



# OBC's in beeld

Het (residentiële) zorglandschap van Orthopedagogische  
Behandelcentra

Contactgegevens

September 2021

Wendy Buysse

wbuysse@dsp-groep.nl

Babette Beerterma

bbeerterma@dsp-groep.nl

Alwien Boogaart

aboogaart@dsp-groep.nl

Yan Crabbendam

ycrabbendam@dsp-groep.nl

# Inhoud

<b>Samenvatting</b>	<b>5</b>
<b>Afkortingen</b>	<b>9</b>
<b>1 Inleiding en leeswijzer</b>	<b>10</b>
<b>2 Klantreis OBC</b>	<b>13</b>
<b>3 Probleemstelling en aanpak onderzoek</b>	<b>18</b>
3.1 Probleemstelling	18
3.2 Doel en scope van het onderzoek	19
3.3 Aanpak	20
<b>4 Orthopedagogische behandelcentra</b>	<b>23</b>
4.1 Wat zijn OBC's	23
4.2 Vormen van 24-uursverblijf met behandeling binnen OBC's	25
4.3 Samenwerking met onderwijs	29
4.4 Ontwikkeling van residentiële capaciteit	31
4.5 Visie op 24-uursverblijf en alternatieven	37
<b>5 Perspectief jeugdzorgregio's</b>	<b>47</b>
5.1 Visie op jeugdhulp voor jeugdigen met LVB	47
5.2 Capaciteit	49
5.3 Monitoring en sturing	57
5.4 Ontwikkeling van alternatieven voor 24-uursverblijf	58
<b>6 Vergelijking visie OBC's en jeugdzorgregio's</b>	<b>60</b>
6.1 Visie op functie van verblijf in het OBC landschap	60
6.2 Knelpunten in vraag en aanbod residentiële capaciteit	61
<b>7 Financiering</b>	<b>63</b>
7.1 Wijze van financiering	63

7.2	Financiële situatie OBC's	69
<b>8</b>	<b>Monitoring</b>	<b>72</b>
8.1	Voorstel eerste aanzet monitor	72
8.2	Voorwaarden voor structurele monitoring	73
<b>9</b>	<b>Conclusies en aanbevelingen</b>	<b>74</b>
9.1	Doel en aanpak van het onderzoek	74
9.2	De OBC-sector	74
9.3	OBC-capaciteit voor 24-uursverblijf met behandeling	76
9.4	Visie van jeugdzorgregio's	78
9.5	Financiering en tarieven	78
9.6	Knelpunten in vraag en aanbod van residentiële capaciteit	79
9.7	Aanbevelingen	80
9.8	Tot slot	81
Bijlagen		
	Bijlage 1 Onderzoeksvragen	83
	Bijlage 2 Overzicht respondenten en aangeleverde informatie	86
	Bijlage 3 Kwantitatief format OBC's	88
	Bijlage 4 Interview format OBC's	91
	Bijlage 5 Interviewleidraad jeugdzorgregio's	94
	Bijlage 6 Digitale vragenlijst jeugdzorgregio's	95

# Samenvatting

De opgave vanuit de Jeugdwet is om a) de jeugdhulp zo thuis mogelijk te bieden; en b) als opname nodig is die zo kort mogelijk te laten duren. Dit betekent dus dat residentiële jeugdzorg zo min en zo kort mogelijk wordt ingezet. In de praktijk is de afgelopen jaren een trend te zien van een afname in de beschikbaarheid en benodigde capaciteit van residentiële jeugdzorg. Het verminderen van de capaciteit in de residentiële jeugdzorg is weliswaar breed gedragen beleid (van de VNG, VWS en jeugdzorgaanbieders), maar het risico bestaat dat door (on)voorziene sluitingen jeugdigen met complexe problematiek niet de benodigde zorg krijgen of daar (te) lang op moeten wachten. De Jeugddautoriteit wil om die reden meer zicht krijgen op de residentiële capaciteit en daarmee een bijdrage leveren aan de beoogde ontwikkelingen en het waarborgen van de zorgcontinuïteit. Als eerste stap naar meer inzicht in de residentiële capaciteiten mogelijke alternatieve vormen voor residentiële hulp heeft DSP-groep in opdracht van de Jeugddautoriteit een onderzoek uitgevoerd naar de Orthopedagogische Behandelcentra (OBC's). Een OBC is een instelling voor gespecialiseerde behandeling aan jeugdigen en jongvolwassenen met een licht verstandelijke beperking (LVB) en ernstige gedragsproblematiek en hun gezinnen. Het doel van het onderzoek was inzicht krijgen in (de ontwikkeling van en verhouding tussen) het aanbod van en de vraag naar jeugdzorg door OBC's – en dan meer specifiek naar de residentiële capaciteit - inclusief de spreiding ervan over de verschillende jeugdzorgregio's. Daarbij is ook gekeken naar de ontwikkeling van alternatieven uitgaande van de opgave vanuit de Jeugdwet om zo min mogelijk jeugdigen residentieel op te nemen.

Nederland telt twaalf OBC's die zijn verenigd in de Vereniging voor Orthopedagogische Behandelcentra (VOBC). Bij de OBC's zijn kwantitatieve cijfers opgevraagd en hebben kwalitatieve groepsinterviews plaatsgevonden. Elf van de twaalf OBC's hebben meegewerkt aan het onderzoek. Daarnaast zijn interviews gehouden met negen jeugdzorgregio's en hebben 31 van de 42 jeugdzorgregio's vervolgens een digitale vragenlijst ingevuld om de bevindingen uit de interviews te toetsen. Om meer zicht te krijgen op de klantreis van jeugdigen hebben zes groepsinterviews plaatsgevonden met in totaal vier jeugdigen, vier ouders en zes professionals.

Tien van de twaalf OBC's hebben eind 2020 gezamenlijk 2.232 24-uurs-plekken beschikbaar om jeugdigen met een LVB en ernstige gedragsproblematiek residentieel voor korte of langere tijd te behandelen. Een landelijk beeld kan evenwel niet worden gegeven. Eind 2020 waren ongeveer 1.878 van deze plekken bezet.

Gemiddeld verblijven de jeugdigen 14 maanden bij een OBC. De verschillen in verblijf tussen jeugdigen is echter groot. Tussen 2018 en 2020 is de capaciteit ongeveer met 16% of 400 bedden afgebouwd. De meeste capaciteit – en dan vooral van de meer intensieve behandeling – is gesitueerd in het oosten en midden van het land. In sommige jeugdzorgregio's is geen behandelgroep – ook niet in de wijk – beschikbaar. Aangezien het hier gaat om zeer specialistische jeugdzorg is een zekere vorm van

centralisatie vanwege het volume ook noodzakelijk en is een gelijkmatige spreiding van 24-uursverblijf met behandeling voor deze doelgroep niet eenvoudig te realiseren. De huidige spreiding staat op gespannen voet met het uitgangspunt van de Jeugdwet om jeugdigen zo dicht mogelijk bij huis jeugdhulp te bieden. Alle OBC's onderschrijven het belang van systemisch en gezingsgericht werken. Bij jeugdigen die ver van huis worden geplaatst, is dit echter moeilijker te realiseren en dus ook ambulantisering of een hybride aanpak waarbij de jeugdige deels op een groep verblijft en deels ambulant thuis wordt behandeld.

Hoewel het aantal OBC's beperkt is, blijkt het landschap complex. *Het* OBC bestaat niet. OBC's verschillen in omvang en aanbod. Door alle verschillen moeten kwantitatieve gegevens van de OBC's met veel voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Onder het 24-uursverblijf met behandeling – de residentiële capaciteit – vallen verschillende vormen die variëren in intensiteit van de behandeling, omvang van de groepen, leeftijd van de doelgroep, locatie (op een instellingsterrein of in de wijk), driemilieusvoorzieningen -waarin ook onderwijs onderdeel van de behandeling is – en naar specifieke bijkomende problematiek van de jeugdigen. OBC's bieden meer dan alleen residentiële behandeling. De laatste jaren is sterk ingezet op het ontwikkelen van intensieve ambulante (gezins)behandeling. Ook bieden zij onderzoek en diagnostiek, dagbehandeling en naschoolse opvang, meer hybride vormen van verblijf (deeltijdverblijf en logeeropvang), crisisopvang en specialistische begeleiding. Het onderscheid tussen 24-uursverblijf met behandeling en verblijf met specialistische ondersteuning is niet goed te trekken; er is sprake van een continuüm. Verblijf of opname is veelal een onderdeel van een veel langer ondersteunings- en behandelingstraject.

24-uursverblijf met behandeling voor de doelgroep van dit onderzoek wordt vooral uit de Jeugdwet en in beperktere mate uit de Wlz gefinancierd. Jeugdzorgregio's hanteren aanmerkelijke verschillen in tarieven voor dezelfde of vergelijkbare producten en ook hun verantwoordingsystematiek varieert. Aangezien OBC's afspraken hebben met meerdere jeugdzorgregio's betekent dit dat er ook binnen een OBC's verschillende tarieven voor vergelijkbare producten qua intensiteit van de behandeling zijn. Tevens verschilt de omschrijving en benaming van producten. Dit maakt dat de OBC's niet altijd goed onderling te vergelijken zijn. Het vergelijken van vraag en aanbod op het geaggregeerd niveau van residentiële capaciteit geeft weinig inzicht in de frictie tussen vraag en aanbod.

Een bijkomende complicerende factor in het onderzoek was de beperkte beschikbaarheid van kwantitatieve informatie over de instroom, doorstroom, uitstroom en wachtlijsten op het geaggregeerde niveau van de OBC's. Sturingsinformatie op het niveau van de OBC's was lastig te verkrijgen. De aangeleverde cijfers over de financiële situatie van OBC's hebben betrekking op een eenheid die meer omvat dan een OBC of ambulante hulpverlening is ook in de cijfers meegenomen. Ook de meeste jeugdzorgregio's hebben de informatie over instroom, doorstroom, uitstroom en wachtlijsten niet op het niveau van de regio voor de doelgroep jeugdigen met een LVB en bijkomende

gedragsproblematiek. Het merendeel van de jeugdzorgregio's heeft geen specifieke visie op deze doelgroep waardoor zij ook geen specifieke gegevens over deze doelgroep opvragen bij OBC's. Door het ontbreken van een visie op jeugdzorg aan jeugdigen met een LVB wordt te weinig rekening gehouden met de chroniciteit van de LVB. Om hier meer rekening mee te houden is het aan te raden dat jeugdzorgregio's en gemeenten een visie hebben op de jeugdzorg aan jeugdigen met een LVB en hun gezinnen.

Op basis van de interviews over de klantreizen en de kwalitatieve interviews kunnen we in kwalitatieve zin wel conclusies trekken over de belangrijkste knelpunten in vraag en aanbod:

- ⦿ Hoewel volgens de respondenten de totale wachtlijsten beperkt zijn, betekent dat niet dat er voor jeugdigen met een specifieke vraag altijd op korte termijn een passende plek is. Dit geldt vooral voor de meer intensieve behandeling en specifieke bijkomende problematiek en jonge kinderen.
- ⦿ Het komt regelmatig voor dat jeugdigen ook na afronding van hun behandeltraject nog (te) lang op een OBC verblijven door het ontbreken van een passende vervolgplek. Er worden vooral tekorten gesignaleerd in veilige verblijfsplekken voor jeugdigen die niet terug naar huis kunnen en vervolgplekken voor jongvolwassenen die meer ondersteuning nodig hebben dan begeleid wonen kan bieden.

De verschillende klantreizen kunnen niet worden onderbouwd met cijfers. Om meer inzicht te krijgen in de omvang van de tekorten bevelen we daarom aan een monitor in eerste instantie vooral te richten op het aantal jeugdigen dat wacht op 24-uursverblijf met behandeling opgesplitst naar intensiteit van de zorgvraag en het aantal jeugdigen dat op een OBC verblijft en wacht op een vervolgplek uitgesplitst naar type vervolgplek. Gezien de omvang van de doelgroep biedt een monitor op bovenregionaal niveau het best inzicht in de match tussen vraag en aanbod. Het is aan te raden om dit vervolgens door te vertalen naar de jeugdzorgregio's en gemeenten zodat zij zicht krijgen op de vraag naar en de kosten van deze vormen van jeugdzorg voor hun inwoners. De ontwikkeling van vraag naar 24-uursverblijf met behandeling kan echter niet los worden gezien van de ontwikkeling rond ambulantisering. Volgens de OBC's is het nodig dat intensieve behandeling eerder wordt ingezet om opname te voorkomen. Zij pleiten voor *matched care* in plaats van *stepped care*. Bij *stepped care* is het uitgangspunt licht interventies waar het kan, gevolgd door intensievere interventies als het moet. Dit betekent dat er veelal gestart wordt met lichtere interventies en pas als die onvoldoende resultaat geven intensievere interventies worden ingezet. Bij *matched care* wordt de behandeling afgestemd op de kenmerken van de jeugdige en het gezin zoals bijvoorbeeld ernst van de problematiek, cognitieve en sociale vaardigheden en behoeften. Belangrijk is dat de jeugdige en het gezin zo snel mogelijk de juiste behandeling krijgt. Bij *matched care* kan eerder intensieve ambulante behandeling worden ingezet en wordt verblijf een onderdeel van een heel behandeltraject wat flexibeler in wordt gezet als het nodig is. Dit doet meer recht aan de chroniciteit van de LVB. Hiervoor is wel nodig dat jeugdzorgregio's in hun visie rekening houden met de chroniciteit van de LVB-problematiek. Het is niet alleen van belang om

inzicht te hebben in hoeveel jeugdigen met een LVB en bijkomende gedragsproblematiek wachten op een intensieve (gezins)behandeling maar ook om meer mogelijkheden vanuit bekostigingssystematiek te hebben voor meer hybride vormen van verblijf waarin ambulante begeleiding en verblijf gecombineerd kunnen worden.

De OBC's onderschrijven de ontwikkeling van ambulantisering en kleinschaliger groepen. Bij het inrichten daarvan lopen zij tegen het dilemma aan van wat vanuit zorginhoudelijke overwegingen het beste is en wat rendabel is vanuit de bedrijfsvoering. Meer dan de helft van de OBC's heeft te maken met exploitatieverliezen tussen de 1 en 34%. Deze hebben meerdere oorzaken. Naast niet altijd kostendeekkende tarieven spelen stijgende personeelskosten vanwege arbeidsmarktproblematiek en stijgend ziekteverzuim en onevenredig zware administratieve lasten volgens de OBC's een rol.

De conclusie die we op basis van dit onderzoek kunnen trekken is dat het alleen monitoren van de residentiële capaciteit van OBC's geen antwoord geeft op de vraag of jeugdigen met een LVB en ernstige gedragsproblematiek tijdig passende behandeling en ondersteuning krijgen. Dit heeft onvoldoende inzicht in of de vraag en het aanbod van 24-uursverblijf voor deze doelgroep met elkaar in overeenstemming zijn. Er is een meer gedifferentieerd beeld nodig waarbij ook rekening wordt gehouden met de ontwikkeling van ambulante behandeling en meer hybride behandelvormen. Om meer grip te krijgen op de frictie tussen vraag en aanbod en het gesprek daarover te voeren is meer uniformering van benamingen van verblijfsvormen en producten aan te raden. Vereenvoudiging en uniformering kunnen ook leiden tot verlaging van de administratieve druk.



