laten) controleren alvorens te betalen.
- Het kwaliteitstoezicht wordt verricht door de IGJ.
- Gemeenten voeren het kwaliteitstoezicht niet uit, maar hebben wel een rol bij het doorgeven van signalen over (mogelijke) kwaliteitsproblemen.

5.1.2 De Deventer toezichtorganisatie

Organisatie

Het rechtmatigheidstoezicht op de Wmo is ondergebracht bij de vakgroep sociale recherche van het team inkomensondersteuning. De nota 'Dienstverlenend Handhaven. Handhavingsbeleid 2018-2022' (gemeente Deventer, 2018) vermeldt dat in deze collegeperiode jaarlijks € 310.000,- beschikbaar is voor "handhaven", hetgeen met name wordt besteed aan de formatie voor sociale recherche. Er is 6,46 fte beschikbaar, maar daar gaat 3,0 fte af vanwege de inzet voor derden (buurgemeenten), zodat er netto 3,46 fte beschikbaar is in Deventer, plus 1,61 fte administratieve ondersteuning. De sociaal rechercheurs richten zich niet alleen op Wmo-zorg, maar ook op Werk en Inkomen. Er is één sociaal rechercheur die zich toelegt op de Wmo en aldus optreedt als rechtmatigheidstoezichthouder. Sinds begin 2021 krijgt hij daarbij acht uur in de week ondersteuning van een sociaal rechercheur die zich in die tijd met name richt op beschermd wonen en maatschappelijke opvang. Er is geen rechtmatigheidstoezichthouder aangewezen voor de Jeugdwet.

Rechtmatigheid: signalen en onderzoeken

In Deventer bestaat het rechtmatigheidsonderzoek voornamelijk uit *signaal-gestuurde* bestuursrechtelijke onderzoeken. De meeste signalen over mogelijke zorgfraude komen binnen via het zogenoemde Meldpunt Zorg dat bereikbaar is via de website van de gemeente. De rechtmatigheidstoezichthouder beheert het mailadres met de meldingen samen met een collega. De meeste meldingen zijn afkomstig van Wmo-coaches van het team toegang.²⁸ Daarnaast worden klachten ingediend of signalen gemeld door zorgaanbieders of door cliënten. De meldingen worden bijgehouden op een signaleringslijst, waarop de inhoud van de melding wordt omschreven. Er wordt eens per maand overleg gevoerd door de zogenoemde casustafel. Dat is een overlegvorm onder voorzitterschap van de eerste toezichthouder, met verder als deelnemers: de andere toezichthouder (8 uur per week), de accountmanager sociaal domein, de manager Team Toegang Wmo, de Wmo-beleidsmedewerker, de GGD-kwaliteitstoezichthouder en de Wmo-contractmanager. De signalen worden besproken, net als de voortgang van de onderzoeken. Er wordt geprioriteerd welke casus in onderzoek worden genomen. Daarbij wordt gekeken naar de ernst van het signaal in combinatie met het volume van de zorg. Naast de casustafel is er - over de voortgang van de onderzoeken - tweewekelijks afstemmingsoverleg tussen de toezichthouder, de Wmo-beleidsmedewerker en de accountmanager sociaal domein.

Sinds 2019 geeft de signalenlijst een overzicht van de ontvangen signalen. Vanaf dat jaar zijn jaarlijks gemiddeld ongeveer 35 signalen geregistreerd. Die hebben allemaal betrekking op Wmo, waarbij de verdeling grofweg als volgt is: twintig signalen over gecontracteerde zorg en vijftien over pgb-zorg. Daarbij dient in acht te worden genomen dat ongeveer tien procent van de maatwerkvoorzieningen pgb-zorg betreft. Op jaarbasis worden tussen de tien en vijftien rechtmatigheidsonderzoeken uitgevoerd. Het zijn vaak lang lopende onderzoeken. Een onderzoek start met een Plan van Aanpak en een tijdsindicatie, waarna veldwerk wordt gedaan (op locatie), betrokkenen worden gehoord (zoals cliënten en bestuurders) en stukken worden opgesteld, inclusief een interventieadvies. Daarna kan het nog doorlopen, bijvoorbeeld als een bezwaarprocedure wordt gestart. Tabel 4.2 presenteert bondig drie casus; twee keer betreft het gecontracteerde zorg en één keer pgb-zorg in het kader van de Wmo.

Naast de signaal-gestuurde onderzoeken geeft de toezichthouder gestalte aan zogenoemde steekproef-controles. Per kwartaal worden daartoe ad random vijftien bsn-nummers geselecteerd bij vijftien

²⁸ Sociaal team is team toegang geworden. WMO-consulenten heten nu WMO-coaches.

verschillende Wmo-zorgaanbieders. Dan wordt opgevraagd: een zorg- en begeleidingsplan; ondertekende urenlijsten; en evaluatieverslagen. Er zijn te veel zorgaanbieders om een volledig inzicht op te bouwen, maar zo wordt afgetast hoe het er bij aanbieders aan toegaat. Een categorie levert alles op tijd in, met correcte detailinformatie, zoals urenlijsten met tijdstippen die zijn ondertekend door begeleider en cliënt, plus heldere evaluaties. Anderen leveren (eerst) niet aan. Er worden onvolledig documenten met tekortkomingen opgestuurd, met vage en onduidelijke informatie, zodat de zorg niet herleidbaar is. Daarop worden zorgaanbieders vervolgens aangesproken.

Casus 5: zorg met een crimineel luchtje

Een zorgaanbieder is elders in het land gevestigd en heeft een raamovereenkomst met de gemeente Deventer. Er komen signalen binnen dat cliënten onvoldoende zorg krijgen geleverd. Verklaringen over de geleverde zorg kwamen niet overeen met declaraties. Als cliënten lange tijd in het buitenland waren, werd toch gedeclareerd. Naast onjuiste declaraties werden cliënten onheus bejegend. Uit bankafschriften bleek dat veel contant geld werd opgenomen, hetgeen de bestuurder van de zorgaanbieder niet kon verantwoorden. Een kopstuk in de onderwereld kwam naar boven, want die had een link met de zorgaanbieder. De bestuurder lijkt een stroman die naar voren is geschoven om tot een raamovereenkomst te komen. Criminelen in het netwerk rondom de bestuurder incasseerden zorggeld en werden onder meer in verband gebracht met witwassen en drugscriminaliteit. Deze casus is bijzonder, want de combinatie van zorgfraude met ondermijnende criminaliteit komt zelden in beeld. Vanwege deze combinatie werd de casus niet behandeld door de casustafel Wmo-zorg, maar werd een casustafel georganiseerd door het team veiligheid van de gemeente, waaraan onder meer het RIEC en de politie deelnamen.

Casus 6: ontoereikende zorg

Een zorgaanbieder met meer dan twintig cliënten in Deventer leverde ontoereikende zorg. Bij enkele cliënten is aangetoond dat er groepsbegeleiding werd geleverd in plaats van (duurdere) individuele begeleiding. Cliënten werden onheus bejegend. De gecontracteerde zorgaanbieder werkte met onderaannemers. De zorgplannen waren onduidelijk geformuleerd. De raamovereenkomst is ontbonden.

Casus 7: pgb-spookzorg

Een cliënt kreeg op basis van een pgb begeleiding en huishoudelijke hulp, plus op basis van de Zvw verpleging. Er wordt gesignaleerd dat er geen zorgverlener bij de cliënt komt. In het SVB-portal waren declaraties zichtbaar. De cliënt had iemand gecontracteerd, maar op de tijden dat er zorg zou moeten worden geleverd, kwam er geen zorgverlener. De zorgverlener verklaarde de cliënt lange tijd niet was bezocht, terwijl wel werd gedeclareerd.

In 2017 haalde een zorgaanbieder die actief was in Deventer de landelijke media vanwege opzichtige fraude. Op het hoogtepunt leverde de stichting Vivence zorg aan 120 licht verstandelijk gehandicapte jongeren. Dit ging gepaard met forse geldstromen die - zo melden open bronnen - voor een aanzienlijk niet aan zorg werden besteed, maar weglekte en werden gebruikt voor privé-uitgaven. De Stentor berichtte er uitgebreid over.

Casus 8: stichting Vivence

Darryl N. (39) gedroeg zich alsof Zorg Stichting Vivence - onder andere actief in Deventer en Borculo - zijn bedrijf was 'waar hij naar believen geld uit kon halen', aldus zijn boekhouder. En dat deed de Rotterdammer ook. Bovenop zijn salaris van 180.000 euro betaalde de zorgbestuurder zichzelf nog eens vele tonnen uit. Geld dat opging aan dure horloges, auto's, sieraden en reizen. (...) Op het hoogtepunt gaf het nu failliete Vivence zorg aan 120 licht verstandelijk gehandicapte jongeren, onder meer in Deventer en Borculo. „Hij deed goed werk. Iedereen was trots op Darryl. Zijn familie, de kerkelijke gemeenschap waarvan we beide sinds onze geboorte deel uitmaken.” De inspectie voor de Gezondheidszorg was overigens niet altijd overtuigd van deze goede zorg en stelde de locatie in Borculo in 2015 onder verscherpt toezicht. (...) Waarom kreeg hij al dat extra geld bovenop zijn inkomen van 180.000 euro? „Dat is toch al een mooi bedrag”, aldus de rechter. Het waren vergoedingen voor 'outsourcing' en 'advieswerk', maar advies aan wie dan? „Aan mijzelf”, zegt N. met een lach. Om zichzelf te corrigeren: „Aan het bedrijf.” (...) Het geld ging naar N. via een wirwar aan facturen, onder meer van bedrijven waar hij nooit werkte. Met zoveel uren erop, dat de account dacht dat er meer mensen voor het bedrijf werkten. De tonnen werden gestort op de rekening van zijn vriendin. Het roept vragen op bij de rechter: „De gedachte dringt zich op of u deze constructie

bedacht om te verdoezelen dat u boven de Balkenendenorm verdiende.” N. houdt vol dat hij niet wist dat dit ‘verkeerd was’. N. wordt op 18 december 2017 veroordeeld tot 4 jaar gevangenisstraf voor fraude.