# Afkortingen

ASS	Autismespectrumstoornis
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
FACT	Flexible Assertive Community Treatment
FF	Families First
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
IHT	Intensive Home Treatment
IAG	Intensieve Ambulante Gezinsbehandeling
IOG	Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling
JA	Jeugdautoriteit
LOG	Langdurige Orthopedagogische Gezinsbehandeling
LTA	Landelijk Transitie Arrangement
LVB	Licht verstandelijke beperking
MDFT	Multidimensionele familietherapie (MDFT)
MST	Multisysteemtherapie
OBC	Orthopedagogisch behandelcentrum
OTS	Onder Toezichtstelling
PGB	Persoonsgebonden budget
PGO	Praktische Gezinsondersteuning
SGLVG-J	Sterk Gedragsgestoord Licht Verstandelijk Gehandicapt – Jeugd
TiC	Trauma Informed Care
VG	Verstandelijk gehandicapt
VNG	Vereniging Nederlandse Gemeenten
VOBC	Vereniging van Orthopedagogische Behandelcentra
Wlz	Wet langdurige zorg
ZIT	Zeer Intensieve Traumabehandeling

# 1 Inleiding en leeswijzer

## Aanleiding en context

De opgave vanuit de Jeugdwet is om a) de jeugdhulp zo thuis mogelijk te bieden; en b) als opname nodig is die zo kort mogelijk te laten duren. Dit betekent dus dat residentiële jeugdzorg zo min en zo kort mogelijk wordt ingezet. Feit is dat de capaciteit in de residentiële jeugdzorg de afgelopen jaren is afgebouwd. Er zijn en worden nieuwe behandelvormen ontwikkeld om residentiële opnames te voorkomen en om een andere (kleinschaligere) invulling te geven aan die opnames. Dat brengt echter het risico met zich mee dat jeugdigen met complexe problematiek niet de benodigde zorg krijgen of daar lang op moeten wachten door (on)voorzien sluitingen van residentiële groepen. Er is daarom behoefte aan inzicht in de huidige én gewenste capaciteit voor residentiële jeugdzorg en de ontwikkeling van alternatieven voor residentiële jeugdzorg. In hoeverre zijn vraag en aanbod met elkaar in evenwicht?

Voorliggend rapport beschrijft deze situatie voor een specifieke sector, namelijk die van de Orthopedagogische Behandelcentra (OBC's). Zij bieden gespecialiseerde behandeling aan jeugdigen en jongvolwassenen met een licht verstandelijke beperking (LVB) en ernstige gedragsproblematiek en hun gezinnen. In opdracht van de Jeugdautoriteit onderzocht DSP-groep in de periode maart-september 2021 het landschap van de Orthopedagogische Behandelcentra (OBC's).

Eind 2020 verbleven ongeveer 2.000 jeugdigen met een LVB en bijkomende ernstige gedragsproblematiek in een OBC. In Nederland zijn er twaalf OBC's verenigd in de Vereniging voor Orthopedagogische Behandelcentra (VOBC). Jeugdigen met een licht verstandelijke beperking hebben niet alleen een beperking in cognitieve vaardigheden (een IQ tussen 50 en 85), maar ook een beperking in adaptieve vaardigheden. Vooral dat laatste vraagt om specifieke zorg en ondersteuning. Zij hebben ook een verhoogde kans op het ontwikkelen van problemen met zichzelf en anderen, en op het ontwikkelen van psychische stoornissen in vergelijking met normaalbegaafde leeftijdsgenoten. Bovendien hebben deze stoornissen een betrekkelijk chronisch en stabiel karakter<sup>3</sup>. Er zijn volgens de website van het VOBC in Nederland naar schatting ruim een miljoen mensen met een IQ tussen de 50 en 85 en met bijkomende problemen. Ongeveer 11.000 kinderen en jongeren in die groep hebben ernstige problemen. Vaak is er sprake van meervoudige problematiek zoals gedragsproblemen, verslaving en schooluitval ([www.vobc.nu](http://www.vobc.nu)). Zij hebben specialistische hulp en ondersteuning nodig. Een deel van deze jeugdigen wordt opgenomen in een behandelgroep van één van de twaalf OBC's. We schatten dat de OBC's samen circa 2.400 plekken beschikbaar hebben om deze jeugdigen residentieel voor kortere of langere tijd te behandelen. Zij verblijven gemiddeld ongeveer veertien maanden in een OBC. De verschillen in verblijfsduur tussen individuele cliënten en in de verschillende vormen van verblijf zijn groot.

## Diversiteit en complexiteit

Hoe verhouden vraag en aanbod van de residentiële capaciteit zich tot elkaar in de OBC's? Die korte vraag liet zich minder gemakkelijk onderzoeken dan vooraf gedacht. Want hoewel het aantal OBC's beperkt is, blijkt het landschap divers en complex. Hét OBC bestaat niet. De verschillen tussen de OBC's zijn groot, zowel qua omvang als qua aanbod. Voor alle OBC's geldt dat ze veel meer doen dan residentieel behandelen, maar het residentieel aanbod verschilt in intensiteit, vorm en specifieke doelgroep. Ook is de grens tussen residentieel aanbod met specialistische behandeling en residentieel aanbod met ondersteuning niet altijd scherp te trekken. Hier gaan we in hoofdstuk 4 dieper op in. Dat alles maakt dat de OBC's zich onderling moeilijk laten vergelijken en dat cijfers niet eenduidig zijn. Een andere complicerende factor in ons onderzoek was de beperkte beschikbaarheid van kwantitatieve informatie over met name instroom, doorstroom, uitstroom en wachtlijsten geaggregeerd op het niveau van de OBC's (zie hoofdstuk 3 voor meer gedetailleerde informatie). Dergelijke obstakels hebben ervoor gezorgd dat het beeld van de vraag en het aanbod binnen de OBC's met dit onderzoek nog niet helemaal scherp is. Wel geeft het onderzoek actueel en verdiepend inzicht in het OBC-landschap en meer specifiek in de rol van 24-uursverblijf daarin, de knelpunten in vraag en aanbod en de uitdagingen voor de sector om aan de transformatieopgave uit de jeugdwet te voldoen.

---

<sup>3</sup> Van den Boogaard, M., Boven, S., Berg, M., Van den Blokenhoeve, J., Drost, J.W. (2020). Cognitieve gedragstherapie bij jeugdigen met een licht verstandelijke beperking en een psychische stoornis. Utrecht: Academische Werkplaats Kajak.

## Dankwoord

Het onderzoek en het rapport hadden niet tot stand kunnen komen zonder de medewerking van de OBC's en jeugdzorgregio's. Wij danken de respondenten voor het aanleveren van informatie en de tijd die ze hebben vrijgemaakt in hun drukke agenda's om mee te werken aan het onderzoek. Een speciale dank gaat uit naar de jongeren en ouders die met ons in gesprek zijn gegaan over de klantreis en de experts.

## Leeswijzer

Na deze inleiding starten we dit rapport in hoofdstuk 2 met de klantreis van de mensen voor wie de OBC's zijn bedoeld in beeld: jeugdigen (en hun ouders). Dit om een beeld te geven van de doelgroep van de OBC's. In hoofdstuk 3 beschrijven we de probleemstelling en de aanpak van het onderzoek. Hoofdstuk 4 bevat een beschrijving van het OBC-landschap. In hoofdstuk 5 beschrijven we het perspectief en de visie van de jeugdzorgregio's op de jeugdhulp aan jeugdigen met een LVB en gedragsproblematiek. We richten ons daarbij specifiek op 24-uursverblijf en we laten zien hoe de jeugdzorgregio's regie voeren op die visie. In hoofdstuk 6 vergelijken we de aandachts- en knelpunten tussen vraag en aanbod die door de OBC's en jeugdzorgregio's zijn genoemd. In hoofdstuk 7 bespreken we de wijze van financiering, de tarieven en de financiële situaties van de OBC's. In hoofdstuk 8 geven we een advies over mogelijkheden voor structurele monitoring van de ontwikkelingen in LVB-jeugdhulp en de benodigde capaciteit voor 24-uursverblijf met behandeling. Tot slot trekken we in hoofdstuk 9 conclusies en geven we aanbevelingen. In de bijlagen zijn de gedetailleerde onderzoeksvragen (en de mate waarin die in het onderzoek zijn beantwoord, een overzicht van de respondenten en de gebruikte onderzoeksinstrumenten opgenomen.

## 2

# Klantreis OBC

Zoals in de inleiding gezegd verblijven ongeveer 2.000 jeugdigen met een LVB en bijkomende ernstige gedragsproblematiek in een van de twaalf OBC's in Nederland. Voor jeugdigen en hun gezin betekent het verblijf een intensieve en emotionele periode waarin veel gebeurt. Maar ook de periode voorafgaand aan de opname in een OBC en de periode daarna staan in het teken van verandering, obstakels en vaak intensieve zorg en ondersteuning. Hoe ervaren betrokkenen die klantreis? Wat heeft hen daarbij geholpen en waar liepen zij tegenaan? Wat valt daarvan te leren?

### Maak kennis met Daan<sup>2</sup>

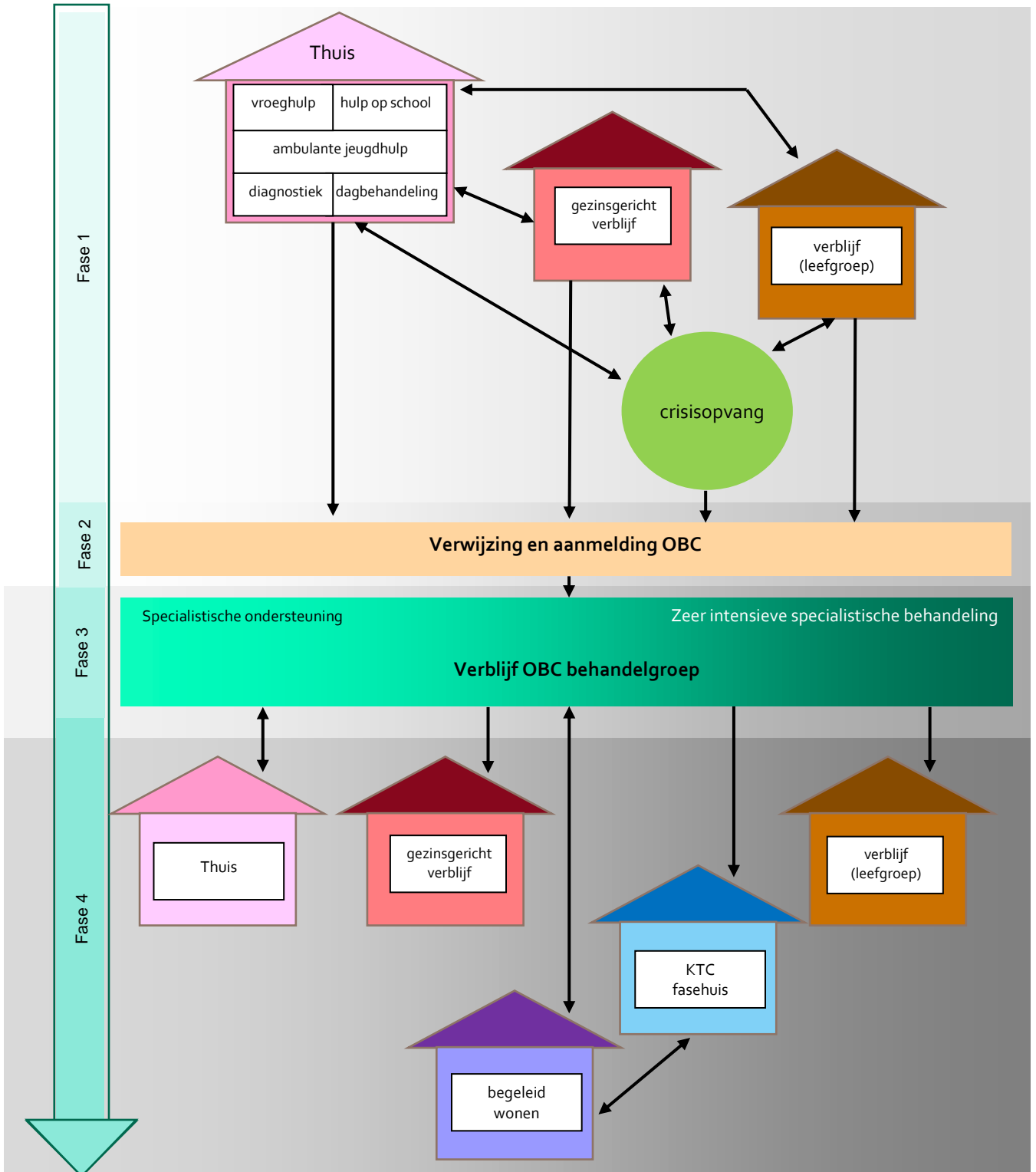
Daan is 18 jaar en heeft een LVB en gedragsproblemen. Hij is recent verhuisd van een behandelgroep van een OBC naar begeleid wonen. Daan heeft in zijn leven al veel meegemaakt. Tijdens zijn vroege kinderjaren had hij moeite met leren praten en ontwikkelen. Op school heeft hij veel problemen in de klas. Hij wordt soms agressief. De ouders van Daan vinden het moeilijk om alleen voor hem te zorgen. Er wordt een OTS uitgesproken en Daan krijgt een gezinsvoogd toegewezen. Daan en zijn ouders krijgen een verwijzing voor dagbehandeling en thuisbegeleiding. Het gaat echter niet goed met Daan thuis en hij wordt in de crisisopvang opgenomen. Hij wordt aangemeld bij een orthopedagogisch behandelcentrum. Samen met Daan en zijn ouders wordt bepaald dat hij op een behandelgroep gaat wonen. Er is nog niet meteen plek op de groep. Tijdens de periode dat hij wacht wordt Daan nogmaals in de crisisopvang opgenomen. Als Daan naar de behandelgroep verhuist, is het wennen. Hij is zijn vrijheid kwijt en moet zich aan nieuwe regels houden. Hij voelt zich niet thuis op de groep en heeft vaak ruzie met een groepsgenoot. Daan moet verhuizen naar een andere groep. Daan en zijn ouders moeten weer wachten en vinden dat vervelend. Dat geeft veel stress. Op de nieuwe groep gaat het na een periode van wennen wel goed met Daan. Hij gaat naar school vlakbij de behandelgroep. Op zijn 17<sup>de</sup> verhuist Daan naar begeleid wonen. Dat is een grote overgang. Als Daan 18 wordt, moet hij zelf zaken gaan regelen en een aanvraag doen voor de Wlz. Dat is ingewikkeld voor Daan. Hij vindt het fijn dat zijn begeleider bij begeleid wonen hem daarbij helpt.

De klantreis van Daan illustreert de weg die een jeugdige en zijn gezin aflegt voordat de jeugdige voor behandeling op een behandelgroep van een OBC wordt opgenomen en wat er na de behandeling daar gebeurt. De klantreis van elk gezin en elke jeugdige is uniek. Aan de hand van het verhaal van Daan zijn we in dit onderzoek met vier jongeren, vier ouders, en zes professionals in gesprek gegaan over de verschillende fasen in de klantreis. In figuur 2.1 visualiseren we verschillende klantreizen. In de klantreizen kunnen we grofweg vier fasen onderscheiden. We beschrijven die verschillende fasen kort vanuit het perspectief van de jongeren, de ouders en professionals. De verschillende klantreizen

<sup>2</sup> Het verhaal van Daan is opgesteld op basis van focussessies die zijn gehouden met meerdere jongeren en ouders in het kader van ons onderzoek in combinatie met een klantreis uit het strategisch document van een van de OBC's in ons onderzoek.

kunnen we niet met cijfers onderbouwen omdat de meeste OBC's deze cijfers over instroom, doorstroom en uitstroom centraal beschikbaar hebben (zie hoofdstuk 3 voor nadere toelichting hierop). De verschillende klantreizen bieden aanknopingspunten voor verdere monitoring (zie hoofdstuk 8).

Figuur 2.1 De fasen in een klantreis van jeugdigen die op een OBC worden opgenomen



## Fase 1 Kinderjaren en ambulante hulp

In de jonge kinderen jaren wordt vaak al duidelijk dat het kind verschilt van leeftijdsgenootjes. Dit uit zich op diverse manieren. Vaak wordt het duidelijk door contact met leeftijdsgenootjes of doordat ouders merken dat hij/zij erg verschilt van een oudere broer of zus. In die fase zoeken ouders dan vroeghulp of ambulante hulp. Bij sommige kinderen openbaren de problemen zich pas als het kind naar school gaat. Vaak zijn gedragsproblemen op school dan de aanleiding voor het zoeken naar hulp. Het kind krijgt eerst begeleiding op school of thuis. Er vindt veelal een stapeling van lichte vormen van ambulante jeugdhulp plaats. Bij veel jongeren die op een OBC worden opgenomen is er sprake van een kinderbeschermingsmaatregel. De gezinsvoogd speelt dan een rol bij de verwijzing naar een OBC.

## Fase 2 Verwijzing naar en aanmelding bij OBC

Voor ouders doet het pijn als hun kind niet meer thuis kan wonen. Zij hebben vaak al veel hulpverlening gehad voordat een verwijzing voor opname komt. Ze zien op dat moment geen andere uitweg. Ook jeugdigen zien vaak in dat thuis op dat moment niet meer de geschikte plek is om te wonen. Ouders ervaren de fase van onderzoek en diagnostiek als zwaar. De wachttijden zijn voor sommige jeugdigen lang. De wachttijden verschillen. Wat als lang wordt ervaren verschilt ook per jeugdige en per ouder. Dit is mede afhankelijk van de ernst van de problematiek en de route die reeds is afgelegd. Ook duurt het soms lang voordat duidelijk is dat er sprake is van een LVB (voor zover dat in fase 1 niet al is vastgesteld). Niet alle jeugdigen worden vanuit de thuissituatie bij een OBC aangemeld. Er zijn vier routes naar een OBC:

- 1 Als de ingezette hulp niet tot de beoogde resultaten leidt, wordt door een verwijzer (huisarts, wijkteam, gezinsvoogd) doorverwezen naar een OBC.
- 2 Vanuit gezinsgerichte jeugdhulp (gezinshuis of pleeggezin). De gedragsproblematiek van de jeugdige is te ernstig voor het gezinshuis of pleeggezin.
- 3 Via de crisisopvang. De situatie thuis is niet meer houdbaar en het kind wordt opgenomen in de crisisopvang. We horen dat veel jeugdigen vanuit de crisisopvang naar een OBC doorstromen. Soms zijn meerdere crisisopnames nodig voordat een jeugdige op een behandelgroep wordt opgenomen.
- 4 Doorverwijzing vanuit een andere instelling (gesloten jeugdzorg, ggz of andere jeugdzorginstelling), vaak nadat de diagnose LVB wordt gesteld.

## Fase 3 Opname en behandeling op de groep

Na de verwijzing krijgen de jeugdige en de ouders een intakegesprek op het OBC. Als vervolgens duidelijk wordt dat de jeugdige op een behandelgroep gaat wonen, is er niet altijd direct een passende plek beschikbaar. De wachttijden voor een opname verschillen. Sommige jeugdigen hadden direct een plek, anderen moesten wachten. Terwijl jeugdigen en gezinnen wachten, wordt overbruggingszorg gegeven, bijvoorbeeld in de vorm van ambulante spoedhulp. Het komt ook voor dat een jeugdige op

een groep wordt geplaatst, die toch niet passend blijkt te zijn. Jeugdigen verhuizen dan tussen verschillende groepen en ook tussen instellingen totdat zij op een passende plek zitten.

Hoe ervaren jeugdigen en ouders de opname?

- ③ Voor sommige jeugdigen en ouders betekent een opname rust en opluchting. Het ging niet meer thuis of in het pleeggezin. Jeugdigen kiezen er soms zelf voor om niet meer thuis te wonen.
- ③ Jeugdigen hebben in het begin vaak moeite met de vrijheden die worden afgenomen. Zij missen de sociale contacten buiten de instelling en vinden het moeilijk hun ouders weinig te zien.
- ③ Ook voor ouders is het wennen dat zij geen deel uitmaken van het dagelijks leven van hun kinderen.
- ③ Jeugdigen hebben soms ruzie met medebewoners en begeleiders.
- ③ School blijft een moeilijke opgave en een plek waar zich problemen en ruzies voordoen.
- ③ Sommige jeugdigen zijn al een tijd niet naar school geweest. Zij kunnen niet meteen instromen op een school.
- ③ Het is voor ouders niet altijd duidelijk op welk soort plek hun kind is terecht gekomen. Pas later wordt hen vaak duidelijk dat er verschillende vormen van behandelgroepen zijn; ook binnen één instelling.
- ③ De behandelplannen worden door ouders en jeugdigen als ingewikkeld en onhaalbaar ervaren. De lange termijn doelen werken demotiverend en zijn voor de jeugdigen te abstract; het moet gaan om kleine stappen.

Volgens meerdere professionals<sup>3</sup> van de OBC's is na opname eerst een fase van stabilisatie en wennen nodig. Er kan niet meteen met de behandeling worden gestart. Als jeugdigen al meerdere plaatsingen achter de rug hebben en de problematiek complex is, duurt dit volgens de professionals langer. Als jeugdigen op latere leeftijd instromen is volgens meerdere professionals weinig tijd voor de behandeling.

## Fase 4 Na afronding van de behandeling

Na afronding van de behandeling op de OBC-behandelgroep zijn er verschillende mogelijkheden:

- ③ De jeugdige gaat terug naar huis (veelal met ambulante hulp of ondersteuning).
- ③ De jeugdige gaat naar een gezinshuis. Deze zijn echter beperkt beschikbaar.
- ③ De jeugdige verhuist naar een andere groep met minder intensieve behandeling of een woongroep (binnen dezelfde of een andere instelling).
- ③ De jeugdige verhuist naar een kamertrainingscentrum of een fasehuis.
- ③ De jeugdige verhuist naar begeleid wonen.

---

<sup>3</sup> Deze punten zijn niet alleen in de gesprekken over de klantreis genoemd maar ook in meerdere interviews met de elf OBC's.



Terug naar huis wordt niet altijd gemakkelijk gevonden door ouders en jeugdigen. Als er thuis niks is veranderd of als er geen ondersteuning is, gaat het soms weer mis. Veel jeugdigen gaan na de behandeling niet terug naar huis. Zij moeten dan weer verhuizen naar een andere instelling of een andere vorm van jeugdhulp. Sommige jeugdigen noemen in hun klantreis wel vijf tot tien verhuizingen. Ook professionals benoemen dat sommige jeugdigen veel verhuizingen zowel tussen als binnen instellingen meemaken. Als de jeugdigen uitbehandeld zijn en er is nog geen passende vervolgplek gevonden, blijven zij op de behandelgroep wonen.

Als jeugdigen 16 of 17 jaar zijn dan is een vervolgstap vaak begeleid wonen of kamertraining. Voor veel jeugdigen met een LVB is het een (te) grote stap van leven op een groep naar begeleid wonen. Zij krijgen ineens meer verantwoordelijkheden en moeten zelf meer doen (schoonmaken, koken en andere huishoudelijke taken). Dat vinden ze moeilijk en dat gaat soms niet goed. Het komt regelmatig voor dat ze dan weer terugverhuizen naar de groep. Dit is niet wat ze willen. Na jaren op een groep willen ze graag meer zelfstandig wonen, maar dat vraagt dus vaak meer begeleiding dan wat begeleid wonen kan bieden.

Als jeugdigen 18 jaar worden, vallen ze in principe niet meer onder de Jeugdwet. Wel is in sommige gevallen een verlenging tot 23 jaar mogelijk als wordt vastgesteld dat de jeugdige nog een ontwikkelingsperspectief heeft. Dit is echter niet altijd gemakkelijk te regelen. Als de jeugdzorg stopt, moet er veel zelf worden geregeld, bijvoorbeeld het aanvragen van een Wlz-indicatie en/of een Wajong. Het aanvragen van een Wlz-indicatie ervaren zij als ingewikkeld en veel werk. Voor deze jongvolwassenen is de toekomst onzeker. Zij vinden dat er te veel van hen wordt gevraagd. Het gaat ook niet altijd goed. Het verschilt per instelling hoe dit proces wordt begeleid. Volgens de professionals is voor deze doelgroep de stap naar "volwassenheid" op 18 jaar erg groot. Zij zijn nog onvoldoende in staat om zelf al de regie te voeren. Ook ouders vinden de overgang moeilijk. Zij zijn onzeker over wat mogelijk is voor hun kind en kunnen vaak niet de begeleiding bieden die nodig is.

## 3 Probleemstelling en aanpak onderzoek

### 3.1 Probleemstelling

In de praktijk is de afgelopen jaren een trend te zien van wijzigingen in de beschikbaarheid en benodigde capaciteit van residentiële jeugdzorg. Het verminderen van de capaciteit in de residentiële jeugdzorg is weliswaar breed gedragen beleid (van de VNG, VWS en zorgaanbieders), maar het risico bestaat dat door (on)voorzien sluitingen jeugdigen met complexe problematiek niet de benodigde zorg krijgen of daar lang op moeten wachten. Er is momenteel onvoldoende inzicht in wat de beschikbare capaciteit is en welke capaciteit nodig is om deze jeugdigen tijdig passende jeugdhulp te bieden. Hierdoor bestaat niet alleen het risico voor jeugdigen dat zij niet (tijdig) de passende jeugdhulp krijgen, maar hebben ook jeugdzorgregio's en gemeenten niet goed zicht op de daadwerkelijke concrete behoefte aan capaciteit (landelijk en regionaal). Er is niet alleen niet goed zicht op het aantal plaatsen waar behoefte aan is, maar ook niet op welke vormen van residentiële jeugdzorg nodig zijn. Dit kan ertoe leiden dat jeugdigen niet geplaatst kunnen worden (wachtlijsten). Voor aanbieders zijn de ontwikkelingen in de richting van meer open behandelingen en/of alternatieve vormen voor residentiële jeugdzorg een bedreiging voor hun huidige capaciteit (bezetting), die gezien de hoge kosten kan leiden tot het moeten afbouwen van deze capaciteit vanuit financiële redenen (in verband met het in stand houden van de continuïteit van de instelling).

De Jeugdautoriteit (JA) wil meer zicht krijgen op de ontwikkelingen in de residentiële jeugdzorg en op de benodigde residentiële capaciteit inclusief alternatieve vormen. De JA velst geen oordeel over hoeveel aanbod en welke hulpsoort wenselijk is. Daar gaan de opdrachtgevers, in casu enerzijds de individuele gemeenten en jeugdzorgregio's en anderzijds de zorgkantoren (in het kader van de Wet langdurige zorg (Wlz)) over. Wel dient de JA, gegeven haar onderzoekstaken in relatie tot de continuïteit van zorg, zicht te hebben op vraag en aanbod van jeugdhulp en de ontwikkelingen hierin. Het is voor de JA namelijk van belang te voorkomen dat er, door individuele keuzes van vragers of aanbieders met betrekking tot een bepaalde vorm van jeugdzorg, gaten vallen in het jeugdzorglandschap (op landelijk niveau), waardoor ook andere gemeenten of aanbieders ongewild geraakt worden.

De JA is daarom medio 2020 gestart met een verkenning naar de residentiële jeugdzorg. Gezien de complexiteit van de residentiële jeugdzorg pakt de Jeugdautoriteit onderzoek hiernaar gefaseerd aan. Als eerste stap wil zij inzicht in de beschikbare en de benodigde residentiële capaciteit – 24-uurs zorg met verblijf – op korte en lange termijn voor de LVB-jeugdigen met ernstige gedragsproblematiek en hun gezinnen die door OBC's wordt geboden. Het doel is om inzicht te krijgen in (de ontwikkeling van) het aanbod van en de vraag naar residentiële jeugdzorg binnen het OBC-landschap in relatie tot het

waarborgen van zorgcontinuïteit voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking en ernstige gedragsproblematiek en hun gezinnen. DSP-groep heeft tussen maart en september 2021 dit onderzoek uitgevoerd.

## 3.2 Doel en scope van het onderzoek

Het doel van het onderzoek naar het OBC-landschap is om meer inzicht te krijgen in de (ontwikkeling) van het aanbod en de vraag naar deze zorg, inclusief de spreiding ervan over de verschillende jeugdzorgregio's, en daardoor een bijdrage te leveren aan de beoogde ontwikkelingen en het waarborgen van de zorgcontinuïteit. De Jeugdautoriteit wil daarbij in kwantitatieve zin inzicht krijgen op de ontwikkeling van de residentiële capaciteit van de OBC's en in kwalitatieve zin in de ontwikkeling van alternatieven voor residentiële jeugdzorg.

In de praktijk worden verschillende termen gebruikt voor residentiële capaciteit: intramuraal, jeugdhulp met verblijf, 24-uursverblijf. In de Jeugdwet (2014) wordt jeugdhulp met verblijf als volgt gedefinieerd:

*Het betreft hulp en zorg aan jongeren en hun ouders bij psychische, psychosociale en of gedragsproblemen, een verstandelijke beperking van de jongere, of opvoedingsproblemen van de ouders. De jongere verblijft elders. Of anders gezegd, de jongere slaapt formeel niet thuis in het eigen gezin. Dit betekent dat het hier alleen om de verblijfsvormen gaat waarbij er sprake is van een overnachting. Ook verblijf in logeerhuizen, alleen tijdens weekenden of juist door de week, vallen onder jeugdhulp met verblijf. Het betreft alleen jeugdhulp die in natura is geleverd, omdat van een PGB voor jeugdzorg niet bekend is welk soort jeugdhulp met het PGB is ingekocht.*

Daarnaast onderscheidt de Jeugdwet ook gezinsgerichte jeugdhulp met verblijf:

*Alle vormen van verblijf die een gezinssituatie benaderen, maar geen pleegzorg zijn. Te denken valt aan gezinshuizen, logeerhuizen en zorgboerderijen waar overnacht wordt. PGB gefinancierde jeugdhulp is hierin niet meegenomen.*

OBC's richten zich primair op de behandeling van jeugdigen en jongvolwassenen en hun gezinnen. Daarom hebben we in dit onderzoek de focus gelegd op residentieel verblijf met behandeling. Daarnaast bieden de meeste OBC's ook andere vormen van residentieel verblijf. Het bleek niet altijd gemakkelijk om strikt het onderscheid te maken tussen 24-uursverblijf met behandeling en 24-uursverblijf waar het accent meer ligt op wonen met ondersteuning. Hier gaan we in hoofdstuk 4 dieper op in.

Daarnaast bieden OBC's niet alleen gespecialiseerde behandeling binnen de setting van 24-uursverblijf. Zij bieden ook onderzoek en diagnostiek, (intensieve) ambulante (gezins)behandeling en deeltijd- en dagbehandeling. De ontwikkeling in de residentiële capaciteit kan niet los worden gezien van de ontwikkeling in de andere vormen van jeugdhulp die door de OBC's worden geboden. In dit onderzoek ligt de focus van het kwantitatieve onderzoek op de ontwikkeling van de residentiële capaciteit. Deze vormen het aangrijpingspunt om in kwalitatieve zin de ontwikkelingen in het bredere jeugdhulpaanbod van de OBC's in kaart te brengen.

## 3.3 Aanpak

In het onderzoek zijn onderzoeksvragen (zie bijlage 1) geformuleerd op de volgende thema's :

- 1 In kaart brengen van de OBC-sector (als onderdeel van het jeugdhulplandschap en ketenvraagstuk).
- 2 In kaart brengen van de OBC-capaciteit (24-uurs zorg met verblijf).
- 3 In kaart brengen van de ontwikkelingen in OBC-capaciteit (24-uurs zorg met verblijf) en alternatieve vormen voor 24-uurs zorg met verblijf.
- 4 Visie op LVB-jeugdhulp en benodigde capaciteit (per regio) en de realisatie daarvan.
- 5 Financiële cijfers OBC.
- 6 Tarieven voor 24-uurs zorg met verblijf.
- 7 Knelpunten in capaciteit (aanbod en vraag).
- 8 Monitoring van ontwikkelingen in LVB-jeugdhulp en benodigde capaciteit (per regio).

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden hebben wij verschillende onderzoeksmethoden ingezet. Het onderzoek heeft plaatsgevonden bij 11 van de 12 OBC's die lid zijn van de VOBC en onder 32 van de 42 jeugdzorgregio's (zie bijlage 2 voor een overzicht van de deelnemende OBC's en jeugdzorgregio's).

### **Deskresearch**

Om inzicht te krijgen in de achtergrond van OBC's en jeugdzorg voor jeugdigen met een LVB en hun gezinnen, hebben wij een beknopte deskresearch uitgevoerd naar recente studies over 24-uursverblijf in algemene zin, jeugdzorg voor jeugdigen met LVB en specifiek 24-uursverblijf. Daarnaast hebben wij een documentenanalyse uitgevoerd op de visie en beleidstukken van de VOBC en de OBC's.