Bronnen (letterlijk geciteerd: <https://www.destentor.nl/deventer/zorgbazen-vivence-voor-de-rechter-wegens-zelfverrijking~a2d0c314/> en <https://www.tubantia.nl/achterhoek/vier-jaar-cel-voor-zorgbaas-vivence-die-leefde-als-popster~ac5ef12f/>)

Er komen vanuit de gemeentelijke organisatie sinds 2019 geen signalen binnen bij de toezichthouder over mogelijke zorgfraude met jeugdzorg. Dat is deels simpelweg omdat het meldpunt bekend staat als Wmo-meldpunt. Inmiddels wordt de toezichthouder wel zo nu en dan vanuit het Team Toegang Jeugd gepolst of hij een rechtmatigheidsonderzoek uit zou kunnen voeren naar jeugdzorg. Dit is interessant, omdat het wat betreft de jeugdzorg de vraag oproept waar de grens ligt tussen aan de ene kant de alertheid, monitoring, informatieverzameling en bijsturing door het Team Toegang Jeugd (in samenspel met beleidsmedewerkers en de backoffice), en aan de andere kant situaties waar bevoegdheden van een sociaal rechercheur en een rechtmatigheidsonderzoek wenselijk of nodig zijn. Er zijn namelijk wel signalen, al hebben die eerder betrekking op oneigenlijk gebruik dan op zorgfraude (zie paragraaf 4.2).

Er zijn wel van buitenaf twee signalen over mogelijke zorgfraude met jeugdzorg gemeld bij de Wmo-toezichthouder. Vanuit het SVB-portal werd een minicasus over pgb-jeugdzorg onder de aandacht gebracht (**casus 9**). Een ander signaal kwam van het IKZ en had betrekking op een grote zorgaanbieder die actief is op verschillende zorgdomeinen, al betrof de signalering specifiek jeugdzorg aan Deventer cliënten. Er was namelijk gesignaleerd dat op een locatie waar maatwerkvoorzieningen in het kader van de Jeugdwet zouden worden geleverd, niemand kwam (**casus 10**). Als het om Wmo-zorg had gegaan, was het signaal hoogstwaarschijnlijk geprioriteerd, maar er is in Deventer geen capaciteit en mandaat beschikbaar voor rechtmatigheidsonderzoek naar jeugdzorg. Er is daarom geen rechtmatigheidsonderzoek uitgevoerd. Dat wijst op een lacune in het Deventer stelsel voor jeugdzorg: er is niet voorzien in rechtmatigheidsonderzoek.

Sinds 2019 zijn er tot op heden twee signalen vanuit het RSJ doorgezet naar de rechtmatigheidstoezichthouder in Deventer. In beide gevallen betrof het geen Wmo-zorg of jeugdzorg, maar zorg in het kader van de Wlz (**casus 11 en 12**). Het betrof in beide casus een combinatie van zorg en wonen, waarbij kamers werden verhuurd aan zorgcliënten. Deze vorm van zorg is gevoelig voor fraude of manipulatie, omdat schaarste aan woonruimte zorgcliënten onder druk zet: zonder zorgindicatie dreigen ze hun woonruimte te verliezen.²⁹ Met woonruimte worden kwetsbare jongeren aangetrokken die geen woonruimte kunnen vinden.

Vergelijkenderwijs: signalen over mogelijke zorgfraude met Wmo-zorg

Respondenten benoemen de volgende elf signalen over mogelijke zorgfraude bij Wmo-zorg in Deventer:

- a. Bijna maximaal declareren, terwijl dat niet realistisch is.
- b. Spookzorg: niet-geleverde zorg declareren, bijvoorbeeld als cliënten in het buitenland verblijven of vanwege een feestperiode geen zorg ontvangen.
- c. Stromanconstructie: personen worden door frauderend netwerk naar voren geschoven als bestuurder en contactpersoon met de gemeente.
- d. Ontoereikende zorg: onrechtmatig bezuinigen op de personele inzet. Bijvoorbeeld zorg aan te grote groepen, dus met een te grote span of control.
- e. Creatief boekhouden: kosten onterecht declareren als zorg, zoals kantoorkosten.
- f. Complexe bedrijfsstructuren hanteren die rechtmatig zijn, maar vermoedelijk worden gebruikt om geldstromen en winsten te maskeren.
- g. Cliënten (soms vergaand) onder druk zetten, gebruik makend van problemen waarmee cliënten te maken krijgen als de zorg niet wordt gecontinueerd.
- h. Bewust behaalde resultaten niet melden, zodat de zorg (op hetzelfde niveau) wordt gecontinueerd, zonder dat de actuele situatie daartoe aanleiding geeft.

²⁹ Zie een onderzoek van het IKZ (xxx) over misstanden met beschermd wonen.

- i. Doelverschuiving: werken aan andere doelen dan staan genoemd in het ondersteuningsplan, terwijl dit onnodig is of zou kunnen met goedkopere zorg dan wordt geleverd. Doorgaan met betaalde zorg leveren wordt een doel op zich.
- j. Cliënten ronselen die beïnvloedbaar zijn, als opmaat naar winstgevende zorgfraude.
- k. Zorgaanbieders die alleen of voornamelijk zware zorg willen leveren (zogenoemde Basis Plus), terwijl dat niet past bij de doelen en problemen van de cliënt.

Kwaliteitstoezicht

Er is door de IGJ één kwaliteitsonderzoek uitgevoerd naar een jeugdzorg-aanbieder in Deventer. Dat is niet alleen getalsmatig klein, maar het betreft ook een niet-openbaar onderzoek waarvan wij kennis hebben kunnen nemen. Dit landelijke IGJ-toezicht op de jeugdzorg verschilt van de wijze waarop de GGD in de regio IJsselland werkt bij kwaliteitstoezicht op Wmo-zorg, want die maakt sinds 1 april 2020 rapporten openbaar. Bij de GGD IJsselland werken drie kwaliteitstoezichthouders en er staat een vacature uit voor een vierde. De GGD geeft gestalte aan het zogenoemde calamiteitentoezicht en aan signaal-gestuurd toezicht dat wordt opgestart op basis van signalen over mogelijke kwaliteitstekorten. De onderstaande tabel beschrijft twee in Deventer uitgevoerde en openbaar gemaakte kwaliteitsonderzoeken, uitgevoerd in opdracht van de gemeente Deventer.

Naast signaal-gestuurd kwaliteitsonderzoek geven GGD-organisaties, door het land, gestalte aan twee andere vormen van toezicht, namelijk themagericht onderzoek (een bepaalde vorm van zorg wordt bijvoorbeeld onderzocht) of risico-gestuurd onderzoek (de selectie van het type aanbieder of zorg dat wordt onderzocht, wordt bepaald op basis van inzichten in kwaliteitsrisico's). Vanwege de 'toezichtdrukte' voor de drie toezichthouders ging bijna alle tijd zitten in signaal-gestuurd onderzoek. Er is inmiddels gekozen om daarnaast invulling te geven aan thema-gericht onderzoek, met als eerste thema ambulante dienstverlening.

Casus 13: beschermd wonen (Humanitas DMH)

De GGD IJsselland heeft in 2021 een signaal-gestuurd onderzoek uitgevoerd bij stichting Humanitas DMH. Deze landelijk werkende stichting levert op twee locaties in Deventer, namelijk aan de Waterjuffer en op de J.P. Thijsseweg (met beiden 22 appartementen), beschermd en beschut wonen. Het betreft deels Wmo-zorg. De GGD concludeert dat de zorg "grotendeels" voldoet aan getoetste voorwaarden wat betreft cliënten, personeel en veiligheid. Er zijn verbeteringen nodig wat betreft: 1.) de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling; en 2.) calamiteiten en meldingsplicht. Ook worden twee aandachtspunten benoemd, namelijk: 1.) blijvende aandacht voor een gerichte rapportage op de doelen in het ondersteuningsplan; en 2) de geldigheidstermijn van verklaringen omtrent gedrag.

Casus 14: ambulante ondersteuning (Maatschap Wijkzorg Deventer)

Wijkzorg Deventer is gecontracteerd door de gemeente Deventer (en Olst-Wijhe) voor ambulante ondersteuning. In 2017 en 2018 heeft de GGD ook toezichtonderzoek verricht, hetgeen resulteerde in een door de gemeente Deventer opgezet verbetertraject. Dat was aanleiding om in 2020 opnieuw onderzoek te doen. Tijdens het inspectieverzoek wordt grotendeels voldaan aan getoetste volwaarden, al is dat op twee punten "deels" het geval. Over de continuïteit van personeel en ondersteuning stelt de GGD: "Van de aanbieder wordt verwacht dat er maatregelen worden getroffen ten aanzien van vervanging bij afwezigheid." De aanbieder is namelijk de enige zorgverlener en gedurende het hele traject de vaste contactpersoon. Wat passende scholing betreft, constateert de GGD: "De aanbieder vertelt geen scholing te hebben gevolgd. Het is belangrijk dat er uitvoering wordt gegeven aan een scholingsplan."

Bronnen: GGD IJsselland, Humanitas DMH (Beschermd wonen), 30 juli 2021; GGD IJsselland, Maatschap Wijkzorg Deventer (Ambulante ondersteuning), 21 december 2020. Citaten ontleend aan deze rapporten.

5.2 De aard van signalen over jeugdzorg: eerder oneigenlijk dan frauduleus

5.2.1 Wat (wel) wordt gesignaleerd: organisatie-tactieken

Respondenten die actief zijn in de (uitvoerings-)organisatie die in Deventer gestalte geeft aan de jeugdzorg, signaleren mogelijke oneigenlijke praktijken. Deze signalen verschillen met het geijkte beeld van zorgfraude door “zorgcowboys”: kleine zorgaanbieders die, zonder affiniteit met zorg, starten als aanbieder van Wmo-zorg om met zorgfraude grove winsten te boeken (Van der Torre en Heijkoop, 2020). Daarbij gaat het eerder om pgb-zorg dan om gecontracteerde zorg. Cliënten worden geronseld en beïnvloed, waarna ze worden gekoppeld aan een winstgevend zorgproduct. Er wordt verdiend aan ontoereikende zorg. Kleine aanbieders kunnen een forse winst boeken. In interviews wordt niet gewezen op zorgcowboys. Respondenten wijzen, op hoofdlijnen, wel op twee andere risico’s wat betreft het weglekken van zorggeld, ook in Deventer.

In de *eerste plaats* “cowboymanagers” van zorgaanbieders die bij behandelaars aansturen op indicatiemaximalisatie (b.v. ‘zware zorg’ indiceren, bij een ‘lichte’ indicatie een indicatie erop stapelen of continuïteit van de indicatie) en op optimalisatie van de personele inzet: minder (gekwaliceerd) personeel inzetten.