### **Analyse kwantitatieve gegevens**

Om inzicht te krijgen in de ontwikkeling van de 24-uursverblijfs capaciteit en financiële gegevens van de OBC's hebben we een format opgesteld (zie bijlage 3). Het format is ingevuld door de controllers van 10 van de 11 participerende OBC's. Eén OBC heeft geen kwantitatieve gegevens aangeleverd. Twee instellingen hebben afzonderlijk kwantitatieve informatie aangeleverd over twee locaties. Niet alle OBC's konden op geaggregeerd niveau informatie aanleveren. Vooral informatie over instroom, doorstroom, uitstroom en wachtlijsten hebben we niet ontvangen. Er zijn hiervoor meerdere redenen.

De administratieve druk bij OBC's is hoog. Zij hebben te maken met veel verschillende subsidiënten en een ingewikkeld verantwoordingsregime. OBC's hebben meerdere groepen en locaties voor 24-uursverblijf met behandeling en de sturing vindt vooral plaats op het niveau van de groep. De OBC's beschikken niet over gegevens op organisatieniveau. Het bleek voor de helft van de OBC's te ingewikkeld en arbeidsintensief om informatie uit cliëntendossiers te halen en ze vervolgens op OBC-niveau te aggregeren. (zie bijlage 2 voor een overzicht van het aantal OBC's dat informatie heeft aangeleverd per type informatie).

### **(Groeps) interviews**

Om meer zicht te krijgen op de kwalitatieve ontwikkeling hebben we verschillende groepsinterviews via beeldbellen gehouden (zie tabel 3.1 voor een overzicht).

Per OBC heeft een groepsinterview - en voor één OBC twee interviews - plaatsgevonden met minimaal drie professionals: directie, manager of hoofd behandeling of gedragsdeskundige van de OBC, business controller en medewerker cliëntenadministratie of zorgbemiddelaar. Voorafgaand aan het interview hebben we de OBC gevraagd het format in te vullen (zie bijlage 4).

Om zicht te krijgen op de visie van de jeugdzorgregio's op de jeugdhulp aan de doelgroep van dit onderzoek en hun perspectief op de ontwikkelingen in vraag en aanbod van de residentiële jeugdzorg, zijn kwalitatieve interviews uitgevoerd met één of meerdere accounthouders van negen jeugdzorgregio's. De regio's zijn geselecteerd op basis van spreiding over Nederland, variantie in de ontwikkeling van jeugdzorg met verblijf in de afgelopen jaren en OBC's waarmee afspraken worden gemaakt (interviewleidraad: zie bijlage 5).

Om zicht te krijgen op de klantreizen hebben we een focussessie georganiseerd met vier jeugdigen, drie ouders en een ondersteuner via de cliëntenvertegenwoordiging in vier OBC's. Eén ouder is apart geïnterviewd. Aan de hand van de verschillende fase in een klantreis van een van de OBC's zijn we met drie groepjes (een met ouders en twee met jongeren) in gesprek gegaan over hun ervaringen. Drie cliënten hebben op het laatste moment afgezien van deelname aan het groepsgesprek. In drie interviews met zeven professionals van vier OBC's en drie jeugdzorgregio's zijn we in gesprek gaan over hun perspectief op de verschillende fasen in de klantreis.

Tot slot hebben we vijf experts geïnterviewd over ontwikkelingen van alternatieven voor residentiële capaciteit en ontwikkelingen in het zorglandschap. Dit als aanvulling op het perspectief van OBC's en jeugdzorgregio's (zie bijlage 2 voor een overzicht van de geïnterviewde experts).

Tabel 3.1 Type interviews, aantal en aantal respondenten

Type interviews	Aantal
Groepsinterview VOBC	1
Toelichtende interviews op kwantitatieve gegevens met controllers	7
Groepsinterviews met OBC's	12 interviews met 39 respondenten
Kwalitatieve verkennende interviews met jeugdzorgregio's	9 interviews met 15 respondenten
Groepsinterview met ouders en jeugdigen over klantreis	4 jeugdigen en 4 ouders en een ondersteuner
Groepsinterview met professionals (OBC's en jeugdzorgregio's) over klantreis	3 interviews met in totaal zeven respondenten
Interviews met experts	4 interviews met 5 respondenten

### Digitale vragenlijst jeugdzorgregio's

Om het beeld uit de interviews met de negen jeugdzorgregio's te toetsen, hebben we een digitale vragenlijst uitgezet onder de accounthouders van de 42 jeugdzorgregio's (zie vragenlijst in bijlage 6). 31 jeugdzorgregio's hebben de vragenlijst ingevuld. Dit is een respons van 75%.<sup>4</sup> Acht van de negen jeugdzorgregio's uit de interviews hebben ook de vragenlijst ingevuld. We hebben dus een beeld van 32 van de 42 jeugdzorgregio's.

### Analyse en presentaties gegevens

We presenteren de gegevens van de OBC's anoniem in deze rapportage en om te voorkomen dat gegevens herleidbaar zijn naar instellingen, gebruiken we in verschillende tabellen verschillende letters. De antwoorden in de kwalitatieve interviews van de verschillende OBC's zijn met elkaar vergeleken. In deze rapportage benoemen we de kwalitatieve bevindingen die door de respondenten van meerdere OBC's zijn genoemd. We hanteren daarbij de volgende indeling: *alle*, *bijna alle* (een of twee niet), *de meeste* (tussen de 6 en 8), *meerdere* (meer dan één maar minder dan de helft). Hetzelfde geldt voor de kwalitatieve bevindingen van de jeugdzorgregio's: *alle*, *bijna alle* (een of twee niet), *de meeste* (tussen 5 en 7) en *meerdere* (meer dan één maar minder dan de helft).

<sup>4</sup>Voor sommige jeugdzorgregio's waren meerdere vragenlijst ingevuld. De meest volledig ingevulde vragenlijst is geselecteerd voor de analyse.

## 4 Orthopedagogische behandelcentra

In dit hoofdstuk geven we een beschrijving van de orthopedagogische behandelcentra, de vormen van residentiële behandelingen die ze bieden, en de ontwikkelingen in het kader van de transformatie opgave in kwantitatieve en kwalitatieve zin. De resultaten in dit hoofdstuk zijn gebaseerd op de aangeleverde kwantitatieve gegevens en documenten van de OBC's en de interviews met de OBC's.

### 4.1 Wat zijn OBC's

In Nederland zijn er twaalf OBC's die zijn aangesloten bij de brancheorganisatie van instellingen voor behandeling en begeleiding van kinderen, jongeren en jongvolwassenen met een licht verstandelijke beperking en ernstige gedragsproblematiek: de Vereniging Orthopedagogische Behandelcentra (VOBC).

De VOBC hanteert de volgende definitie van OBC:

*Een OBC is een instelling voor gespecialiseerde behandeling van jeugdigen en jongvolwassenen met een licht verstandelijke beperking (LVB) en ernstige gedragsproblematiek en hun gezinnen.*

In de gesprekken met de OBC's bleek echter dat het verschil tussen begeleiding en behandeling en het verschil tussen wonen en wonen met behandeling niet altijd scherp te maken is. Dit heeft meerdere redenen:

- 24-uursverblijf met behandeling is onderdeel van een behandel- en begeleidingstraject. OBC's bieden meer dan alleen residentiële behandeling, namelijk ook diagnostiek en onderzoek, ambulante behandeling en dag- en deeltijdbehandeling. Binnen een behandeltraject wordt zowel behandeling als begeleiding gegeven. Er is dan niet altijd een harde lijn te trekken tussen waar de behandeling stopt en de begeleiding begint. De scheidingslijn tussen residentiële behandeling en het andere zorgaanbod van een OBC is daarom fluïde.
- Jeugdigen in 24-uursverblijfvoorzieningen blijven soms langer dan behandeling nodig is in de voorziening wonen, omdat er geen geschikte vervolgplekken voorhanden zijn.
- De meeste OBC's zijn onderdeel van een organisatie die ook andere vormen van jeugdhulp biedt, ook voor jeugdigen met een LVB zonder gedragsproblematiek. Het onderscheid tussen behandeling en 24-uursverblijf zonder behandeling is dan niet altijd scherp te maken.

In het voorjaar van 2021 heeft het VOBC haar visie op de toekomst van de OBC's vastgesteld. Ook in die visie wordt duidelijk dat de overgang tussen behandeling en ondersteuning niet altijd hard te trekken is:

*OBC's zetten zich in voor het creëren van perspectief voor jeugdigen en jongvolwassenen met een LVB en ernstige gedragsproblematiek en hun gezinnen. Zij creëren perspectief op een zelfstandig leven en op meedoen in de samenleving waar nodig met ondersteuning en behandeling. De OBC's doen wat jeugdigen uit deze doelgroep daarvoor nodig hebben: het bieden van gespecialiseerde behandeling, toegespitst op personen met een licht verstandelijke beperking en bijkomende problematiek. Die behandeling heeft als doel dat jeugdigen zich naar hun mogelijkheden ontwikkelen, hen te leren omgaan met hun beperking en om de bijkomende problematiek te verminderen. De context c.q. gezinssituatie wordt daarbij altijd in de behandeling meegenomen en betrokken (VOBC, Doen wat nodig is, p. 1).*

Onderhavig onderzoek richt zich op de OBC's die lid zijn van de branchevereniging VOBC. Om lid te kunnen worden, moeten zij aan bepaalde kwaliteitsvoorwaarden<sup>5</sup> voldoen. Vervolgens wordt elke twee jaar een visitatiecyclus uitgevoerd. De zorgkwaliteit van een OBC wordt dan door een collega-instelling beoordeeld. In 2018 en 2019 is de eerste cyclus uitgevoerd. De volgende visitatiecyclus is gepland voor 2021.

## Verschillen tussen OBC's

Hoewel de OBC's allen gemeen hebben dat ze gespecialiseerde behandeling geven aan jeugdigen en jongvolwassenen met een LVB en ernstige gedragsproblematiek, zijn het toch heel diverse instellingen. De 12 OBC's die lid zijn van de VOBC verschillen op de volgende kenmerken.

- ① *Zelfstandige OBC's versus onderdeel van een grotere zorgorganisatie*  
Sommige OBC's zijn zelfstandige, gespecialiseerde instellingen voor zorg aan personen met een licht verstandelijk beperking (drie van de 11). De andere OBC's zijn onderdeel van grotere organisaties die naast behandeling aan de doelgroep van de OBC ook andere jeugdhulp of andere zorg aan de doelgroep en/of aan andere doelgroepen bieden. Twee OBC's zijn onderdeel van een organisatie voor zorg aan personen met een verstandelijke beperking, twee OBC's zijn onderdeel van een organisatie voor jeugdzorg (waarvan een voor gesloten jeugdzorg), drie OBC's zijn onderdeel van een organisatie die zowel jeugdzorg als zorg aan personen met een verstandelijke beperking biedt, een OBC is onderdeel van een instelling voor maatschappelijke hulpverlening en een OBC onderdeel van een organisatie die gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg biedt.
- ② *Een of meerdere locaties*  
Sommige OBC's hebben op één locatie meerdere intramurale groepen, bij andere OBC's zijn de intramurale groepen gesitueerd in een wijk en weer andere OBC's hebben een combinatie van beiden.

<sup>5</sup>De kwaliteitscriteria hebben betrekking op: A. Doelrealisatie, B. Cliëntveiligheid, C. Ouder- en cliënttevredenheid, D. Pedagogisch klimaat, E. Maatwerk in diagnostiek, F. Effectieve behandelinterventies, G. Onvrijwillige zorg, H. Systeemgerichte benadering, I. Preventie/vroegsignalering, J. Ketenzorg en continuïteit van behandeling, K. Kwaliteit van medewerkers.



### 🕒 *Doelgroep*

Het merendeel van de OBC's richt zich op jeugdigen en jongvolwassenen tot 23 jaar en hun gezinnen. Eén OBC biedt zowel hulp aan jeugdigen als volwassenen met een LVB en één OBC richt zich vooralsnog op jongvolwassenen en opent het komende jaar ook een groep voor jeugdigen onder de 18 jaar. Daarnaast zijn er OBC's die een behandeling bieden voor specifieke bijkomende problematiek zoals autisme, psychiatrische problematiek en slachtoffers van seksuele uitbuiting.

### 🕒 *De omvang van de beschikbare residentiële capaciteit*

Er zijn grote verschillen in de capaciteit van de OBC's. Hier gaan we in 4.3. verder op in.

OBC's bieden naast 24-uursverblijf met behandeling ook diagnostiek en onderzoek, ambulante behandeling, dagbehandeling en andere hybride vormen van behandeling.

## 4.2 Vormen van 24-uursverblijf met behandeling binnen OBC's

Zoals eerder gezegd bieden OBC's meer dan alleen 24-uursverblijf met behandeling. De organisatie en intensiteit van de behandeling verschilt. Daarbij valt het op dat instellingen voor vergelijkbare organisatievormen verschillende benamingen gebruiken. In tabel 4.1 hebben we een indeling gemaakt van de verschillende vormen van 24-uursverblijf waarbij ook sprake is van behandeling, waarbij we onderscheid maken tussen de van oorsprong meer traditionele behandelgroepen, gezinshuizen en vormen van deeltijdverblijf. Binnen de behandelgroepen kunnen we dan weer onderscheid maken naar verschillende kenmerken: driemilieusvoorzieningen, leeftijd, intensiteit van de behandeling of behandeling voor een specifieke doelgroep. Deze kenmerken hebben consequenties voor de grootte van de leefgroep.

Driemilieusvoorzieningen betreffen verblijf met overnachting op een behandelgroep gesitueerd op een terrein. Op het terrein bevinden zich naast behandelgroepen een school en diverse vrije tijdsomgelegheden. Er zijn mogelijkheden voor de inzet van therapie op het terrein. Er is dus een hoge mate van toezicht, veiligheid en voorspelbaarheid binnen de drie leefsferen (wonen, onderwijs en vrije tijd). In de andere gevallen zijn behandelgroepen gesitueerd op een terrein waar geen school aanwezig is of zijn de behandelgroepen in de wijk gesitueerd. De jeugdigen gaan naar een school buiten de instelling.