In de *tweede plaats* bestaan zorgen over gecommmercialiseerde managers. Dat zijn bestuurders en managers van zorgaanbieders die actief een product in de markt zetten en daarbij met succes streven naar hoge scores op cliënt-tevredenheid en andere prestatie-indicatoren in de zorg. Er wordt niet gefraudeerd, want er wordt geleverd wat wordt beloofd, maar respondenten met materiekennis twijfelen aan: 1.) de noodzaak van de zorg, en/of 2.) de vraag of cliënttevredenheid en hoge prestatiescores gepaard gaan met daadwerkelijke effecten. In feite raken deze zorgen aan een meer fundamentele vraag: is commercialisering van de jeugdzorg verstandig? Die vraag reikt verder dan onze opdracht en polsstok, al staat de relevantie ervan buiten kijf.

De zorgen en signalen van respondenten wijzen op organisatietactieken die ertoe kunnen leiden dat zorggeld weglekt. Het gaat daarbij eerder om oneigenlijk gebruik (rechtmatige declaraties in strijd met de bedoeling), dan om zorgfraude. Al is het maar omdat zorgfraude in de Deventer jeugdzorg niet aangetoond kan worden bij gebrek aan een toezichthouder rechtmatigheid. In de interviewronde worden dertien tactieken of werkwijzen van jeugdzorgaanbieders gesignaleerd, waarmee wordt geprobeerd de zorgkosten (en de omzet) mogelijk oneigenlijk laten stijgen:

- a. Indicaties stapelen. Er wordt door de toegangsorganisatie een indicatie afgegeven voor een breed opgezet zorgtraject. Bijvoorbeeld 24-uurs zorg, inclusief behandeling, conform het afgesloten contract. Na korte tijd, bijvoorbeeld een half jaar, wordt een extra indicatie aangevraagd voor aanvullende activiteiten, zoals speltherapie of traumabehandeling. De indruk bestaat dat het niet of gedeeltelijk gaat om noodzakelijke zorg. Dit is deels het resultaat van zorgmanagers die sturen op kosten en inkomsten, zo denken respondenten. Ook heeft het te maken met een verschil in visie. Deventer zoekt naar bevredigende resultaten, terug naar (zelfredzaamheid) in het normale leven. Terwijl zorgaanbieders eerder wensen te optimaliseren, hetgeen kan stoelen op goede bedoelingen.
- b. Achteraf beschikken. Zorgaanbieders starten met het leveren van extra diensten en na verloop van tijd vragen ze om een indicatie. Zo wordt een soort voldongen feit gepresenteerd bij toegangsmedewerkers: er is geleverd en nu dient te facturatie te worden georganiseerd.
- c. Schaarste aan jeugdzorg uitspelen. Het past bij de bestuurlijke en ambtelijke stijl in Deventer om scherp en restrictief te indiceren en om zo nodig aanbieders bij te sturen. Echter, bepaalde vormen van jeugdzorg zijn schaars: er zijn weinig aanbieders en wachtlijsten. Dit geeft zorgaanbieders een stevige positie. Om die reden wordt op bepaalde momenten contrecoeur achteraf beschikt of een indicatie gestapeld: “Je bent als gemeente afhankelijk van zorgaanbieders. Ze kunnen kinderen in

andere gemeenten voorrang geven. Als gemeente heb je in bepaalde situaties geen andere keuze." Als een zorgaanbieder een schaars product levert en (bijna) vol zit, kunnen aanbieders voorwaarden stellen. De voorwaarde luidt bijvoorbeeld dat dit mogelijk is tegen het hoogste tarief, terwijl dat niet per se nodig is of dat althans nog onduidelijk is: *"Ze hebben plek, maar alleen voor het dure tarief."*

- d. Acquireren en dan kijken of er plaats is. Zorgaanbieders bieden een jeugdige een kostbare plaats, ook zonder dat er meteen of op korte termijn personele ruimte is om te starten met de specialistische behandeling. Dit resulteert in betaling van niet-geleverde zorg: *"Als je zegt dat je een passend aanbod hebt, dan moet de aanbieder de afspraak nakomen. Ze draaien het om."*
- e. De expert vindt het nodig: druk van de ouders. Zorgaanbieders vertellen ouders dat het continueren of opschalen van de zorg nodig is, maar dat de gemeente weigert mee te werken. De gemeente vindt bijvoorbeeld dat de zelfredzaamheid voldoende is versterkt om de specialistische zorg af te schalen of te stoppen. Het valt moeilijk in te schatten of het gaat om een oprecht meningsverschil of om een budgettactiek van de aanbieder. Het legt het hoe dan druk op toegangsmedewerkers.
- f. De gemeente tegenover ouders voor het blok zetten. Het komt voor dat gemeente, ouders en zorgaanbieder spreken over het continueren of wijzigen van de zorg. In zo'n gesprek wordt verkend wat de aard van de zorg zal worden, maar het is niet het moment om te spreken over het concrete budget (tarief en capaciteit) dat wordt besteed. Dat is een zaak tussen gemeente en aanbieder, al komt het voor dat aanbieders de gemeente - in aanwezigheid van ouders - voor het blok zetten om ter plekke over de brug te komen met het budget: *"Er zijn zorgaanbieders die het blijven doen."*
- g. Eerst (nog) een diagnose. Nadat een uitgebreide screening is uitgevoerd door het Team Toegang Jeugd, wordt door de aanbieder mogelijk nog een diagnose uitgevoerd. Dat kan een logisch en functioneel begin zijn van een zorgtraject, maar respondenten signaleren drie problemen: 1.) de diagnose duurt lang (b.v. 60 uren) en dat gaat af van het zorgbudget: *"Ik kan in twee minuten vertellen wat het kind mankeert."*; 2.) de diagnose wordt extra in rekening gebracht, terwijl de gemeente vindt dat het een onderdeel is van het ingekochte zorgpakket; 3.) de diagnose mondt uit in stapeling als wordt geconstateerd dat extra zorg nodig is, terwijl diagnose en zorg door dezelfde (markt)partij worden geleverd.
- h. Commerciële standaardisatie versus de behoefte aan maatwerk. De toegangsorganisatie zoekt naar maatwerk dat past bij de cliënt. Zeker als er de nodige vooruitgang is geboekt na een kostbaar specialistisch traject van zes maanden of een jaar. Het past binnen de Deventer visie als bij toegenomen zelfredzaamheid ambulante begeleiding wordt ingepast in het gewone leven. Ook als langdurige behandeling juist helemaal geen effect heeft, kan aanpassing nodig zijn. De zoektocht naar maatwerk botst echter met de standaardisatie bij zorgaanbieders: *"Ik zou willen dat ze creatiever waren, zeker als een kind al lang wordt behandeld en dit geen effect heeft."*
- i. Jeugdzorg als vaste (resultaatarme) voorziening. Er wordt gesignaleerd dat jeugdzorg een soort vaste vorm kan krijgen, zonder dat resultaten worden geboekt. Er zijn omstandigheden waaronder dit voorstelbaar is, al worden in Deventer bij langdurige zorg vragen gesteld over de blijvende noodzaak. Kan worden afgebouwd vanwege vooruitgang? Of kan wellicht dure zorg worden afgeschaald, omdat het geen meerwaarde blijkt te hebben? Bijvoorbeeld bij autisme is het de vraag welke zorg nodig is, wat kan worden bereikt en wat problemen zijn die in het alledaagse leven (met lichtere begeleiding) kunnen worden opgevangen? Dit resulteert in debat en overleg: *"We begrijpen dat veel ouders en kinderen lange tijd begeleiding nodig hebben. Het is voor ouders lastig om te accepteren dat er problematiek blijft en dat je daar mee moet zien om te gaan."* Als wordt doorgevraagd naar de aard

en kwaliteit van de zorg die jarenlang wordt geleverd, kunnen ambtenaren stuiten op tekorten bij kostbare (en resultaatarme) zorg.

- j. Dure specialistische zorg voor eenvoudige werkzaamheden. Respondenten signaleren dat dure (hoogopgeleide) krachten soms voor eenvoudige werkzaamheden worden ingezet. Bijvoorbeeld bij verstandelijk beperkte cliënten met een redelijke zelfredzaamheid.
- k. Ontoereikende zorg. Er zijn langs drie lijnen (zachte) signalen en mogelijkheden om ontoereikende jeugdzorg te leveren, namelijk: 1.) goedkopere krachten inzetten dan worden ingekocht; 2.) minder personeel inzetten of minder uren zorg leveren dan is ingekocht; of 3.) activiteiten declareren die niet in rekening mogen worden gebracht. Dergelijke praktijken vallen echter lastig of niet aan te tonen vanuit de toegangsorganisatie: *“Met gecontracteerde zorg kan je makkelijk frauderen. Wij geven een beschikking af, maar weten niet wat er precies wordt gedeclareerd.”*
- l. Kort en goed (geëvalueerd): wat wil je nog meer? Er worden zorg-formules in de markt gezet die veel beloven, zoals kortlopende trajecten waarbij kinderen van nare problemen worden afgeholpen. De zorg is goed georganiseerd, de facturen zijn in overeenstemming met de (regionale) afspraken en de cliënt-tevredenheid ligt hoog, getuige onder meer beoordelingen op het internet. Dit klinkt perfect, maar is dat ook zo? Kan met een kortlopende (dure) interventie wel een blijvend resultaat worden bereikt? Heeft de tevredenheid betrekking op een korte termijneffect dat al snel weer wegebt? Is het dure zorgpakket zijn geld waard of is het een commerciële en gestandaardiseerde interventie die weinig zoden aan de dijk zet? We stuiten op dit soort vragen, maar zijn niet in staat om ze te beantwoorden.
- m. Ruimte zoeken in het financieringssysteem. De Deventer uitvoeringsorganisatie is tot de conclusie gekomen dat trajectfinanciering resulteert in ondoelmatige zorg, omdat zorggeld weglekt. Op basis van een de zorgvraag wordt een zorgprofiel (een product) als uitgangspunt genomen en daarvoor krijgt de aanbieder een vast bedrag, waarbij de precieze personele inzet mag variëren, zolang de resultaten worden behaald. De theorie is dat de aanbieder kan inspelen op de veranderende hulpbehoefte van jeugdigen door de kwantiteit en kwaliteit van de zorg te variëren. In de praktijk werd volgens respondenten te vaak niet richting het kind geoptimaliseerd, maar geredeneerd vanuit de personele en financiële situatie en belangen van de aanbieder: *“In de praktijk horen we de aanbieder alleen als ze boven het budget uitkomen.”* De consequentie was dat *“voor zorg wordt betaald zonder dat duidelijk is wat precies door wie wordt geleverd.”* Om die reden stapte Deventer over op P*Q-financiering. Het volume wordt beheerst door de toegangsorganisatie en in samenwerking met huisartsen en onderwijsinstellingen. Er ontstaat kan discussie ontstaan met aanbieders over wat precies dient te worden geleverd binnen de P(rijs). Valt de diagnose daar bijvoorbeeld onder?