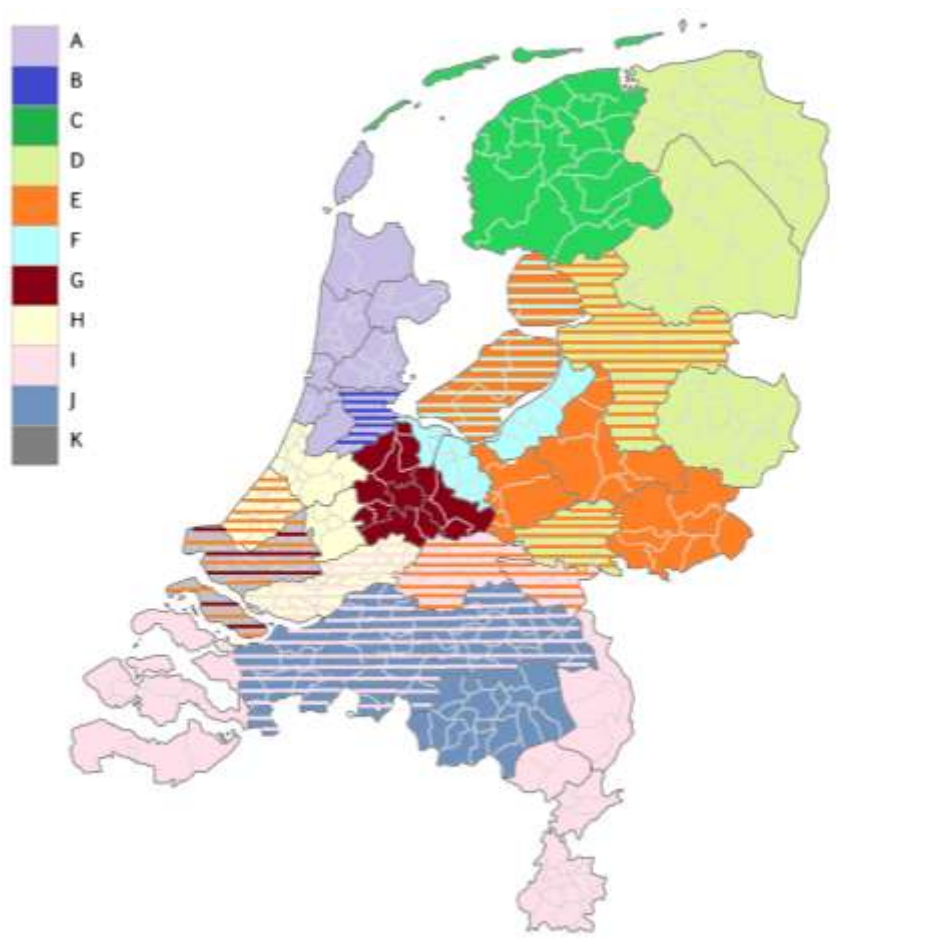
Tabel 4.1 Vormen van 24-uursverblijf met behandeling

Vormen	Varianten	Aantal OBC's
<p><b>Behandelgroep</b> Leefgroep voor meestal 6 tot 9 jongeren. Behandeling op de groep en vrije tijd. De jongeren gaan naar een school buiten de instelling.</p>	<p><b>Naar leeftijd:</b> jonge kinderen (&lt;12 of 14 jaar), jongeren (12-18 jaar), jongeren en jongvolwassenen (16-23 jaar), jongvolwassenen (18+) <b>Naar intensiteit van de behandeling:</b> zeer intensief versus intensief <b>Naar locatie:</b> in een woonwijk versus op een instellingsterrein <b>Naar aantal jongeren op een groep</b> <b>Naar specifieke problematiek:</b> voorbeelden: YIP! (behandeling van slachtoffers van seksuele uitbuiting), Orthopsychiatrische behandeling voor kinderen met bijkomende psychiatrische problematiek</p>	11
<p><b>Driemilieus behandelgroep</b> Leefgroep voor meestal 6 tot 9 jongeren. Het onderwijs vindt ook plaats op dezelfde locatie als de leefgroep.</p>	Zie behandelgroep	6
<p><b>Jeugd sterk gedragsgestoord licht verstandelijk gehandicapt (j-sglvg)</b> Behandelgroep voor ca 6 jeugdigen met ernstige gedragsproblematiek in een driemileusvoorziening. Wordt gefinancierd vanuit landelijk transitiearrangement.</p>		5
<p><b>Crisisopvang</b> Als problemen in een gezin acuut zijn, kunnen kinderen en jongeren geplaatst worden in een crisisopvang. Tijdens het verblijf in de crisisopvang onderzoeken kinderen, hun ouders en hulpverleners samen wat het beste vervolg is voor het kind: terug naar huis of een plek buiten het gezin van herkomst, bijvoorbeeld in een pleeggezin of een leefgroep. Opname in de crisisopvang is tijdelijk (in principe maximaal vier weken)</p>	Aparte crisisopvanglocaties of crisisbedden op een groep	8
<p><b>Gesloten jeugdzorg</b> Gesloten jeugdzorg of JeugdzorgPlus is voor kinderen en jongeren die niet bereikt kunnen worden met lichtere vormen van hulpverlening en die zonder behandeling een risico vormen voor zichzelf of hun omgeving. Voor gesloten jeugdzorg is een machtiging gesloten jeugdhulp van een kinderrechter nodig.</p>	Alleen JeugdzorgPlus JeugdzorgPlus plekken binnen een andere instelling	2
<p><b>Gezinshuis</b> Een gezinshuis is een kleinschalige vorm van jeugdhulp - georganiseerd vanuit een natuurlijk gezinssysteem - waar gezinshuisouders volgens het 24x7-principe opvoeding, ondersteuning en zorg bieden aan bij hen in huis geplaatste kinderen en jongeren die tijdelijk of langdurig zijn aangewezen op intensieve en professionele hulpverlening als gevolg van beschadigende ervaringen en/of complexe problematiek</p>	Gezinshuizen voor langdurig verblijf Gezinshuizen voor korter durende behandeling Meeleefgezinnen	8
<p><b>Gezinsopname</b> Opname van het hele gezin als onderdeel van ambulante gezinsbehandeling of behandeltraject jeugdige</p>		3
<p><b>Begeleid wonen/ kamertrainingshuis</b> Voor jongeren die niet meer thuis kunnen wonen en ondersteuning nodig hebben bij het leren zelfstandig wonen.</p>		5
<p><b>Deeltijdverblijf</b> Jongeren verblijven een deel van de week op een behandelgroep en een deel van week in de thuissituatie.</p>		5

Sommige OBC's zien een kamertrainingscentrum of fasehuis en begeleid wonen als vormen van 24-uursverblijf met behandeling, terwijl andere OBC's dit beschouwen als vervolgplekken na 24-uursverblijf met behandeling. In een kamertrainingscentrum of fasehuis verblijven jongeren die nog een flinke mate van begeleiding nodig hebben bij het groeien naar zelfstandigheid en het onderzoeken welke woonvorm op termijn voor hen passend is. Er is dagelijks begeleiding aanwezig. Er is meer en intensievere begeleiding dan bij begeleid wonen.

Daarnaast is er een aantal nieuwe ontwikkelingen, zoals zeer intensieve traumabehandeling en kleinschalige woonvormen. Deze zijn in het schema opgenomen, maar bespreken we meer in detail bij nieuwe ontwikkelingen. In alle vormen van 24-uursverblijf is een kwalitatief goed orthopedagogisch klimaat de voorwaarde voor de behandeling van de jeugdigen en het gezin. In het kader van de VOBC zijn ook criteria geformuleerd waaraan de OBC's hun behandeling op basis van onderlinge visitatie kwalitatief toetsen. Kenmerkend voor de OBC is het orthopedagogisch behandelklimaat.

Welke vormen van 24-uursverblijf met behandeling beschikbaar zijn voor welke regio's is niet eenvoudig inzichtelijk te maken. Via het Landelijk Transitie Arrangement Sterk Gedragsgestoord Licht verstandelijk gehandicapt-jeugd (LTA SGLVG-jeugd) is 24-uursverblijf met intensieve behandeling bij vijf OBC's ingekocht en landelijk beschikbaar. Alle OBC's met uitzondering van één hebben met meerdere jeugdzorgregio's afspraken over 24-uursverblijf. In figuur 4.1 hebben we inzichtelijk gemaakt met welke jeugdzorgregio's de OBC's afspraken hebben. De meeste jeugdzorgregio's hebben 24-uursverblijf voor de doelgroep jongeren met een LVB en bijkomende gedragsproblematiek bij één aanbieder ingekocht. In sommige jeugdzorgregio's is bij meerdere OBC's 24-uursverblijf ingekocht. Dit zijn de gearceerde regio's. Daarnaast is het mogelijk dat als er voor een jongere geen plek is bij de OBC waarmee afspraken zijn gemaakt, gezocht wordt naar een plek bij een OBC in een andere regio. Omdat producten en verblijfsvormen niet altijd op eenzelfde manier worden omschreven, is het niet goed mogelijk om een eenduidig beeld te geven over welke vormen van verblijf in welke jeugdzorgregio's zijn ingekocht.



Figuur 4.1 Overzicht van de jeugdzorgregio's waar de elf OBC's financiële afspraken hebben over 24-uursverblijf met behandeling (exclusief de afspraken in het kader van het LTA SGLVG-J)

Wel kunnen we iets zeggen over de locaties van de OBC's en de behandelgroepen van de OBC's. Niet in alle jeugdzorgregio's zijn locaties. Zo zijn er o.a. geen locaties in Zeeland en Midden- Holland. De driemilieusvoorzieningen - met uitzondering van één - zijn vooral gesitueerd in het oosten van het land. Daar zitten ook de instellingen met de meeste capaciteit. De locaties van de OBC's voor 24-uursverblijf via het LTA SGLVG-jeugd zijn gesitueerd in het oosten en het midden van het land (Ermelo, Breda, Boxtel, Voorst en Hoogeveen). Er zijn geen locaties voor jeugdigen met deze zeer complexe problematiek in het westen en zuidwesten. Dit betekent dat kinderen uit die jeugdzorgregio's per definitie ver van huis worden geplaatst. Ook zijn er niet in alle jeugdzorgregio's locaties voor kinderen onder de 12 jaar.

### Doelgroep OBC's

Alle OBC's richten zich op de doelgroep jeugdigen met een licht verstandelijke beperking en ernstige gedragsproblematiek. Binnen de OBC's zijn er specifieke specialisaties te zien: bijvoorbeeld autismespectrumstoornis (ASS), slachtoffers seksuele uitbuiting en psychiatrische problematiek.

Alle OBC's benoemen de trend dat de complexiteit van de problematiek bij opname groter is geworden. De belangrijkste oorzaak die de OBC's daarvoor zien, is dat er te lang te lichte hulp of geen passende hulp voor de LVB is ingezet. Hierdoor is de problematiek verergerd en complexer geworden. Volgens alle OBC's hebben veel jeugdigen die op een OBC worden opgenomen een lange hulpverleningsgeschiedenis, en ook meerdere plaatsingen in en binnen instellingen, crisisopvang, pleeggezinnen en/of gezinshuizen achter de rug. We kunnen dit echter niet kunnen onderbouwen met cijfers.

Ook zien meerdere OBC's dat de doelgroep wordt verbreed. Niet bij alle jeugdigen die worden aangemeld is sprake van een LVB, maar bijvoorbeeld wel van tekorten in adaptieve vaardigheden, waardoor zij gebaat zijn bij de structuur van het orthopedagogische behandelklimaat van de OBC's.

## 4.3 Samenwerking met onderwijs

In het overzicht van de vormen van 24-uursverblijf is het onderscheid gemaakt tussen driemilieusvoorzieningen – waarbij het onderwijs ook op de locatie van de OBC wordt verzorgd – en behandelgroepen waarbij de jeugdigen onderwijs volgen op een school buiten de instelling. In die instellingen wordt samengewerkt met het speciaal onderwijs. Meerdere OBC's kiezen er bewust voor om zelf geen onderwijs aan te bieden.

Bij de driemilieusvoorzieningen speelt bij de afbouw van residentiële capaciteit het beschikbaar houden van onderwijs soms een rol. De school is bij de meeste driemilieusvoorzieningen een aparte organisatie.<sup>6</sup> Zij werken wel vanuit de inhoudelijke context nauw samen. Ook leerlingen die niet op de driemilieusvoorziening verblijven, gaan naar deze school. Bij sommige driemilieusvoorzieningen komen de leerlingen vooral van de OBC (of de bredere organisatie waar de OBC onderdeel van is). Dit is meer het geval bij locaties die wat afgelegen liggen dan bij locaties die centraler liggen. De scholen op de driemilieusvoorzieningen werken ook samen met de ambulante behandelvormen. Jeugdigen die ambulante behandeling krijgen, kunnen ook op de school terecht.

Meerdere OBC's hebben onderwijszorgarrangementen in hun aanbod. Deze zijn bedoeld voor kinderen die begeleiding, persoonlijke verzorging en/of verpleging nodig hebben tijdens de onderwijsuren om het onderwijs in redelijkheid mogelijk te maken. Het doel is dat de jeugdige op school kan blijven tijdens of na de behandeling. Er wordt begeleiding gegeven in en buiten de klas. Ook kunnen de cliënten deeltijd of ambulante behandeling krijgen. Er is een vaste begeleider op school, thuis en in de OBC.

Over de samenwerking met externe scholen horen we verschillende signalen. Sommige OBC's geven aan dat de samenwerking goed of verbeterd is. Anderen vinden de samenwerking onvoldoende. De OBC's die ook onderwijszorgarrangementen bieden, zijn over het algemeen positiever over de samenwerking met de

---

<sup>6</sup> Of wordt dit in het geval van een OBC.

school waarop ze ondersteuning bieden vanuit zo'n onderwijszorgarrangement. De volgende knelpunten in de samenwerking met onderwijs zijn door meerdere OBC's genoemd:

- ③ Afstemming met externe school loopt soms moeilijker dan met een interne school. Jeugdigen op een groep gaan naar meerdere scholen wat meer afstemming vergt voor adequate ondersteuning aan de jeugdige. Hoewel de meeste jongeren naar het speciaal onderwijs gaan, wordt door de respondenten van de OBC's opgemerkt dat scholen op een andere manier omgaan met de gedragsproblematiek dan de OBC's. Jeugdigen worden de klas uitgestuurd als er sprake is van gedragsproblematiek terwijl op de behandelgroep aan jeugdigen wordt geleerd hoe om te gaan met hun gedragsproblemen. OBC's met een interne school benoemen dat dit probleem veel minder speelt. De lijnen voor overleg zijn korter en het is ook gemakkelijker om met school te overleggen.
- ③ Een relatief grote groep jeugdigen heeft al een tijd geen onderwijs als ze worden opgenomen in een behandelgroep en kunnen vaak gedurende het schooljaar ook niet meer instromen. Dit heeft consequenties voor de behandeling en de dagbesteding maar ook voor het terugkeren naar school als dat wel weer mogelijk is. De thuiszitters drukken ook op de bezetting van de behandelgroep. Dit betekent dat er onder schooltijd personeel op de groep aanwezig moet zijn.

*“Je kunt niet verwachten dat een kind dat twee jaar geen onderwijs heeft gehad meteen fulltime naar school gaat. Een traject om dit weer langzaam op te bouwen kan wel vier maanden duren. Van 1u per week naar weer 30u per week. Met de gemeente moet je van tevoren nadenken over de middelen voor dit traject. Er is dan bijvoorbeeld een Meezorg aanvraag nodig. Het vraagt extra geld en inspanning, maar het geeft wel voldoening als je het kind weer fulltime op school krijgt.” (een gedragsdeskundige van een OBC)*

- ③ De financiering van onderwijs en jeugdzorg zijn twee aparte geldstromen. Gemeenten hebben geen grip op de financiering van het onderwijs. Onderwijs wordt bekostigd door de rijksoverheid. Meerdere respondenten van de OBC's merken op dat de scholen budgetten voor begeleiding ontvangen die ontoereikend zijn om de benodigde begeleiding te kunnen bieden. Er zijn verschillende mogelijkheden om extra ondersteuning op school te krijgen. Vanuit de Wlz bestaat de mogelijkheid om Meezorg aan te vragen (zie kader). Meezorg is vanuit de Wlz een “recht”. Vanuit de Jeugdwet betreft 'meezorg' maatwerk vanuit de gemeente waaraan je geen rechten kunt ontlenen. Er is geen formele betaaltitel. Voor maatwerk is op casusniveau contact met de gemeente.

Meerzorg is bedoeld voor cliënten die meer zorg nodig hebben dan waar zij op grond van hun zorgprofiel recht op hebben. Zorgaanbieders kunnen dan Meerzorg voor hun cliënten aanvragen. De regeling is van toepassing voor de sectoren Gehandicaptenzorg (GZ), Verpleging en Verzorging (VV) en Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ). Een aanvraag voor Meerzorg bij het zorgkantoor is mogelijk als:

- ③ de zorgvraag van uw cliënt 25% hoger ligt dan waarin zijn zorgprofiel voorziet;
- ③ de zorg niet (gedeeltelijk) kan worden overgenomen door bijvoorbeeld partner of familie;
- ③ de cliënt een indicatie heeft voor een van de volgende zorgprofielen:
  - ZZP 5, 7 & 8 VG
  - ZZP 5, 6 & 7 LG
  - ZZP 3 & 5 ZG
  - ZZP 4 & 5 LVG
  - ZZP SGLVG

- ③ Voor oudere jeugdigen (18+) speelt onderwijs minder een rol, maar gaat het meer om samenwerking met dagbesteding en werk. Dit is vooral van belang voor een goede dagstructuur en specifiek bij uitstroom naar huis of begeleid wonen. Als de dagstructuur wegvalt kan dit een terugval in de gedragsproblematiek betekenen.

## 4.4 Ontwikkeling van residentiële capaciteit

Niet alle OBC's hebben cijfers aangeleverd over de beschikbare en benutte capaciteit over 2018 tot 2020, en twee instellingen hebben aparte cijfers aangeleverd van twee OBC's (zie tabel 4.2). We missen de cijfers over 2020 van één van de 10 OBC's die in dit onderzoek participeren.

### Beschikbare capaciteit

Op 31 december 2020 zijn er minimaal 2232 bedden beschikbaar voor jeugdigen en jongvolwassenen. Hierbij maken we wel de kanttekening dat dit mogelijk niet alleen 24-uursverblijfsplekken met behandeling zijn. Zoals eerder gezegd, wordt het onderscheid tussen verblijf met behandeling en verblijf (wonen) niet altijd scherp gemaakt.

Tabel 4.2 Beschikbare en benutte OBC-capaciteit 24-uurs zorg met verblijf (N=12 locaties van 10 OBC's)

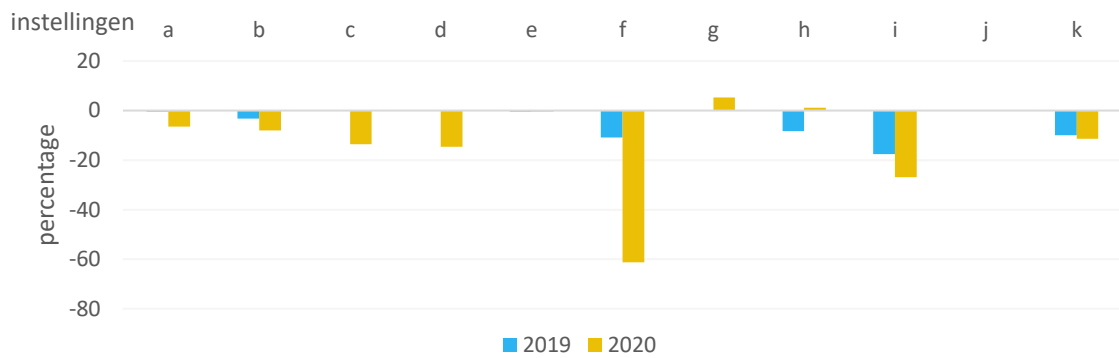
? = dit kan niet worden berekend vanwege ontbrekende data.

OBC	Beschikbare OBC-capaciteit 24-uurs zorg met verblijf			Benutte OBC-capaciteit 24-uurs zorg met verblijf			Verschil tussen beschikbare en benutte capaciteit			Bezettingsgraad		
	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020
A	70	63	62	34	46	52	36	17	10	49%	73%	84%
B	85	78	86	79	75	84	6	3	2	93%	96%	98%
C	86	86	86	74	81	79	12	5	7	86%	94%	92%
D	95	95	100	?	?	?	?	?	?	?	?	?
E	132	132	114	122	109	108	10	23	6	92%	83%	95%
F	164	164	140	120	110	112	44	54	28	73%	67%	80%
G	205	169	150	187	165	133	18	4	17	91%	98%	89%
H	226	225	225	206	188	167	20	37	58	91%	84%	74%
I	248	221	96	210	182	79	38	39	17	85%	82%	82%
J	291	290	272	257	248	233	34	42	39	88%	86%	86%
K	375	363	345	363	351	335	12	12	10	97%	97%	97%
L	?	592	556	?	526	496	?	66	60	?	89%	89%
<b>Totaal</b>	?	2478	2232	?	2081	1.878	?	?	?	?	?	?
<b>Totaal (exclusief OBC D en L)</b>	1882	1791	1576	1652	1555	1382	230	236	194	88%	87%	88%

Bron: Registratiecijfers aangeleverd door OBC's

Omdat de gegevens van twee OBC's over 2018 ontbreken, hebben we geen goed beeld van de afname van de totale capaciteit tussen 2018 en 2020. Als we alleen naar de OBC's kijken van welke we over de drie jaren de gegevens hebben, tekent zich sinds 2018 een dalende trend af voor wat betreft 24-uursverblijf. Tussen 2018 en 2020 is de totale capaciteit met 16% afgenomen. De grootste afname heeft plaatsgevonden tussen 2019 en 2020. In figuur 4.2 is af te lezen dat bij één OBC de afname veel groter is dan bij de andere OBC's. De gemiddelde afname geeft daarom geen goed beeld. De mediaan van de afname zit per OBC tussen de 20 en 30 plekken. Maar dat geldt niet voor alle instellingen. Twee instellingen hebben geen krimp ervaren. Waar dat wel plaatsgevonden heeft, varieert het van 7% tot 39%. De laatste is overigens een echte uitschieter. In deze regio zijn vanwege de financiële situatie van de OBC meerdere groepen gesloten. Bij sommige instellingen is de grootste afbouw van residentiële capaciteit reeds doorgevoerd voor 2018. Daarnaast valt het op dat er een grote variatie is in omvang tussen van de residentiële capaciteit tussen de OBC's: van 62 tot 556 bedden. Meerdere OBC's benoemden in de interviews dat de grootste afbouw van de capaciteit reeds vóór 2018 had plaatsgevonden.





Figuur 4.2 Af en toename van de beschikbare capaciteit in 2019 en 2020 t.o.v. 2018 in percentages per OBC (a t/m k) (n=11)<sup>7</sup>

### Benutte capaciteit

Eind 2020 verbleven 1.878 jeugdigen bij tien van de twaalf OBC's. Dit betekent dat in totaal ongeveer 2000 jeugdigen bij een OBC verblijven.

Eind 2018 was het verschil tussen de beschikbare en benutte capaciteit - de bezettingsgraad - 88%. Dit blijft zo in 2019 en 2020. De bezettingsgraad verschilt tussen de OBC's en ligt eind 2020 tussen de 74% en 98%. Twee OBC's met een relatief lage benutte capaciteit in 2018, hebben de capaciteit afgebouwd. De bezettingsgraad is daardoor toegenomen. Van twee OBC's konden we de bezettingsgraad niet vergelijken, omdat we geen gegevens over de gehele periode hebben.

Op zich lijkt de capaciteit – in de zin van totale aantal verblijfsplekken - bij alle OBC's toereikend, ook volgens de respondenten. Dit wil echter niet zeggen dat er geen frictie is tussen vraag en aanbod. Een open plek betekent niet altijd dat een jeugdige geplaatst kan worden. Er is niet altijd een match tussen vraag en aanbod. Factoren die daarbij een rol spelen zijn de ernst en aard van de problematiek en de zorgvraag van de jeugdige, het beschikbare aanbod, maar ook de samenstelling van de behandelgroep, leeftijd van de jeugdige en of de jeugdige met zijn problematiek past binnen de samenstelling van de groep. Door de mismatch tussen vraag en aanbod moeten jeugdigen op wachtlijsten worden geplaatst of ver van huis in andere regio's behandeld worden. Voor jeugdigen met zeer complexe problematiek is het volgens de meerdere respondenten moeilijk een passende plek te vinden. Meerdere OBC's benoemen dat er wachtlijsten zijn voor de LTA-plekken. Omdat we de cijfers op geaggregeerd niveau hebben opgevraagd, hebben we geen inzicht in de bezettingsgraad van specifieke groepen.

### Redenen voor afbouw capaciteit

Het grootste gedeelte van de afname in beschikbare capaciteit komt voort uit het sluiten van behandelgroepen, en niet zo zeer uit het verkleinen van bestaande behandelgroepen. De redenen voor de

<sup>7</sup> Een van de OBC heeft over twee locaties capaciteitsgegevens aangeleverd. Een OBC heeft geen capaciteitsgegevens aangeleverd.

afbouw verschilt per OBC en er kunnen ook meerdere redenen gelden. Dit is beleid gedreven vanuit de visie van jeugdzorgregio's en OBC's op ambulantisering. OBC's hanteren expliciet het uitgangspunt 'ambulant tenzij' en hebben daarom hun capaciteit afgebouwd en geïnvesteerd in het ontwikkelen van intensieve ambulante gezinsbegeleiding (zie paragraaf 4.4). (Voor de visie van de jeugdzorgregio's zie hoofdstuk 5). Een ander gehoord argument is de afbouw ten behoeve van de bedrijfsvoering en het rendabel houden van de groep. Bij OBC's die worden betaald voor benutte bedden, drukken onbenutte bedden of lege bedden door verloop op de kosten van een OBC. Indien de benutte bedden in een groep te vaak onder een *break even* punt blijven (het punt dat groepen rendabel zijn), besluiten instellingen om over te gaan tot herplaatsen en sluiten van de groep. Ook geven zij aan dat de tarieven al jaren achterlopen op de oplopende kosten (vastgoed, personeel), het *break even* punt van benutte bedden komt steeds hoger te liggen. Beide aspecten zorgen voor de perverse prikkel om de bezettingsgraad zo hoog mogelijk te houden. Dit staat haaks op de visie: zo thuis mogelijk en zo kort mogelijke opname (zie paragraaf 4.4).

## Verwachte ontwikkeling residentiële capaciteit

Meerdere OBC's hebben aangegeven in te willen zetten op verder afbouw van de residentiële capaciteit door meer ambulante zorg in te zetten, waardoor groepen kunnen worden gesloten of door het verkleinen van de groepen. Bij het realiseren daarvan lopen ze wel tegen de barrières van vastgoed aan. De huidige accommodaties zijn niet altijd geschikt om kleinere groepen in te richten. Andere OBC's geven aan dat zij de capaciteit, gezien o.a. de hoge bezettingsgraad, niet verder gaan afbouwen. Meerdere andere OBC's zien de vraag naar residentiële capaciteit verder afnemen en verwachten dat zij verder afbouwen, wat betekent dat ze groepen sluiten.

## Instroom, doorstroom en uitstroom

Over de instroom van de doelgroep binnen het 24-uursverblijf van de OBC konden meerdere OBC's op geaggregeerd niveau geen cijfers aanleveren. We kunnen in kwantitatieve zin geen totaalbeeld geven van de instroom en doorstroom.

Op basis van de interviews kunnen we de volgende instroomroutes onderscheiden:

- ③ Vanuit de crisisopvang.
- ③ Reguliere aanmeldingen vanuit de thuissituatie (of pleeggezin) van jeugdigen en gezinnen bij wie onvoldoende resultaten zijn behaald met ambulante hulpverlening.
- ③ Aanmeldingen vanuit andere instellingen (gesloten jeugdzorg, ggz, andere jeugdzorg) of groep binnen de eigen instelling of gezinshuis.

Deze routes komen overeen met de routes in de groepsinterviews over de klantreizen.

De meeste OBC's benoemen de trend dat meer jongeren vanuit crisisopvang doorstromen naar 24-uursverblijf. Een mogelijke verklaring die zij hiervoor zien, is dat er te lang te lichte hulp wordt geboden, waardoor de situatie thuis ondraaglijk of onveilig wordt en het kind in crisis wordt opgenomen.

Ook de cijfers over doorstroom en uitstroom konden beperkt worden aangeleverd. Door- en uitstroom is vaak lastig omdat als jeugdigen uitbehandeld zijn, er niet altijd een passende vervolgplek is. Mogelijke vervolgplekken na 24-uursverblijf met behandeling zijn:

- ② Een andere 24-uursverblijfsvoorziening met accent op wonen, verblijfsgroep binnen de Wlz (veelal binnen voorzieningen voor verstandelijk beperkten VG-sector), zorgboerderij.
- ② Een andere behandelgroep.
- ② Terug naar huis met (intensieve) begeleiding of behandeling.
- ② Kamertrainingscentra of fasehuis.
- ② Gezinshuis of pleeggezin.
- ② Deeltijdbehandeling.

De mate waarin jeugdigen terug naar huis keren na afronding van de behandeling op de behandelgroep verschilt tussen OBC's. Er zijn geen exacte cijfers beschikbaar maar sommige OBC's benoemen dat dit bij ongeveer de helft van de jeugdigen lukt en andere OBC's zeggen dat het merendeel van de jongeren niet terug naar huis kan en weer andere doen geen uitspraken over hoe de verhouding is. Factoren die daarmee samenhangen volgens de OBC's is de leeftijd van de jeugdige bij instroom en vrijwillige opname versus opname met een beschermingsmaatregel. Jongeren die op latere leeftijd instromen kunnen vaak niet meer terug naar huis. Deze jongeren stromen uit naar fasehuizen of begeleid wonen als die plekken beschikbaar zijn. Alle OBC's en ook sommige respondenten van de jeugdzorgregio's benoemen dat hier een groot tekort aan is. Dit kunnen we niet onderbouwen met cijfers. Bij jeugdigen met een beschermingsmaatregel is de situatie thuis niet altijd veilig om naar terug te keren. Deze jongeren stromen uit naar veilige woonplekken zoals gezinshuizen of pleeggezinnen. Maar ook hier is volgens de meeste OBC's een groot tekort.

## Verblijfsduur

Gemiddeld verblijven jeugdigen ongeveer 420 dagen of 14 maanden op een OBC. De verschillen tussen OBC's in gemiddelde verblijfsduur zijn groot: tussen een kwart jaar en bijna twee jaar. Ook hebben meerdere OBC's aangegeven dat de verblijfsduur van jeugdigen die langer bij hen verblijven, nog langer is omdat in het informatiesysteem maar een beperkt aantal jaren terug kan worden gekeken. De geaggregeerde cijfers geven geen inzicht in de verblijfsduur van de verschillende verblijfsvormen. De verblijfsduur op meer intensieve behandelgroepen met meer complexe problematiek is langer. Tevens zijn deze cijfers bij meerdere OBC's inclusief crisisopnames die per definitie kort zijn.

Op basis van de geaggregeerde beschikbare cijfers lijkt de gemiddelde verblijfsduur te zijn toegenomen met 70 dagen tussen 2018 en 2020 (zie tabel 4.3). De ontwikkeling verschilt tussen de OBC's. Tussen 2018 en 2019 zien we bij vijf OBC's een afname in gemiddelde verblijfsduur. Tussen 2019 en 2020 is bij alle OBC's – met uitzondering van twee – de verblijfsduur toegenomen.

Tabel 4.3 Gemiddelde verblijfsduur per OBC tussen 2018 en 2020 en gemiddelde verblijfsduur in dagen

Instelling	2018	2019	2020
a	411	329	665
b	600	630	660
c	548	548	548
d	400	415	540
e	350	424	509
f		233	383
g	293	284	369
h	183	165	177
i	150	137	176
j	217	168	168
gem	350	333	420

Bron: registratiegegevens OBC's

De belangrijkste oorzaken die daarvoor door alle OBC's in de interviews zijn aangegeven, is het ontbreken van passende vervolgplekken en de toename van de ernst van de problematiek bij opname, waardoor er een langere behandeling nodig is. Als jeugdigen al meerdere plekken en behandeling hebben gehad, is er een stabilisatieperiode nodig alvorens kan worden gestart met behandeling. Ook duurt het dan soms langer om een goed beeld te krijgen van de problematiek en de behandeling die nodig is. In meerdere interviews is door de OBC's benoemd dat de leercurve bij behandeling na negen maanden tot een jaar weg is. Voor deze doelgroep is dit volgens de respondenten langer, maar nu verblijven jongeren, terwijl ze eigenlijk uitbehandeld zijn, op behandelgroepen omdat er te weinig passende vervolgplekken zijn. Bij het vinden van vervolgplekken (en ook bij het vinden van een passende school of arbeidsplek) lopen OBC's er tegenaan dat organisaties schrikken van het label LVB (in combinatie met gedragsproblematiek). Ook worden veel problemen ervaren met het aanvragen van een Wlz-indicatie of een verlengde Jeugdwet.

## Wachlijsten

De meeste OBC's hebben geen cijfers aangeleverd van het aantal wachtende jeugdigen. Op basis van de cijfers van enkele OBC's kunnen we hier geen sluitend kwantitatief beeld geven.

De meeste OBC's geven aan dat de wachtlijsten sterk fluctueren en geen goed beeld geven van het aantal jeugdigen dat wacht op een 24-uursverblijf plek bij een OBC. Redenen daarvoor zijn:

- 🕒 Jeugdigen staan vaak bij meerdere behandelgroepen op de wachtlijst, omdat meerdere passend zijn.
- 🕒 Jeugdigen staan vaak bij meerdere zorgaanbieders op de wachtlijst, en worden daarom niet altijd bij ons geplaatst.
- 🕒 Soms wordt er voor gekozen om open plekken tijdelijk niet te vullen vanwege het forse personeelsgebrek wat er op dit moment is.
- 🕒 Soms staan jeugdigen op een wachtlijst, maar wordt in het plaatsingstraject uiteindelijk door ouders toch besloten om niet over te gaan tot plaatsing.