Casus 15: interne problemen en goede bedoelingen

Een zorgaanbieder die veel zorg levert, kampt al langere tijd met intern-organisatorische problemen. Er bestaat een lange relatie tussen de gemeente en deze aanbieder. Er wordt uitgegaan van goede bedoelingen van de aanbieder. Het bijsturen en opstarten van zorgtrajecten kost echter veel tijd en energie van de toegangsorganisatie van de gemeente Deventer. Dat roept de vraag op of er in toekomst jeugdigen zouden moeten worden geplaatst.

Casus 16: wie levert de zorg en wat is nodig?

Omtrent een dienst van een zorgaanbieder vraagt de gemeente Deventer zich af of het nodig is om HBO-gekwalificeerd personeel in te zetten. Respondenten vragen zich ook af of dit daadwerkelijk gebeurt. Ze willen dit bijsturen naar eenvoudiger zorg die goedkoper is en waarmee dezelfde resultaten worden geboekt.

Casus 17: wat zit in de 'P'?

Met een zorgaanbieder ontstond discussie over de vraag welke activiteiten nu precies dienen te worden geleverd, als onderdeel van de vastgestelde prijs. Valt een diagnose daar bijvoorbeeld onder. De aanbieder en gemeente Deventer verschillen van mening. Het RSJ is voornemens om de 'P' beter te omschrijven, zodat in de toekomst duidelijkheid wordt verschaft.

Casus 18: kostenbeheersing bij dyslexiezorg

Respondenten constateren dat (rechtmatig) hoge tarieven worden betaald voor dyslexiezorg, hetgeen twee vragen oproept: kan de 'P' (prijs) naar beneden bijgesteld worden of kan de 'Q' (volume) worden gereduceerd door lichtere vormen van dyslexiezorg in te bedden in het onderwijs en/of door op enig moment te accepteren dat (na aanvullende dyslexiezorg) resterende leesproblemen deel uitmaken van het normale leven.

5.2.2 Het Deventer model voor jeugdzorg: rechtmatigheidstoezicht als blinde vlek

Er worden door respondenten al met al veel signalen benoemd. Het gaat daarbij vrijwel steeds over de vraag of zorggeld doelmatig wordt besteed. De opsomming in 5.2.1. getuigt van scherpe sturing op de kosten die in Deventer worden gemaakt met jeugdzorg. Zo bezien is het een gunstig teken dat dit soort patronen scherp op het netvlies staat. Het is de vraag wat nu precies de status is van de signalen. Voor een deel lijkt het te gaan om functionele spanningen en discussies met zorgaanbieders, in die zin dat in alle scherpste duidelijk wordt wat er speelt en staat te gebeuren. De toegangsorganisatie verkoopt 'nee', er wordt een middenweg gevonden (bijvoorbeeld een traject starten en nauwgezet evalueren) of de toegangsorganisatie stemt in omwille van het kind en/of vanwege redelijke argumenten van de aanbieder. Bijvoorbeeld als achteraf wordt beschikt voor (deels) reeds geleverde zorg. Andere signalen wijzen op systematische problemen in de jeugdzorg. Die kunnen hooguit in Deventer worden beteugeld, maar niet worden opgelost, zeker niet op de werkvloer van de toegangsorganisatie. Wat dit betreft kan worden gedacht aan een commerciële focus van een categorie zorgaanbieders op meetbare zorgprestaties. En aan schaarste aan specialistische jeugdzorg, waardoor een (te?) hoog tarief wordt betaald om een kind toch vooral te plaatsen. Of waardoor weinig kan worden gedaan als een kind wel is geplaatst, maar de jeugdzorg nog (maanden) op zich laat wachten vanwege een wachtlijst. Er is ook een categorie signalen die zich op het snijvlak bevindt van ondoelmatige jeugdzorg, oneigenlijk gebruik (rechtmatige declaraties in strijd met de geest van wet en beleid) en zorgfraude. Het gaat hierbij onder meer om het langere tijd niet leveren van geïndiceerde zorg vanwege personele problemen en om signalen over ontoereikende zorg.

Bij trajectfinanciering kan zorgfraude niet snel worden aangetoond, omdat een aanbieder binnen het traject 'kan doen wat nodig is' wat betreft de personele inzet, al is er dan juist – volgens respondenten veel – ruimte voor oneigenlijk gebruik. Dat is het geval als de personele inzet (kwantitatief of kwalitatief) wordt teruggedraaid zonder dat dit kan worden gerechtvaardigd door de actuele zorgbehoefte of door reeds behaalde resultaten. De bedrijfsvoering van de aanbieder wordt dan geoptimaliseerd en niet de zorg.

Bij P*Q-financiering zal er - vanwege grotere duidelijkheid over datgene wat door een aanbieder moet worden geleverd - eerder een moment aanbreken dat er signalen zijn over mogelijke zorgfraude. Op een gegeven ogenblik loop het doorvragen, uitzoeken en bijsturen door de Deventer uitvoeringsorganisatie tegen grenzen aan, bijvoorbeeld omdat behoefte bestaat aan het opvragen en controleren van facturen. Dat zijn activiteiten die beter in handen kunnen worden gelegd van een toezichthouder die tevens sociaal onderzoeker is. In Deventer wordt in de praktijk geen toezichthouder ingezet in het kader van de Jeugdwet, al is het een logisch sluitstuk op de onderzoekende en bijsturende stijl van de toegangsorganisatie en *backoffice*. De toezichthouder beschikt over bevoegdheden (stukken vorderen, observeren en verhoren) om vast te stellen wat er speelt, inclusief waarborgen omtrent het handelen richting zorgaanbieder. Het ontlast de toegangsorganisatie van een lastige dubbelfunctie: (erg) kritische vragen stellen aan een zorgaanbieder en tegelijkertijd een relatie onderhouden, omdat de aanbieder aan jeugdigen zorg verleent.

5.3 De informatiepositie

Wat is de stand van zaken met betrekking tot de informatiepositie over zorgfraude in Deventer? Op hoofdlijnen kan worden gesteld dat meer bekend is over zorgfraude met Wmo-zorg dan die met jeugdzorg. Bij jeugdzorg (deels afhankelijk van de aard van de zorg) kijken meer partijen mee over de schouders van een kleiner aantal aanbieders, zoals ouders, toegangsmedewerkers, onderwijsinstellingen of huisartsen. Voor grove zorgfraude en zorgverwaarlozing bestaat minder ruimte, zeker vanwege de professionele alertheid en monitoring in Deventer. Verder is ook meer bekend over zorgfraude met Wmo-zorg omdat voor de Wmo een meldpunt is ingericht en rechtmatigheidsonderzoek wordt uitgevoerd. Bij de jeugdzorg ontbreekt dat. De consequentie is dat mogelijke zorgfraude met jeugdzorg niet als zodanig wordt benoemd en gelabeld, maar wordt aangepakt en afgehandeld als een uitvoeringsprobleem in de jeugdzorg.

Wat betreft de informatiepositie over zorgfraude komen de volgende aandachtspunten of knelpunten in beeld:

- Er is geen meldpunt voor mogelijke zorgfraude met jeugdzorg.
- Er is geen toezichthouder (tevens sociaal onderzoeker) actief wat betreft rechtmatigheidsonderzoek naar jeugdzorg.
- Als een combinatie van zorgfraude met ondermijnende criminaliteit wordt vermoed (tot op heden enkele signalen en één casus wat betreft Wmo-zorg), bestaan daartoe geen werkprocessen wat betreft informatiedeling tussen sociaal domein en openbare orde en veiligheid. Het is de vraag of daartoe een privacy-protocol dient te worden opgesteld. Als informatie wordt gedeeld met RIEC, politie en justitie, gebeurt dit op basis van het RIEC-convenant. Het RIEC Oost-Nederland heeft zorgfraude benoemd als handhavingsknelpunt.
- De huidige capaciteit van het rechtmatigheidstoezicht op Wmo-zorg (1 medewerker, plus een medewerker voor acht uur per week die zich richt op beschermd wonen en maatschappelijke opvang) is laag in relatie tot de werkvoorraad. Het is met de huidige capaciteit redelijkerwijs niet mogelijk om de taak uit te breiden tot rechtmatigheidsonderzoek naar jeugdzorg.

Hoofdstuk 6

Samengevat: in antwoord op de onderzoeksvragen

Inleiding

Met de invoering van de Jeugdwet en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015 is het takenpakket van gemeenten aanzienlijk uitgebreid. De decentralisatie werd onder meer doorgevoerd om beter maatwerk te leveren en om de relatie met de cliënten te intensiveren. In direct contact met de cliënt kan, zo was de beleidstheorie, gebruik gemaakt worden van zelfredzaamheid om onnodige escalatie van de problematiek (en zorgkosten) te voorkomen. 'Meer voor minder' was de bedoeling; effectiever en goedkoper, want de decentralisatie ging gepaard met bezuinigingen. In Deventer worden deze doelstellingen gerealiseerd, want er is geen financieel tekort bij de jeugdzorg, en dat is bijzonder. De verklaring schuilt deels in de voorgeschiedenis: er wordt al bijna vijftig jaar geïnvesteerd in wijkgericht werken en in voorliggende zorg en de huidige beleidstheorie op de jeugdzorg bouwt voort op een visiedocument en op werkwijzen die vanaf ongeveer 2010 gestalte krijgen. Deze gunstige context kleurt onze bevindingen die in dit hoofdstuk, in antwoord op de onderzoeksvragen, worden samengevat. Daarbij worden vergelijkingen getroffen tussen jeugdzorg en Wmo-zorg. Paragraaf 6.1 gaat in op de relatie tussen het gevoerde beleid (in Deventer en door het Regionaal Serviceteam Jeugd IJsselland) en zorgfraude. Paragraaf 6.2 gaat over de gelegenheidsstructuren voor zorgfraude. Bij de jeugdzorg in Deventer gaat het overigens eerder om oneigenlijk gebruik (rechtmatige declaraties in strijd met de bedoeling) dan om zorgfraude. Paragraaf 6.3 beschrijft hoe dat gestalte krijgt. Tot slot formuleert paragraaf 6.4 aanbevelingen.