- De wachtlijsten verschillen voor de verschillende verblijfsvormen. Wachtlijsten op 24-uursverblijf zeggen niets over of er specifieke capaciteit is en of die voldoende is.

De meeste OBC's geven aan dat de wachtlijsten beperkt zijn, met uitzondering van de LTA SGVLG-J plekken. Daarvan geven meerdere OBC's aan dat de wachtlijsten voor die zorg toenemen. Daarnaast betekent het niet dat als er geen of korte wachtlijsten zijn, dat een jeugdige niet lang hoeft te wachten op een plaats op een behandelplek. Zo is bijvoorbeeld het aantal behandelplekken voor zeer intensieve behandeling van jongere kinderen volgens de OBC's beperkt. We hebben geen zicht op hoeveel plekken voor jongere kinderen beschikbaar zijn maar dit gaat om zeer specialistische behandeling waar in verhouding tot de vraag naar behandeling voor adolescenten minder vraag naar is. Een respondent van een OBC licht dit als volgt toe:

*“Als je bijvoorbeeld zes plekken op een behandelgroep voor jonge kinderen hebt en de groep zit net vol. Als je dan de tweede op de wachtlijst staat, duurt het bij een behandelduur van twee jaar al snel een of twee jaar voor je een plek hebt.” (gedragwetenschapper OBC)*

## 24-uursverblijf in combinatie met individuele en gezinsbehandeling

De behandeling op de groep kan niet los worden gezien van individuele therapieën en behandeling in het gezin. Meerdere OBC's benoemen het probleem dat de ambulante gezinsbehandeling bij andere aanbieders is ingekocht. Dit betekent dat de jeugdigen en hun gezinnen met nog een aanbieder te maken krijgen of dat er via onderaannemerschap een contract moet worden afgesloten. Ook melden meerdere respondenten van de OBC's dat er wachtlijsten zijn voor individuele behandeling, zodat de individuele behandeling niet altijd parallel loopt aan de groepsbehandeling. Een gedragsdeskundige van een OBC noemt als voorbeeld dat het kan voorkomen dat de behandeling op de groep reeds klaar is, maar dat bijvoorbeeld traumatherapie in de vorm van Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) nog moet worden opgestart. De afweging moet dan worden gemaakt om de opname te verlengen (zodat de therapie op de groep kan worden geboden) of dat de therapie vanuit thuis wordt gevolgd.

## 4.5 Visie op 24-uursverblijf en alternatieven

### Visie op 24-uursverblijf

Alle OBC's onderschrijven de visie om de behandeling zo thuis mogelijk in te zetten en opname te voorkomen. Om aan die transformatieopgave invulling te geven, is door de OBC's in de afgelopen jaren ingezet op ambulantisering, gezinsbehandeling en kleinschaligheid. Er zijn nieuwe behandelvormen (door)ontwikkeld. Dit gaat zowel om vormen van behandeling om opname te voorkomen, als vormgeving van de behandeling op de intramurale groepen. Echter de mate waarin en de wijze waarop zij hier reeds en in de nabij toekomst vorm aan willen geven, verschilt tussen de OBC's.

Alle OBC's benoemen dat volgens hen voor een deel van hun doelgroep opname nodig zal blijven. Als opname nodig is, streven zij ernaar om die zo kort mogelijk te laten duren. 24-uursverblijf met behandeling kan nodig zijn als onderdeel van een behandeltraject. Dat blijkt ook uit de visie van het VOBC op de toekomst (zie kader op pagina 38). Alle OBC's onderschrijven die visie – dat blijkt ook uit de interviews met de afzonderlijke OBC's.

In welke mate het mogelijk is om de capaciteit verder af te bouwen, is mede afhankelijk van de mate waarin intensieve ambulante gezinsbehandeling tijdig wordt ingezet. Meerdere OBC's zeggen in de interviews te verwachten dit in de komende jaren meer te kunnen doen. Of dit lukt, is mede afhankelijk van de inzet van expertise met betrekking tot LVB eerder in de keten.

De meeste OBC's willen ook inzetten op meer kleinschaligere groepen. Of dit mogelijk is, is mede afhankelijk van het vastgoed en de locaties van de huidige groepen en de financiering. Op basis van de interviews met de experts merken we op dat er in de afgelopen jaren ook groepen naar de wijk zijn verplaatst maar dat dit niet noodzakelijk kleinschalige groepen zijn. Zij vallen dus niet onder de beweging om meer kleinschalig verblijf te realiseren. Onder kleinschalig verblijf wordt meestal verstaan een groep van bij voorkeur vier en niet meer dan zes jeugdigen.<sup>8</sup> OBC's met een instellingsterrein richten zich ook op het realiseren van groepen in de wijk. Bij het realiseren van groepen in de wijk kunnen zich problemen voordoen, zoals de reactie van de buurt op de gedragsproblematiek van de jeugdigen en overlast, aldus enkele respondenten. Jeugdigen met een LVB zijn ook extra kwetsbaar en beïnvloedbaar. Hierdoor zijn zij ontvankelijker voor de invloed van foute vrienden en kunnen zij slachtoffer worden van criminaliteit en bijvoorbeeld sneller misbruikt worden als geldezels en drugskoerier. Ook vormen zij een risicogroep voor alcohol- en druggebruik. Meerdere respondenten benoemen dat voor jeugdigen met zeer complexe problematiek behandeling op een meer besloten terrein voor een korte periode beter passend is.

Daarnaast zetten meerdere OBC's in op meer hybride vormen van verblijf waarbij de jeugdige deels op de groep verblijft en deels ambulant thuis worden behandeld. Deze hybride vormen kunnen worden ingezet in plaats van voltijds 24-uursverblijf of om de jeugdige geleidelijk terug naar de thuissituatie te begeleiden. Daarnaast hebben meerdere OBC's ook de mogelijkheid om de jeugdige samen met het gezin voor een korte periode op te nemen in de instelling. De OBC's benadrukken het belang van meer flexibel inzetten van 24-uursverblijf voor een kortere periode.

Alle OBC's benadrukken de chroniciteit van de LVB. Dit vraagt om een langdurige ondersteuning van de jeugdige en het gezin. Opname gedurende een korte periode is onderdeel van een heel behandeltraject.

---

<sup>8</sup> Mourits, A. & Addink, A. (2020). Richting geven aan kleinschalig verblijf. Utrecht: NJI.

De mogelijkheid van verdere afbouw van residentiële capaciteit gaat hand in hand met de ontwikkeling van meer intensieve ambulante gezinsbegeleiding en de ontwikkeling van meer hybride vormen van behandeling zoals deeltijdbehandeling, weekend- of logeeropvang en kortere time-out periodes.

### **Visie VOBC op de toekomst<sup>9</sup>**

In de visie van de VOBC (VOBC, 2021) worden de volgende speerpunten genoemd om te doen wat nodig is om voor jeugdigen met een LVB en hun gezinnen een toekomstperspectief te creëren en vorm te geven aan een passende behandeling:

#### **🕒 Samenwerking met een orthopedagogische blik**

De doelgroep is gebaat bij een integrale aanpak van haar situatie, waarbij samenwerking tussen verschillende disciplines binnen en buiten het OBC cruciaal is. In de samenwerking met andere organisaties (o.a. op het gebied van zorg, onderwijs, arbeidstoeleiding, verslaving, politie, justitie) werken de OBC vanuit één en dezelfde contextuele visie. Zij willen hiervoor kennis leveren aan deze organisaties om tot een beter begrip en een betere behandeling te komen van de doelgroep.

#### **🕒 Maatwerk voor een diverse doelgroep**

Er zijn grote verschillen in aard en ernst van de problematiek. Elke jeugdige verdient een eigen aanpak, zoveel mogelijk in het eigen gezin. De OBC's kennen een diversiteit aan behandelvormen, parallel aan de diversiteit en complexiteit van de problematiek van de jeugdigen en hun gezinnen. Maatwerk betekent een verdere doorontwikkeling van deze diversiteit.

#### **🕒 Als verblijf nodig is, dan zo kort mogelijk en zo dicht mogelijk bij huis**

Soms is de problematiek dermate ernstig en complex of is de gezinssituatie op dat moment ongeschikt of onveilig, dat behandeling in een verblijfssetting nodig is. De OBC's streven naar een zo kort mogelijk verblijf. Doel is een zo snel mogelijke terugkeer naar huis. Een opname is zo dicht mogelijk bij de gezinssituatie van de jeugdige. Wanneer een terugplaatsing in het gezin niet mogelijk is, wordt gekeken naar perspectief voor verblijf waar de jongere in een zo normaal mogelijke omgeving kan opgroeien.

#### **🕒 Nieuwe behandelvormen in ontwikkeling**

Ontwikkelen en verder inzetten van behandelvormen die opnames zoveel mogelijk moeten voorkomen: behandelvormen thuis en tussen thuis en residentiële opname en (zeer) intensieve ambulante behandelvormen. Daarnaast wordt verder ingezet op het doorontwikkelen van intramurale behandelvormen om ze anders (kleinschaliger) en korter vorm te geven.

#### **🕒 Oog voor chroniciteit van de problematiek**

Een LVB gaat niet over, deze is chronisch. Alle goede resultaten van de behandeling ten spijt: veel jeugdigen uit de doelgroep en hun gezinnen zijn ook na de fase van behandeling aangewezen op passende vormen van ondersteuning en begeleiding. In het verlengde van hun kerntaak willen de OBC's hun expertise inzetten bij de doorlopende ondersteuning die de jeugdigen en hun gezinnen nodig hebben, ook in de samenwerking met andere organisaties.

<sup>9</sup>Doen wat nodig is! visie-document OBC's.

## Ontwikkeling van alternatieven voor 24-uursverblijf

De afgelopen jaren hebben de OBC's – die van oudsher alleen residentiële hulp boden – veel andere behandelvormen ontwikkeld die opname moeten voorkomen en een alternatieve invulling geven aan het 24-uursverblijf (meer gezinsgericht en kleinschaliger). We beschrijven hieronder verschillende behandelvormen die ontwikkeld zijn of worden. We illustreren dit met enkele voorbeelden in kaders. Deze voorbeelden zijn niet uitputtend. Bij alle OBC's zijn er initiatieven, het zou te ver gaan om alle voorbeelden te beschrijven.

### **(Intensieve) ambulante gezinsbehandeling**

Bijna alle OBC's zetten vormen van (intensieve) ambulante gezinsbehandeling in. De methodieken en methodes die zij hiervoor toepassen verschillen: o.a. Intensieve Ambulante Gezinsbehandeling (IAG), Praktische Gezinsondersteuning (PGO), Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling (IOG), Langdurige Orthopedagogische Gezinsbehandeling (LOG), Samen met Thuis, Multisysteemtherapie (MST), Multidimensionele familietherapie (MDFT), Families First (FF) (zie kader voor toelichting bij enkele voorbeelden). De meeste OBC's zetten hiervoor *evidence of practice based* interventies in. Daarnaast noemen meerdere OBC's ook gezinsondersteuning bij terugkeer naar huis of een JIM (Jouw Ingebrachte Mentor) als ambulante vormen van behandeling.



### Intensieve ambulante behandelvormen gericht op het gezin

De OBC's zetten de onderstaande ambulante gezinsgerichte methodieken in.

- 🕒 **IAG<sup>10</sup>:** Intensieve Ambulante Gezinsbehandeling (IAG): IAG is een behandeling voor gezinnen met meervoudige en complexe problemen, met als doel dat kinderen in het gezin blijven wonen of kunnen terugkeren naar huis.<sup>11</sup>
- 🕒 **MDFT:** MultiDimensionele FamilieTherapie (MDFT) richt zich op vier domeinen in het leven van een jongere: de jongere en zijn problemen, ouders van de adolescent, gezin en familie als geheel, en voor de jongere belangrijke externe systemen, zoals peergroep, school, werk en evt. politie en justitie.<sup>12</sup>
- 🕒 **MST:** Multisysteem Therapie is een gezinsbehandeling voor jongeren tussen de 10 en 19 jaar, bij wie uithuisplaatsing of detentie dreigt. Multisysteem Therapie kijkt naar alle systemen waar een jongere mee te maken heeft. Drie tot vijf maanden lang komt een therapeut meerdere keren per week langs. Thuis, op school, dáár waar begeleiding nodig is. Samen kijken ze naar oplossingen.<sup>13</sup>
- 🕒 **Gezinsfact:** FACT in GezinsFACT staat voor Flexible Assertive Community Treatment. Dat wil zeggen dat de behandeling flexibel is in tijd en intensiteit en zich richt op het weerbaar maken van kinderen en ouders, in en mét de maatschappij. Dit moet leiden tot blijvende veranderingen in het gezin.<sup>14</sup>

In het kader van deze behandeling is het ook mogelijk dat het hele gezin wordt opgenomen.

**Families First<sup>15</sup>:** intensieve crisishulp aan gezinnen met als doel het gezin bij elkaar te houden en uithuisplaatsing van een of meerdere kinderen te voorkomen.

Daarnaast pleiten de OBC's zoals eerder gezegd voor eerder inzetten van specialistische expertise met betrekking tot LVB en specialistische hulp om opname te voorkomen. Sommige jeugdzorgregio's stimuleren dit door inkoop van specialistische jeugdzorg voor complexe casussen bij een samenwerkingsverband/consortium.

### YEPH<sup>16</sup>

Yeph is een samenwerkingsverband tussen drie regionale (gemeente Utrecht en 16 uit de provincie Utrecht afkomstige gemeenten) organisaties: Youké, Pluryn en 's Heeren Loo. In Yeph worden expertise en behandelopties voor zeer complexe vragen gebundeld. Gezamenlijk is er een groot en gevarieerd zorgaanbod (onder meer driemilieuzorg, JeugdzorgPlus en klinische opnames), die ze op maat kunnen inzetten.

<sup>10</sup> Sommige OBC's gebruiken nog de oude benaming Intensieve orthopedagogische gezinsbehandeling (IOG).

<sup>11</sup> <https://www.nji.nl/interventies/intensieve-ambulante-gezinsbehandeling-iag>

<sup>12</sup> <https://www.kenniscentrum-kjp.nl/professionals/behandelmethoden/multidimensionele-familietherapie-mdft/>

<sup>13</sup> <https://www.multisysteemtherapie.nl/wat-is-mst/wat-is-mst/>

<sup>14</sup> GezinsFACT: behandeling in je eigen leefomgeving. Pluryn.

<sup>15</sup> <https://www.nji.nl/interventies/families-first>.

<sup>16</sup> [www.yeph.nl](http://www.yeph.nl) (aangevuld met informatie uit het groepsinterview met OBC)

Een belangrijke doelstelling van Yeph is het voorkomen dat jongeren gebruik moeten maken van een behandelbed. Ze werken met een expertiseteam, waarin allerlei deskundigen vanuit de drie betrokken organisaties participeren. Zij zetten hun expertise in om te voorkomen dat grote en complexe problemen verder verergeren. Alles om kinderen en gezinnen de kans te geven weer mee te doen in de maatschappij. Zo snel en zelfstandig mogelijk.

### **Kleinschalige woonvormen**

De laatste jaren is er toenemende maatschappelijke aandacht voor het ontwikkelen van gezinsachtige en kleinschalige vormen van verblijf voor kinderen en jongeren die niet meer thuis kunnen wonen. Deze vormen van verblijf bieden een meer relatie- en ontwikkelingsgericht klimaat dan grote leefgroepen, en sluiten daarmee beter aan op complexe en heterogene problematiek die kenmerkend is voor kinderen en jongeren in residentiële instellingen.<sup>17</sup>

Een kleinschalig verblijf biedt kinderen en jongeren een thuis met mogelijkheden voor specialistische begeleiding op maat. De afgelopen jaren is er in het brede jeugd domein een variëteit aan kleinschalige woonvormen ontwikkeld met verschillende benamingen en divers qua opzet, doel en doelgroepen. Het gaat om alternatieven die zich richten op kinderen en jongeren die niet thuis kunnen wonen en voor wie een plaatsing in een pleeggezin of gezinshuis niet mogelijk is. Meerdere OBC's hebben reeds kleinschalige vormen opgezet, andere zijn het van plan. De opzet kan verschillen. Soms is het **doel** om kortdurend behandeling te bieden, totdat de jongere weer thuis kan wonen. In andere gevallen is het verblijf erop gericht dat kinderen en jongeren er kunnen opgroeien tot volwassenheid of dat zij er een thuis krijgen na een opname in een residentiële voorziening.