6.1 Beleid

Welke beleidsmatige en organisatorische maatregelen worden door de gemeente Deventer en door het Regionaal Serviceteam Jeugd IJsselland (RSJ) getroffen ten behoeve van de bestrijding (preventief of reactief) van zorgfraude in de jeugdzorg?

Wat betreft de beleidsvraag formuleren we vier hoofdconclusies, namelijk:

- 1) *Een visie op jeugdzorg, die voortbouwt op de periode van (ver) voor 2015, is krachtig geoperationaliseerd in het bestuur, de gemeentelijke organisatie en beleidspraktijk.* De taal en het handelen zijn, van wethouder tot uitvoering, op elkaar afgestemd. Het volume van fraudegevoelige jeugdzorg wordt hierdoor fors gereduceerd. Er wordt weinig pgb-(jeugd)zorg geleverd (voor een bedrag van circa 5 ton per jaar). Er bestaat - met circa dertig tot veertig gecontracteerde aanbieders waarmee actief wordt samengewerkt - een overzichtelijk speelveld voor de uitvoeringsorganisatie. Er wordt pas gespecialiseerde jeugdzorg ingezet als de toegangsorganisatie zich er - na een *screening* - van heeft overtuigd dat dit noodzakelijk is. Kernelementen in visie en praktijk zijn:
 - a. Met lichte ambulante ondersteuning wordt een (te lang) beroep op zwaardere (en duurdere) vormen van gespecialiseerde jeugdzorg frequent voorkomen. De toegangsorganisatie kan twaalf ambulante werkers inzetten en in het onderwijs én bij de huisartsen zijn drie jeugdconsulenten actief (in totaal dus zes).
 - b. In Deventer wordt prioriteit verleend aan de toegangsorganisatie. Er wordt onderkend dat het afgeven van indicaties een vak is. Het wordt gezien en ontwikkeld als een specialisme dat *niet* in handen kan worden gelegd van 'generalisten' of onervaren medewerkers, omdat het vraagt om medische kennis, sociale vaardigheden en sterke persoonlijkheden. Per 1 januari 2022 treden de 21 medewerkers van de toegangsorganisatie in dienst van de gemeente. In 2022 wordt extra (Rijks-)geld geïnvesteerd in de verdere kwaliteitsontwikkeling van het personeel.

- c. Toegangsmedewerkers claimen en krijgen de ruimte om de tijd te nemen om de situatie van een cliënt te beoordelen: aan de voorkant en tussentijds bij frequente evaluaties (vaak meerdere keren per jaar). Bij de beoordeling van de situatie wordt gekeken naar de sociale omgeving van de jeugdige. Er wordt gezocht naar functionele alternatieven voor gespecialiseerde jeugdzorg of dit wordt een half jaar ingezet, om te bezien of het daarna nog nodig is. De werkcultuur en manier van werken brengen een adagium in de praktijk: 'wij' zijn in staat de cliënt-situatie te beoordelen en zorgen voor een goede plek. Zo nodig, mag dat een kostbare plek zijn, al wordt de vinger (juist dan) aan de pols gehouden.
 - d. Om in de operatie invulling te kunnen geven aan het adagium 'de juiste plek voor het kind', bouwt het management aan redundantie in het zorgaanbod. Dat wil zeggen beschikbaarheid van alternatieven, zodat er verschillende opties zijn bij wachtlijsten of als aanbieders teleurstellende resultaten boeken of afspraken niet nakomen. De gemeente Deventer verkent de markt en hecht waarde aan een gevarieerd, deels overlappend én overzichtelijk aanbod van zorgaanbieders.
 - e. De operationele werkprocessen in de toegangsorganisatie worden op twee manieren ondersteund door monitoring. Op stedelijk niveau brengt de populatiemonitor Jeugd in Beeld de gezondheids- en welzijnssituatie van de jeugd in beeld, zodat de jeugdzorg hierop kan worden afgestemd. Op het niveau van cliënten en aanbieders verschaft de *backoffice* nauwgezette informatie over de kosten. Als situaties worden gesignaleerd met hoge kosten, wordt getracht bij te sturen.
- 2) *Wijzigingen in de regionale financieringswijze en gunstige omstandigheden voor P*Q-financiering in Deventer.* Het RSJ heeft het financieringsmodel voor de jeugdzorg verschillende keren aangepast. Een vast bedrag per kind, zoals voor 2015 werd gehanteerd bij 'jeugd en opvoeding', bleek in het decentrale stelsel onhoudbaar. De twee grote aanbieders kregen namelijk vooral zware casus toegewezen, waardoor het gemiddelde tarief ontoereikend was. In 2018 wordt een nieuw systeem ingevoerd. Bij dure zorg, in het 'topsegment', wordt inspanningsgericht gefinancierd: Prijs (P) * Volume (Q). Bij budgetten tot € 10.000,- wordt trajectfinanciering doorgevoerd, met een vaste prijs voor één van de twaalf opgestelde zorgprofielen, gebaseerd op een inschatting van de problemen en beoogde resultaten, plus een inschatting van de 'zwaarte' van het traject. 70 procent werd vooraf betaald en 30 procent als de resultaten werden gehaald. Het was aanvankelijk de bedoeling hiermee ervaring op te doen, om het daarna in het topsegment in te voeren. Dat is gebeurd echter niet. Er ontstonden verschillen tussen gemeenten; onder vergelijkbare gevallen werden verschillende profielen en bedragen ingezet. Daarnaast ontstond professioneel en bestuurlijk onbehagen, omdat de zorgverlening door een traject-budget een soort *black box* werd vanwege de grote handelingsvrijheid van aanbieders. Er werd regionaal afgestapt van traject-financiering ten faveure van P*Q-financiering. Deventer had daartoe reeds besloten. Door de krachtige volumebeheersing van de jeugdzorg in Deventer werkt P*Q-financiering. Het risico dat aanbieders trachten het volume van de zorg op te voeren, wordt beheerst door de alerte toegangsorganisatie. Tijdens ons veldwerk wordt door het RSJ gezocht naar een andere vorm van financiering, namelijk een middenweg tussen traject-financiering en P*Q-financiering, met een maximumbedrag per traject. De invoering is uitgesteld, onder meer vanwege lopende discussies met zorgaanbieders over de tarieven.
- 3) *Door de effectieve volumebeheersing van de jeugdzorg in Deventer, bestaan er geen financiële tekorten, waardoor het mogelijk is om de extra Rijksbijdragen (vier miljoen structureel en negen miljoen incidenteel) te investeren in de doorontwikkeling van het Deventer jeugdzorg-systeem.* Er wordt onder andere geïnvesteerd in het continueren van de ambulante hulpverleners op onderwijsinstellingen en bij huisartsen, in de kwaliteitsontwikkeling van toegangsmedewerkers, in het reduceren van de wachtlijsten en in vier nieuwe gebouwen voor onderwijsinstellingen.

- 4) *De Deventer beleidspraktijk reduceert de ruimte voor fraude met jeugdzorg.* Er wordt weinig fraudegevoelige pgb-zorg geleverd. Het volume van de gespecialiseerde gecontracteerde jeugdzorg wordt gereduceerd tot het noodzakelijke en er wordt scherp gelet op de jeugdzorg die wordt geleverd. Zie verder paragraaf 6.2. Er zijn vraagpunten die raakvlakken hebben met toezicht, handhaving of fraude, namelijk:
- a. Er wordt (met resultaat) door de gemeente gestuurd op het volume (Q), maar er blijken onduidelijkheden te kunnen bestaan over de prijs (P). Dat is het geval als de afspraken tussen gemeente en een zorgaanbieder over datgene wat binnen ‘de prijs’ valt niet helder zijn (vastgelegd).
 - b. Het past bij de ambtelijke stijl om uit te zoeken het nu precies zit met een zorgtraject. Zo nodig worden aanbieders geconfronteerd met twijfels over de geleverde zorg. Dit resulteert zo nu en dan in een conflict tussen Deventer en een zorgaanbieder. Het doorvragen en uitzoeken door de gemeente kan op een gegeven in de buurt komen van toezichtstaken. Bijvoorbeeld bij mogelijk systematische inzet van onder-gekwalificeerd personeel. Het is de vraag waar het reguliere gemeentelijke proces ophoudt en een rechtmatigheidsonderzoek begint.
 - c. Er bestaat parallelle verantwoording door zorgaanbieders bij de gemeente Deventer en bij het RSJ, met onder meer gesprekken over de voortgang en gang van zaken, mede op basis van cijfers over de geleverde zorg. Daarnaast krijgen aanbieders op lokaal niveau te maken met verschillende (declaratie)regimes en met tijdrovende regionale aanbestedingen. Dit is een belasting voor aanbieders en legt een claim op tijd en middelen.
 - d. Het beleid kent een blinde vlek, want er is niet voorzien in rechtmatigheidstoezicht op de jeugdzorg. Zie verder paragraaf 6.2.
- 5) *Politieke kaders en (professionele) doorontwikkeling.* Nadat het gemeentelijke visiedocument ‘van Wieg naar Werk’ met politiek draagvlak was opgesteld en doorontwikkeld, kreeg de politieke kaderstelling bij de decentralisatie van de jeugdzorg een impuls. *Vandaag de dag (eind 2021) wordt het* politiek-bestuurlijke debat gericht op de doorontwikkeling van de jeugdzorg met het extra Rijksbudget, want Deventer ontvangt € 3,1 miljoen in 2021 en € 9,5 miljoen in 2022. Hiertoe is een voorstel ontwikkeld dat met de gemeenteraad wordt besproken, waarbij onder meer het Team Toegang Jeugd wordt versterkt en de inzet van ambulante hulpverleners op onderwijsinstellingen en bij huisartsen word verlengd. Er bestaat politieke steun voor de bewuste creatie van een overzichtelijk speelveld met enkele tientallen jeugdzorgaanbieders. Dit verschilt met de politieke kaders ten behoeve van de Wmo-zorg. Daarbij stelt de politiek vertrouwen in nieuwe zorgaanbieders en zijn er dientengevolge lage drempels om de Wmo-markt te betreden. Zo worden er onder meer geen opleidingseisen gesteld aan zorgaanbieders, waardoor ondernemers zonder enige affiniteit of ervaring met zorg Wmo-aanbieder kunnen worden. Er zijn in Deventer 130 gecontracteerde aanbieders die Wmo-zorg leveren. Dat is te veel om afdoende overzicht te krijgen over hun doen en laten. Het resulteert in (meldingen over mogelijke) zorgfraude.

6.2 Gelegenheidsstructuren

Welke gelegenheidsstructuren bestaan er voor zorgfraude bij jeugdzorg in Deventer? Wat zijn wat dit betreft belangrijke overeenkomsten en verschillen met Wmo-zorg?

Over de vraag naar de gelegenheidsstructuren voor zorgfraude, formuleren we drie hoofdconclusies:

- 1) Op vier belangrijke manieren reduceert het gevoerde beleid de gelegenheidsstructuren voor zorgfraude:
 - a. *Positieve fraudebestrijding.* Selectiviteit bij het aangaan van duurzame relaties met zorgaanbieders legt de basis van partnerschap met solide aanbieders. Vanuit het perspectief van de gemeente volstaat vaak bijsturen en overleg, terwijl voor zorgaanbieders de drempels laag zijn. De Deventer scherpste kan zo samengaan met dialoog en partnerschap. Als het schuurt of bij een conflict, is er nog geen zorgfraude aan de orde, maar bijvoorbeeld een discussie over mogelijk oneigenlijk gebruik van zorggeld (zie paragraaf 6.3). Zoals de vraag welke activiteiten binnen een tarief vallen.
 - b. *Overzicht.* Er bestaat in de gemeentelijke organisatie voldoende rust en ervaring om - met behulp van de schaal van Deventer - een goed overzicht te houden over tientallen zorgaanbieders. Het valt op als zorgaanbieders met frauduleuze motieven een zorgproduct in de markt zouden zetten. Daardoor is er weinig ruimte voor zogenoemde “zorgcowboys”: zorgaanbieders die cliënten ronselen om ontoereikende zorg leveren.³⁰
 - c. *Weinig fraudegevoelige pgb-zorg.* Het volume van de fraudegevoelige pgb-(jeugd)zorg ligt in Deventer op een laag niveau. Bij grove pgb-fraude verwerft de zorgaanbieder invloed over een pgb-cliënt, zodat de aanbieder de regie over het pgb-budget overneemt (Van der Torre en Heijkoop, 2020).
 - d. *Kostenbeheersing.* De gemeente Deventer heeft een systeem (*backoffice*) en ambtelijke stijl (toegangsm medewerkers en management) waarin kostenbewustzijn en kostenbeheersing een centrale plaats innemen. Kostenbeheersing is tevens fraudebeheersing.
- 2) *Geen rechtmatigheidstoezicht op jeugdzorg.* Het Deventer rechtmatigheidstoezicht wordt volledig gericht op Wmo-zorg. Er is geen meldpunt voor signalen over mogelijke fraude met jeugdzorg. Bij dergelijke signalen kan geen rechtmatigheidsonderzoek worden gestart.
- 3) *Jeugdzorg en Wmo-zorg: een wereld van verschil.* Bij vergelijking van het beleid wat betreft jeugdzorg en Wmo-zorg komt een belangrijk verschil in beeld. Er wordt bij jeugdzorg gewerkt met enkele tientallen jeugdzorg-aanbieders. Vertrouwen moet een jeugdzorgaanbieder in Deventer (steeds weer) verdienen. Het is voor gecontracteerde Wmo-aanbieders gemakkelijk om de Deventer zorgmarkt te betreden. Er wordt bij de aanbesteding gewerkt met de zogenoemde open house-methode. Aanbieders mogen inschrijven op het contract als zij voldoen aan de gestelde voorwaarden. Er worden daarbij geen opleidingseisen gesteld aan Wmo-zorgaanbieders. Vertrouwen geldt als basis voor de samenwerking tussen gemeente en gecontracteerde Wmo-aanbieders. Het betreft in Deventer ongeveer 130 zorgaanbieders. Dat zijn er volgens respondenten te veel om het overzicht te bewaren op het doen en laten van zorgaanbieders. Er zijn signalen over mogelijke zorgfraude plus harde bewijzen op casusniveau. De gemakkelijke toetreding tot de zorgmarkt wordt door een categorie Wmo-aanbieders benut om te frauderen.

³⁰ Dergelijke fraude gedijt in een context met veel aanbieders, met gemakkelijke entree tot de zorgmarkt, met intake en indicatie door generalistische medewerkers (met een grote workload) en met matige evaluaties van lopende zorgtrajecten

- 4) *Wmo-rechtmatigheidstoezicht.* Het Wmo-rechtmatigheidstoezicht is ondergebracht bij de vakgroep sociale recherche van het team inkomensondersteuning. Eén sociaal rechercheur is aangewezen als rechtmatigheidstoezichthouder. Sinds begin 2021 krijgt hij acht uur in de week ondersteuning van een sociaal rechercheur die zich met name richt op beschermd wonen en maatschappelijke opvang. Op jaarbasis worden tussen de tien en vijftien rechtmatigheidsonderzoeken uitgevoerd. Het zijn vaak lang lopende onderzoeken. Een onderzoek start met een Plan van Aanpak en een tijdsindicatie, waarna veldwerk wordt gedaan (op locatie), betrokkenen worden gehoord (zoals cliënten en bestuurders) en stukken worden opgesteld, inclusief een interventieadvies. Daarna kan het nog doorlopen, bijvoorbeeld als een bezwaarprocedure wordt gestart. Naast de signaal-gestuurde onderzoeken geeft de toezichthouder gestalte aan zogenoemde steekproef-controles. Per kwartaal worden daartoe ad random vijftien bsn-nummers geselecteerd bij vijftien verschillende Wmo-zorgaanbieders. Dan wordt opgevraagd: een zorg- en begeleidingsplan; ondertekende urenlijsten; en evaluatieverslagen. Er zijn te veel zorgaanbieders om een goed inzicht op te bouwen, maar zo wordt afgetast hoe het er bij aanbieders aan toegaat.

6.3 Over zorgfraude en oneigenlijk gebruik

Hoe krijgt zorgfraude op het terrein van de Jeugdwet in de praktijk gestalte in Deventer? Welke werkwijzen en tactieken gebruiken fraudeurs? Door wie wordt gefraudeerd en in welke mate heeft dit een georganiseerd karakter? Wat zijn belangrijke overeenkomsten en verschillen tussen aan de ene kant fraude met jeugdzorg in Deventer, en aan de andere kant fraude bij Wmo-zorg?

Over de vraag naar de aard van de zorgfraude, formuleren we vijf hoofdconclusies:

- 1) *Oneigenlijk gebruik.* Respondenten die actief zijn in de (uitvoerings-)organisatie signaleren mogelijke oneigenlijke praktijken bij jeugdzorg. Deze signalen verschillen met het geijkte beeld van zorgfraude: kleine zorgaanbieders (zogenoemde “zorgcowboys”) die, zonder affiniteit met zorg, starten als zorgaanbieder om met fraude grove winsten te boeken (Van der Torre en Heijkoop, 2020). Respondenten zien in de jeugdzorg weinig of geen ruimte voor dergelijke fraude. Ze wijzen daarentegen op organisatietactieken - aangestuurd vanuit het management (er wordt gesproken over “cowboymanagers”) - die ertoe kunnen leiden dat zorggeld weglekt. Het gaat daarbij eerder om oneigenlijk gebruik (rechtmatige declaraties in strijd met de bedoeling) dan om zorgfraude. De kosten van de jeugdzorg kunnen onder meer oneigenlijk stijgen als: een behandeling onnodig lang wordt voortgezet; wordt gefactureerd voor zorg die niet wordt geleverd vanwege een wachtlijst; een hoog tarief wordt afgedwongen door de aanbieder, omdat een kind met een acute zorgbehoefte anders geen plaats krijgt; extra indicaties worden aangevraagd omdat managers daarop aansturen (waarbij het de vraag is of dit nodig is); dure krachten worden ingezet voor eenvoudige werkzaamheden; of minder (gekwalificeerd) personeel wordt ingezet dan past bij het betaalde tarief.
- 2) *Soms toch zorgfraude?* De grens tussen oneigenlijk gebruik en zorgfraude kan diffuus zijn. Bijvoorbeeld als minder (gekwalificeerd) personeel wordt ingezet dan zou moeten. Gebeurt dit bewust en systematisch of tijdelijk en uit noodzaak vanwege personele problemen? De Wmo-toezichthouder wordt zo nu en dan vanuit het Team Toegang Jeugd gepolst of hij een rechtmatigheidsonderzoek uit zou kunnen voeren.
- 3) *Twee fraude-signalen van buitenaf.* Er zijn sinds 2019 (van buitenaf) twee signalen over mogelijke zorgfraude met jeugdzorg gemeld bij de Wmo-toezichthouder. Vanuit het SVB-portal werd een minicasus over pgb-jeugdzorg onder de aandacht gebracht. Een ander signaal kwam van het IKZ en

had betrekking op een grote zorgaanbieder die actief is op verschillende zorgdomeinen, al betrof de signalering specifiek jeugdzorg aan Deventer cliënten. Er was gesignaleerd dat een locatie, waar maatwerkvoorzieningen in het kader van de Jeugdwet zouden worden geleverd, niet door cliënten werd bezocht. Als het om Wmo-zorg had gegaan, was het signaal hoogstwaarschijnlijk geprioriteerd voor rechtmatigheidsonderzoek, maar bij jeugdzorg is dat niet mogelijk.

- 4) *Doelverschuiving bij sterk commerciële aanbieders?* Er bestaan zorgen over “gecommercialiseerde” managers en aanbieders. Er wordt bedoeld op zorgaanbieders die actief een product in de markt zetten en met succes streven naar hoge scores op cliënt-tevredenheid en andere prestatie-indicatoren. Er wordt niet gefraudeerd, want er wordt geleverd wat wordt beloofd, maar respondenten met materiekkennis twijfelen aan de vraag of cliënttevredenheid en hoge prestatiescores gepaard gaan met daadwerkelijke effecten. Zijn goede scores een doel op zich? Die vraag reikt verder dan onze opdracht, al staat de relevantie ervan buiten kijf.
- 5) *Fraude met Wmo-zorg: vooral ontoereikende zorg.* Sinds 2019 worden jaarlijks gemiddeld ongeveer 35 signalen over fraude met Wmo-zorg geregistreerd, waarbij de verdeling grofweg als volgt is: twintig signalen over gecontracteerde zorg en vijftien over pgb-zorg. Op jaarbasis worden tussen de tien en vijftien rechtmatigheidsonderzoeken uitgevoerd; vaak lang lopende onderzoeken die ontoereikende zorg aantonen. Bijvoorbeeld niet-geleverde zorg declareren of groepsbegeleiding leveren, terwijl individuele begeleiding wordt betaald. Bij één (tot op heden unieke) casus komt verwevenheid van zorgfraude met de criminele (drugs)wereld in Deventer in beeld.

Normenkader
<p>1. Beleidstheorie Een beleidstheorie t.a.v. een gemeentelijke opdracht, nl.: (jeugd)zorg leveren, fraudebestrijding en kostenbeheersing. Met een visie op de functies en bedoelingen van Zorg in natura en pgb-zorg.</p>
<p>2. Positieve fraudebestrijding Een partnerschap met bonafide (gecontracteerde) zorgaanbieders, waarbij relatiebeheer samengaat met toetsing op kwaliteit en rechtmatigheid (horizontaal en verticaal toezicht)</p>
<p>3. Risicobewustzijn Risiko-bewustzijn bij gemeenteraad, bestuur, ambtenaren (managementteam en uitvoerders) en ingehuurd professionals. Het betreft alertheid op fraude(maatregelen) en wat betreft kostenbeheersing. Het bewustzijn dient tot uitdrukking te komen in de organisatorische positionering (formatie, middelen, informatie, kennis en bevoegdheden) van ambtenaren die deze taak in de praktijk kunnen brengen, met bestuurlijk steun en sturing (en politiek: zie punt 8)</p>
<p>4. Professionele kaders en resultaat-sturing 4a. Het formuleren van werkbare professionele kaders, d.w.z. heldere normen en eisen (in inkoopdocumenten, overeenkomsten en zorgplannen) over de aard en inhoud van de zorg. Als basis voor dienstverlening, resultaatsturing en toezicht op rechtmatigheid en kwaliteit. 4b. Resultaatsturing behelst zowel sturing op inhoudelijke als op financiële resultaten. Dit laatste vergt inzicht in - en controle van - factuurstromen, (tot op zekere hoogte) medische kennis en de vaardigheid om jaarrekeningen (van zorgaanbieders) te analyseren.</p>
<p>5. Poortwachtfunctie 5a. Hoe worden contracten met zorgaanbieders gesloten? Zorgaanbieders zijn niet vergunning-plichtig en Bibob-toetsing is pas sinds kort mogelijk. Er wordt meer en meer werk gemaakt van screening en van een kwaliteitstoets en/of er wordt afgestapt van Open House-aanbestedingen, om zo grip en overzicht te krijgen op gecontracteerde zorgaanbieders. 5b. Hoe is de poortwachtfunctie in de frontlijn georganiseerd? Wijkgerichte professionals die indicaties afgeven en zorgarrangementen afsluiten dienen vraag en aanbod en zorg op elkaar af te stemmen, alsook te voorzien in een toetsbaar en controleerbaar arrangement. Met begrijpelijke prestaties en beoogde resultaten. Dit is een belangrijke poortwachtfunctie, ook t.a.v. pgb-zorg.</p>
<p>6. Handhaving en toezicht 6a. Rechtmatigheidstoezicht (gemeente). De kwantiteit, kwaliteit (o.a. boekhoudkundige kennis om jaarrekeningen te analyseren), ondersteuning en organisatorische positie (voldoende onafhankelijk) dient te passen bij de aard en omvang van de lokale zorgtaak en frauderisico's. Wordt BOA-capaciteit (sociaal onderzoeker) ingezet in het kader van fraudebestrijding? 6b. Ingebed kwaliteitstoezicht. De kwantiteit en kwaliteit van het kwaliteitstoezicht, met de mogelijkheid op te schalen naar rechtmatigheidstoezicht bij (mogelijke) onrechtmatige zorgtekorten. 6c. Meervoudige handhaving. De afstemming tussen / benutting van bestuursrechtelijke maatregelen, civiel recht en strafrechtelijke maatregelen. Zo bezien is o.a. relevant of de gemeente BOA's inzet t.b.v. de bestrijding van zorgfraude. 6d. Netwerk-handhaving. De samenwerking bij toezicht en handhaving met o.a. IGJ, IKZ, Inspectie SZW, RIEC, politie en justitie.</p>
<p>7. Informatie 7a. Een <i>meldpunt</i> voor zorgfraude 7b. Een grondslag voor <i>uitwisseling van informatie</i>: intern tussen toezichthouders / sociaal domein en afdeling veiligheid, en extern met o.a. RIEC en IKZ en Inspectie SZW 7c. Een (groeiend) inzicht in zorgfraude(risico's), gebaseerd op <i>analyse</i>.</p>
<p>8. Politieke verantwoording en sturing 8a. Politieke kaderstelling 8b. Verantwoording aan de gemeenteraad over de wijze en mate van doelbereiking bij jeugdzorg, wat betreft resultaten, kostenbeheersing en fraude-aanpak.</p>

Bijlage 2

Respondentenlijst

Er zijn vraaggesprekken gevoerd met 32 respondenten:

- Beleidsmedewerkers Jeugd: 3
- Inspecteur IGJ
- Teamleider Jeugd
- Team Toegang Jeugd: 5
- Cliëntondersteuner: 1
- RSJ: 7
- Wethouder (jeugdzorg)
- Backoffice: 2
- GGD Kwaliteitstoezicht: 1
- Rechtmatigheidstoezichthouder: 1
- Beleidsadviseur Wmo
- Teammanager Sociale Teams
- Sociaal Team Wmo: 2
- Openbare orde en Veiligheid: 2
- Twee zorgaanbieders (jeugdzorg): 3

**1. Ontvangst aanmeldformulier**

Omschrijving

Aanmeldformulier komt binnen

**2. Casus bekend****3. Aanmaken dossier**

Omschrijving

Dossier wordt aangemaakt in het systeem (wens is om te automatiseren). Nieuwe aanmelding komt in map "nieuwe aanmeldingen".

**4. Seintje medewerker**

Omschrijving

Medewerker aanmeldteam ontvangt een seintje nieuwe aanmelding

**5. Checken aanmeldformulier**

Omschrijving

Aanmeldformulier wordt door aanmeldteam gecheckt op volledigheid

**6. Volledigheid aanmeldformulier**

Omschrijving

Aanmelding wordt gecontroleerd op volledigheid.

- Volledig: aanmelding gaat door.

- Onvolledig: er wordt contact opgenomen met ouders om aanmelding volledig te krijgen.

**7. Beslissing aanmelding****8. Oppakken casus**

Omschrijving

Toegangsmidewerker Jeugd pakt casus op en zet op naam

**9. Screening opvoedsituatie**

Omschrijving

Toegangsmidewerker Jeugd screent opvoed-/opgroeisituatie

**10.****11. Opstellen gezinsplan**

Omschrijving

Screening leidt tot gezinsplan, maar niet tot een vorm van specialistische hulp



12. Type zorg



13. Actief hulptraject



Omschrijving

Toegangsmidewerker doet zelf steunende contacten met gezin.



14. Stop



Omschrijving

Wanneer doelen behaalt, wordt het dossier gesloten.



15. Gezinscoach



Omschrijving

Gespecialiseerd gezinscoach wordt ingezet, toegangsmidewerker treedt op als casemanager.



16. Stop



Omschrijving

Bij behalen doelen wordt dossier gesloten en aan dossier gekoppeld.



17. Geen passende hulpvraag



Omschrijving

Er is geen passende hulpvraag waar binnen jeugdwet in kan worden voorzien. Verwijzingen naar voorliggende hulp/WMO/"of anders" (??)



18. Stop



19. Stop



20. Toewijzing specialistische zorg



Omschrijving

Screening leidt tot gezinsplan en toewijzing specialistische zorg. Toegangsmidewerker wordt casemanager



21. Zorgtoekenning & beschikking



Omschrijving

Toegangsmidewerker verzoekt backoffice (via format) een zorgtoekenning & beschikking af te geven



22. Versturen gezinsplan



Omschrijving

Toegangsmidewerker (casemanager) stuurt gezinsplan naar ouders en zorgaanbieder(s)



23. Behalen doelen



Omschrijving

Twee uitkomsten mogelijk:
- doelen zijn behaald

- doelen zijn deels behaald, vervolghulp is nodig.



24. Stop



Omschrijving

Doelen behaald, dossier gesloten



25. Stop



Omschrijving

Dossier gesloten?



26. Stop



Omschrijving

Casus leidt om redenen niet tot een officiële aanmelding/aanmelding wordt afgewezen. Betrokken medewerker kan een verzoek doen tot raadsonderzoek, bij onveiligheid/niet (voldoende) van de grond komen van hulp



27. Contact ouders



Omschrijving

Er wordt door aanmeldteam contact opgenomen met ouders, ontbrekende info wordt opgevraagd.
Bij ontvangst wordt volledigheid gecheckt.



29. Stop



Omschrijving

Aanmelding wordt via mail doorgezegt naar betrokken medewerker

Bijlage 4 Normenkader en bevindingen

Normenkader
<p>1. Beleidstheorie</p> <p>De Deventer beleidstheorie is doeltreffend vertaald naar de beleidspraktijk. De kern daarvan bestaat uit: a.) actieve preventie (tijdige inzet van ambulante jeugdzorg of algemene voorzieningen, om een beroep op specialistische jeugdzorg te voorkomen); b.) prioriteit voor de gespecialiseerde en stedelijke toegangsorganisatie, waar gelouterde medewerkers de tijd krijgen om te screenen (de situatie van de cliënt beoordelen) en tussentijd frequente evaluaties uit te voeren; c.) een overzichtelijk aantal zorgaanbieders (enkele tientallen), met redundantie, zodat er alternatieven zijn voor individuele aanbieders; d.) monitoring op de stedelijke jeugdproblematiek en op de kosten van concrete zorgtrajecten; en e.) de werkcultuur om zo nodig een beroep te doen op zelfredzaamheid, zodat de inzet van specialistische zorg beperkt blijft tot het noodzakelijke. Deze beleidstheorie en -praktijk resulteren in volumebeheersing (afgemeten jeugdzorg en weinig fraudegevoelige pgb-jeugdzorg) en kostenbeheersing, hetgeen de gelegenheden tot zorgfraude met jeugdzorg reduceert. Het rechtmatigheidstoezicht op jeugdzorg is niet georganiseerd en daarmee een blinde vlek in de beleidstheorie.</p>
<p>2. Positieve fraudebestrijding</p> <p>Selectiviteit bij het aangaan van duurzame relaties met zorgaanbieders, legt de basis van partnerschap met solide aanbieders. Vanuit het perspectief van de gemeente volstaat vaak bijsturen en overleg, terwijl voor zorgaanbieders de drempels laag zijn. De Deventer scherpste kan zo samengaan met dialoog en partnerschap. Als het schuurt of er is een conflict, is er nog geen zorgfraude aan de orde, maar bijvoorbeeld een discussie over mogelijk oneigenlijk gebruik van zorggeld. Zoals de vraag welke activiteiten binnen de een tarief vallen.</p>
<p>3. Risicobewustzijn</p> <p>Wat de jeugdzorg betreft is er in Deventer en scherp ontwikkeld bewustzijn wat betreft de kosten en het volume van de jeugdzorg. Dit ligt vervat in de beleidstheorie (zie punt 1). Er wordt geïnvesteerd in de kwaliteit van de toegangsorganisatie. In de praktijk bestaat er scherp bij de indicatiestelling, maar ook bij het bewaken van de kosten en resultaten van lopende zorgtrajecten. Zo nodig worden daarbij kritische vragen gesteld over de gang van zaken. Het doorvragen en uitzoeken door de gemeente kan op een gegeven in de buurt komen van toezichtstaken. Bijvoorbeeld bij mogelijk systematische inzet van ondergequalificeerd personeel. Het is de vraag waar het reguliere gemeentelijke proces ophoudt en een rechtmatigheidsonderzoek begint. Echter, er is in Deventer niet voorzien rechtmatigheidstoezicht op de jeugdzorg.</p>
<p>4. Professionele kaders en resultaat-sturing</p> <p>Regionaal</p> <p>Het RSJ maakt gebruik van de zogenoemde Regionale IJssellandse Monitor om op hoofdlijnen, wat betreft de jeugdzorg, zicht te krijgen op de gang van zaken bij zorgaanbieders en in de elf gemeenten. Het is een applicatie die draait op het berichtenverkeer tussen zorgaanbieders en gemeenten. De monitor ondersteunt het werk van regionale contractmanagers. Het laat zien of een zorgaanbieder of gemeente handelt volgens contractbepalingen. Dit gebeurt op basis van prestatie-indicatoren. Wat is de reactiesnelheid van een gemeente bij een verzoek om toewijzing en wordt tijdig toegewezen? Bij zorgaanbieders wordt o.a. zichtbaar of start- en stopberichten zijn doorgegeven, wat de declaratiesnelheid is en of een reden wordt gegeven voor het stoppen van de zorg. Per dienst of aanbieder kan in kaart worden gebracht of langdurig zorg wordt verleend of dat 'indicaties worden gestapeld.' Ook wordt zichtbaar wat bij een aanbieder de gemiddelde kosten per jeugdige zijn. Steeds zijn vergelijkingen mogelijk: in de tijd, tussen aanbieders en tussen gemeenten. De monitor is een instrument dat contractmanagers helpt om bijzonderheden op te merken en om gesprekken met zorgaanbieders voor te bereiden. Ze voeren prestatiedialogen met aanbieders: drie of vier keer per jaar met grote aanbieders en met andere aanbieders één of twee keer.</p> <p>Gemeentelijk</p> <p>Het sturen op resultaten begint in Deventer bij een beoordeling van de situatie van de cliënt door de toegangsorganisatie. Er wordt steeds geredeneerd vanuit de problematiek, met als doel het normale leven</p>

te versterken. Er worden doelen geformuleerd en als een indicatie voor specialistische jeugdzorg wordt opgesteld, start een traject van evaluatiegesprekken. Bij zware (kostbare) trajecten wordt per kwartaal een evaluatie uitgevoerd. Tijdens het traject wordt bezien of vooruitgang wordt geboekt en of dit betekent dat kan worden afgeschaald. Dit sluit aan op de Deventer visie, waarin jeugdzorg zo enigszins mogelijk tijdelijk deel uitmaakt van het leven. De backoffice levert data - op cliëntniveau en op aanbiedersniveau - over zorgkosten en over lang lopende trajecten. Het Team Toegang Jeugd wordt gesteund bij onderbouwde beslissingen om een indicatie te stoppen, om de zorg te staken of bij te buigen.

5. Poortwachtfunctie

Regionaal

De inkoop van jeugdzorg heeft plaats op regionaal niveau en ligt in handen van het RSJ. De zorgaanbieders sluiten contracten af met de regio. Er zijn in de regio ongeveer tweehonderd gecontracteerde zorgaanbieders. Op regionaal niveau wordt een systeem van semi-open contractering gehanteerd. Twee keer per jaar kunnen nieuwe aanbieders toetreden, als wordt voldaan aan een lijst met kwaliteitseisen, opgenomen in het raamcontract. De contracten lopen tot en met 2021. Nu het nieuwe aanbestedingsproces op pauze is gezet, worden lopende overeenkomsten verlengd. De huidige raamovereenkomst had - los van deze verlenging - een maximale looptijd van vier jaar; twee jaar initieel, met de optie (eenzijdig vanuit de regio te bepalen) om twee keer met één jaar te verlengen. Het traject voor een nieuw inkoop- en aanbestedingstraject was gestart op 1 april 2021. Kwaliteitseisen zijn in het inkoopdocument uitgewerkt omtrent de financiële en economie draagkracht, technische en beroepsbekwaamheid en beroepsbevoegdheid, aangevuld met bepalingen over onder meer maatschappelijk verantwoorde winst en marktconforme uitgaven wat betreft vastgoed.

Financieringswijze

Er wordt regionaal afgestapt van traject-financiering ten faveure van P*Q-financiering. Deventer had daartoe reeds besloten. Door de krachtige volumebeheersing van de jeugdzorg in Deventer werkt P*Q-financiering. Het risico dat aanbieders trachten het volume van de zorg op te voeren, wordt beheerst door de alerte toegangsorganisatie. Tijdens ons veldwerk wordt door het RSJ gezocht naar een andere vorm van financiering; een middenweg tussen traject-financiering en P*Q-financiering (met een maximumbedrag per traject), maar de invoering is uitgesteld.

Gemeentelijke toegang

Toegangsmedewerkers claimen en krijgen de ruimte om de tijd te nemen om de situatie van een cliënt te beoordelen. Bij de beoordeling van de situatie wordt gekeken naar de sociale omgeving van de jeugdige. Er wordt gezocht naar functionele alternatieven voor gespecialiseerde jeugdzorg of dit wordt een half jaar ingezet, om te bezien of het daarna nog nodig is. De werkcultuur en manier van werken brengen een adagium in de praktijk: 'wij' zijn in staat de cliënt-situatie te beoordelen en zorgen voor een goede plek. Zo nodig, mag dat een kostbare plek zijn, al wordt de vinger (juist dan) aan de pols gehouden. Het management bouwt aan redundantie in het zorgaanbod. Dat wil zeggen beschikbaarheid van alternatieven, zodat er verschillende opties zijn bij wachtlijsten of als aanbieders teleurstellende resultaten boeken of afspraken niet nakomen. De gemeente Deventer verkent de markt en hecht waarde aan een gevarieerd, deels overlappend én overzichtelijk aanbod van zorgaanbieders. Om het overzicht te kunnen bewaren, werkt de gemeente Deventer met tientallen zorgaanbieders (ongeveer vijftig in totaal, waaronder dertig tot veertig partijen waarmee substantieel wordt samengewerkt)

6. Handhaving en toezicht

Jeugdwet

Het Deventer rechtmatigheidstoezicht wordt volledig gericht op Wmo-zorg. Er is geen meldpunt voor mogelijke fraude met jeugdzorg. Bij signalen over mogelijke fraude met jeugdzorg, kan geen rechtmatigheidsonderzoek worden gestart.

Wmo

Het Wmo-rechtmatigheidstoezicht is ondergebracht bij de vakgroep sociale recherche van het team inkomensondersteuning. Eén sociaal rechercheur aangewezen als rechtmatigheidstoezichthouder. Sinds begin 2021 krijgt hij acht uur in de week ondersteuning van een sociaal rechercheur die zich met name richt

op beschermd wonen en maatschappelijke opvang. Op jaarbasis worden tussen de tien en vijftien rechtmatigheidsonderzoeken uitgevoerd. Per kwartaal worden daartoe ad random vijftien bsn-nummers geselecteerd bij vijftien verschillende Wmo-zorgaanbieders.

7. Informatie

Er is een meldpunt voor zorgfraude bij Wmo-zorg en niet voor jeugdzorg.

Als een combinatie van zorgfraude met ondermijnende criminaliteit wordt vermoed (tot op heden enkele signalen en één casus wat betreft Wmo-zorg), bestaan daartoe geen werkprocessen wat betreft informatiedeling tussen sociaal domein en openbare orde en veiligheid.

8. Politieke verantwoording en sturing

Nadat het gemeentelijke visiedocument 'van Wieg naar Werk' met politiek draagvlak was opgesteld en doorontwikkeld, kreeg de politieke kaderstelling bij de decentralisatie van de jeugdzorg een impuls. Vandaag de dag (eind 2021) wordt het politiek-bestuurlijke debat gericht op de doorontwikkeling van de jeugdzorg met het extra Rijksbudget, want Deventer ontvangt € 3,1 miljoen in 2021 en € 9,5 miljoen in 2022. Er bestaat politieke steun voor de bewuste creatie van een overzichtelijk speelveld met enkele tientallen jeugdzorgaanbieders. Dit verschilt met de politieke kaders ten behoeve van de Wmo-zorg. Daarbij stelt de politiek vertrouwen in nieuwe zorgaanbieders en zijn er diensgevolge lage drempels om de Wmo-markt te betreden. Zo worden er onder meer geen opleidingseisen gesteld aan zorgaanbieders, waardoor ondernemers zonder enige affiniteit of ervaring met zorg Wmo-aanbieder kunnen worden. Er zijn in Deventer 130 gecontracteerde aanbieders die Wmo-zorg leveren.

Colofon

Dit onderzoek is in opdracht van de Rekenkamer Deventer uitgevoerd door dr. Edward van der Torre van LokaleZaken