### **Pilot leefhuizen (Zuid-Limburg)**

Een gezinsvervangende woonvoorziening in de buurt waar jongeren in hun eigen leefomgeving kunnen verblijven, en waarbij de zorg integraal rondom de jeugdige wordt georganiseerd. Wanneer de hulpvraag van de jeugdige verandert, wordt de benodigde kennis en expertise ingevlogen. Het perspectief van de jeugdige staat hierin centraal.<sup>18</sup> Verschillende disciplines en aanbieders werken samen om binnen één residentiële setting integrale hulp te bieden.

De experts bepleiten in de interviews dat er wel nog onderzoek nodig is naar deze kleinschalige woonvormen: wat werkt en wat werkt niet. Ook in deze voorziening is een goed orthopedagogisch klimaat een belangrijke voorwaarde.

<sup>17</sup> Bastiaanssen, I., Kerkhof, L. & Addink, A. (2019). Speerpunten voor residentiële jeugdzorg. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Mourits, E. & Addink, A. (2021) Richting geven aan kleinschalig verblijf. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

<sup>18</sup> <https://lokaleregelgeving.overheid.nl/CVDR628378/1>

Uit interviews met meerdere OBC's blijkt dat niet alle huidige groepen zomaar kunnen worden omgevormd tot kleinschaligere groepen. De huidige gebouwen en accommodaties lenen zich daar niet toe. Het gebouw is niet altijd geschikt voor kleinere groepen. Daarnaast levert de locatie van de groepen ten opzichte van elkaar ook problemen met betrekking tot personeelsbezetting bij een lagere bezetting. Een OBC die jaren geleden al gestart is met kleinere groepen in de wijk benoemt dat zij geschakelde woningen voor twee kleinere groepen hebben gebouwd. De groepen zijn met elkaar verbonden en bij een lagere bezetting op de groep, bijvoorbeeld omdat er meerdere jongeren naar huis gaan, biedt dit de mogelijkheid om een team van personeel in te zetten voor beide groepen in plaats van twee.

### **Gezinshuizen**

Meerdere OBC's zetten in op gezinshuizen. Ook daarbij moet het onderscheid worden gemaakt tussen gezinshuizen waarbij kortdurende behandeling wordt geboden, en gezinshuizen voor jongeren die niet meer thuis kunnen wonen en waar het verblijf gericht is op het opgroeien tot volwassenheid. Aan deze laatste vorm is vooral behoefte als uitstroommogelijkheid na behandeling. Als alternatief voor behandeling op een leefgroep zijn gezinshuizen plus nodig die ook behandeling kunnen bieden. Het vinden van gezinshuisouders wordt door meerdere respondenten van OBC's en jeugdzorgregio's als een knelpunt benoemd. Opvallend daarbij is dat meerdere OBC's in de afgelopen jaren gezinshuizen gesloten hebben, omdat er o.a. te weinig instroom was.

### **Meeleefgezinnen<sup>19</sup>**

Meeleefgezinnen bieden een bijzondere vorm van zorg: zij stellen hun huis open voor een (of meer) kind(eren) met een licht verstandelijke beperking, om te logeren of volledig mee te draaien in hun gezinssituatie. Uitgangspunt is het bieden van een stabiele basis met een stevige steunstructuur, om zo de mogelijkheden van het kind te vergroten. Waar dat gaat, zoveel mogelijk in samenwerking met de eigen ouders van het kind en hun netwerk. En waar nodig met beroep op het netwerk van het meeleefgezin. De uitdaging is om met elkaar een opvoedingsklimaat te creëren waarin het kind kan (op)bloeien. Een gezinsbegeleider biedt ondersteuning.

### **Hybride vormen van verblijf (deeltijdverblijf)**

Meerdere OBC's zetten in op meer hybride vormen van 24-uursverblijf, waarbij de jongeren gedurende een deel van de week op de behandelgroep verblijven: zoals STEK, Samen met Thuis en mogelijkheden voor logeeropvang. Daarbij geven deze OBC's aan dat het niet gemakkelijk is om deze groepen rendabel te exploiteren omdat 'bedden' niet gedeeld kunnen worden en jeugdigen niet tegelijk afwezig zijn op de groep, wat consequenties heeft voor de personeelsbezetting. Eén OBC heeft deze behandelvorm om die reden gesloten. Daarnaast beschikken meerdere OBC's over dagbehandeling en naschoolse opvang.

<sup>19</sup> <https://www.reik.nl/reik-aanbod/hulpvormen/24-uurs-hulpvormen/alternatieve-gezinsvormen/meeleefgezin>

## STEK<sup>20</sup>

STEK is een hybride zorgconcept dat cliënten in (meestal) twee jaar tijd behandeld van (langdurig) verblijf naar (zo veel mogelijk) thuis, met ambulante hulp. Vroeger (in de oude AWBZ) waren er maar twee mogelijkheden: volledig verblijf of volledig thuis. Er was geen tussenvorm. Het bleek vaak dat na afloop van een periode van volledig verblijf de thuissituatie niet klaar was voor opvang van de cliënt, waardoor vaak weer een ontsporing en/of crisis ontstond, waardoor recidive zich voordeed en wederom opname (7 etmalen per week) nodig was. Dit was uiteindelijk een dure oplossing: er was veel langer verblijf nodig dan gewenst en de cliënt was niet goed geholpen of was weer terug bij af. Amarant heeft besloten hier iets aan te doen door het STEK-concept te ontwikkelen.

Een belangrijke voorwaarde is dat er de ouders (geleidelijk) in staat worden gesteld om de cliënt steeds vaker thuis te ontvangen. En dat de cliënt in staat is om steeds meer thuis te verblijven. Hiertoe is inzet van intensieve behandeling nodig in de thuissituatie. Van belang is dat ouders over voldoende draagkracht en flexibiliteit beschikken en bereid zijn om te trainen. Als ouders zelf tot de LVB-groep behoren kan STEK niet worden ingezet. STEK wordt regelmatig ingezet voor het bieden van andere zorg dan waarvoor het concept oorspronkelijk bedoeld is (deeltijd wonen, crisis e.d.) waardoor het concept minder effectief wordt. Daarnaast blijkt het concept met de huidige financieringsvorm onvoldoende rendabel. Dus belangrijk is terug te keren naar de basis van het concept.

## Gezinsopname

Sommige OBC's hebben de mogelijkheid om het hele gezin gedurende een korte tijd op te nemen. Het gaat hierbij om de opname van jonge ouders samen met het kind en om een tijdelijke opname van het hele gezin in crisissituaties.

## Overige aandachtspunten behandelaanbod OBC's

Zoals gezegd zetten de OBC's in op het doorontwikkelen van de behandelvormen als opname in 24-uursverblijf nodig is. In de interviews met de OBC's en de experts kwamen de volgende onderwerpen aan bod die hierbij van belang zijn.

De basis voor een goede behandeling is een positief orthopedagogisch klimaat<sup>21, 22</sup>. Het verbeteren van het orthopedagogisch klimaat is als specifiek aandachtspunt genoemd door meerdere OBC's. Het orthopedagogisch klimaat is ook onderwerp van de onderlinge visitatie van de OBC's. Als belangrijk knelpunt voor een positief orthopedagogisch klimaat wordt het tekort aan kwalitatief goed personeel genoemd. Er is niet alleen een tekort aan personeel, maar ook het verloop is groot. Het is moeilijk om goed

<sup>20</sup> Informatie uit het kwalitatief format groepsinterview OBC Amarant. Meer informatie op <https://www.amarant.nl/stek>

<sup>21</sup> In de literatuur en de interviews worden de termen orthopedagogisch klimaat, pedagogisch klimaat en leefklimaat gebruikt. Hiermee wordt hetzelfde bedoeld. Wij hebben de term orthopedagogisch klimaat hier aan gehouden.

<sup>22</sup> Raemdonck, K., Van der Linden, J. & Van der Helm, P. (2021). Leefklimaat in de praktijk. Bij residentiële behandelgroepen voor jongeren met een lvb. Antwerpen: Van Gompel Scavina. VOBC (2020). OBC in perspectief. Kwaliteitscriteria van de Orthopedagogische Behandelcentra. Utrecht: VOBC. Douma, J. (2011). Handreiking pedagogisch klimaat. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVB/VOBC.

gekwalficeerd personeel te behouden voor de sector. Dit heeft tot gevolg dat er veel met uitzendkrachten wordt gewerkt. Vaste medewerkers die op een consequente/vergelijkbare manier reageren op de gedragsproblemen van de jeugdigen is een belangrijke voorwaarde voor een positief leefklimaat. Vaste medewerkers kunnen een relatie opbouwen met de jeugdige. Voor jeugdigen met een LVB geldt nog meer dat veel wisselingen van personeel zorgen voor onvoorspelbaarheid, wat leidt tot gedragsproblemen en bijvoorbeeld agressief gedrag. Uit wetenschappelijk onderzoek is bekend dat dit leidt tot repressie, wat een negatieve invloed heeft op de behandeling.<sup>23</sup>

De afgelopen jaren is vanuit de wetenschap meer inzicht gekomen in de verhoogde kans op traumatische ervaringen van jeugdigen met een verstandelijke beperking en zij zijn mogelijk ook kwetsbaarder voor de versturende gevolgen van ingrijpende ervaringen.<sup>24</sup> De range van ervaringen die een schadelijke invloed kunnen hebben is daar breder. Hun mogelijkheden voor regulatie en verwerking zijn vaak beperkter door beperkingen in cognitieve en adaptieve vaardigheden. Ook kunnen hun verbale beperkingen ervoor zorgen dat zij ingrijpende ervaringen minder gemakkelijk kunnen delen. Zij hebben een groter risico op het ontwikkelen van trauma- en stressgerelateerde klachten. Vanuit deze wetenschappelijke inzichten wordt in de behandeling binnen de OBC's meer aandacht besteed aan het diagnosticeren en behandeling van deze klachten. Bij de meeste OBC's is het inzicht dat traumasensitief werken en het creëren van een traumasensitief pedagogisch klimaat nodig is. Sommige OBC's zijn hier reeds verder in dan anderen. Zo heeft Ambiq een Zeer Intensieve Traumabehandeling (ZIT) ontwikkeld (zie kader) en wordt binnen Koraal de Trauma Informed Care (TIC) ingevoerd.

---

<sup>23</sup> Van der Valk, S. (2018). Under Pressure – Repression in residential Youth Care. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam. De Decker, A., Lemmens, L., Van der Helm, P., Bruckers, L., Molenberghs, G., & Tremmery, S. (2018). The relation between aggression and the living group climate in a forensic treatment unit for adolescents: A pilot study. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 62(7), 1821–1837. Valk, S., Kuiper, C., Van der Helm, G. H. P., Maas, A. J. J. A., & Stams, G. J. J. M. (2016). Repression in residential youth care: A scoping review. *Adolescent Research Review*, 1(3), 195–216.

<sup>24</sup> Mercera, G., Vervoort-Schel, J., Kooijmans, R., Moonen, X. (2020). Kind-, ouder-, gezins- en omgevingskenmerken van residentieel opgenomen jeugdigen die op licht verstandelijk beperkt of zwakbegaafd niveau functioneren. *LVB Onderzoek en praktijk*, 18, 25-32. Byrne, G. (2020). A systematic review of treatment interventions for individuals with intellectual disability and trauma symptoms: a review of the recent literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, 1524838020960219. Vervoort-Schel, J., Mercera, G., Wissink, I., Van der Helm, P., Lindauer, R., & Moonen, X. (2021). Prevalence of and relationship between adverse childhood experiences and family context risk factors among children with intellectual disabilities and borderline intellectual functioning. *Research in Developmental Disabilities*, 113, 103935. Van Kregten et al. (2020). Tijdig signaleren en behandelen van trauma- en stressorgerelateerde problemen bij jeugdigen en jongvolwassenen met een licht verstandelijke beperking. Utrecht: Academische Werkplaats Kajak.

### **Zeer Intensieve Traumabehandeling**

Kinderen en jongeren worden van zondagavond tot en met donderdagmiddag opgenomen en gaan dan naar huis (of terug naar de locatie waar het kind/de jongere daarvoor verbleef). Dit geldt ook voor kinderen en jongeren die langer dan één week verblijven. Op zondagavond starten we met psycho-educatie voor kinderen en jongeren en hun ouder(s)/verzorger(s). Er wordt uitleg gegeven over trauma, de behandelingen en er worden tips gegeven om zo optimaal mogelijk te profiteren van de behandeling. Op de behandeldagen zijn er twee individuele traumabehandelingen. In de ochtend wordt er imaginaire exposure aangeboden en in de middag EMDR. Beide behandelingen zijn vanuit onderzoeken bewezen effectief. De activatie wordt aangeboden in groepsverband. Het heeft de voorkeur dat kinderen tot 12 jaar begeleid worden door een volwassene die dichtbij hen staat. In overleg kan dit ook voor jongeren. Kinderen en jongeren gaan tijdens het verblijf op de ZIT niet naar school. ([www.ambiq.nl](http://www.ambiq.nl))

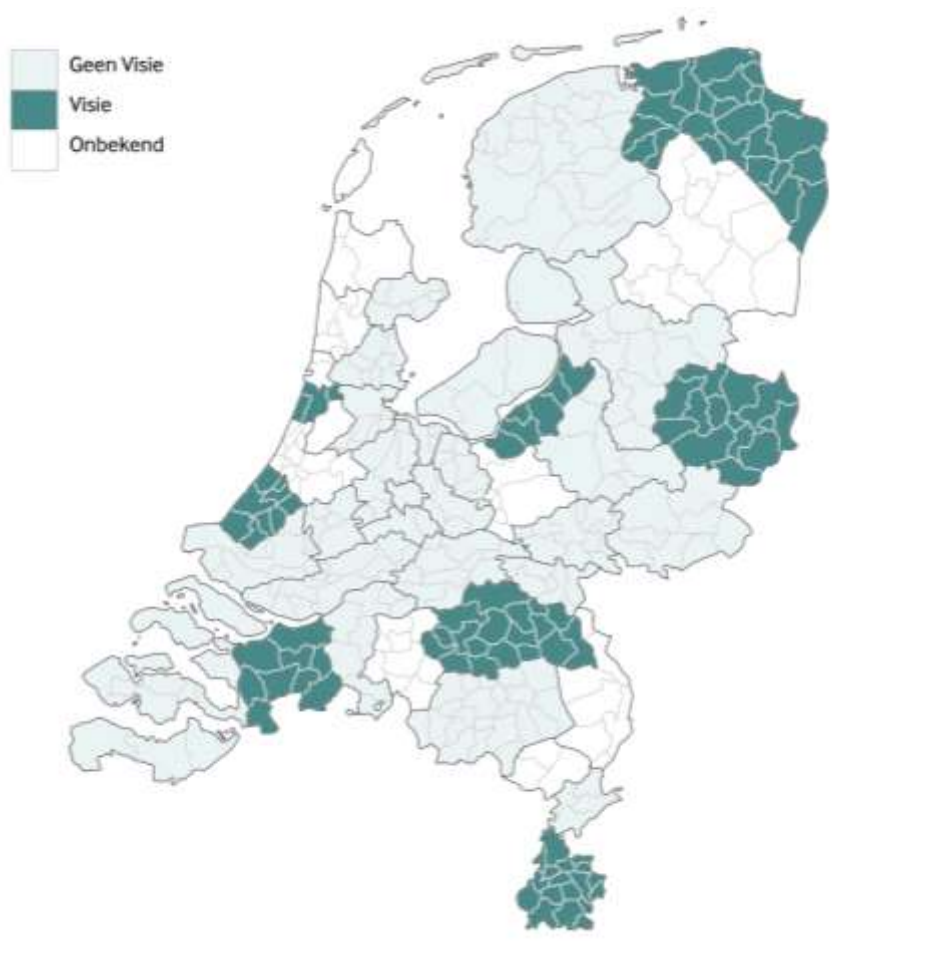
Er is bij alle OBC's ook meer aandacht voor systemische behandeling en het betrekken van het gezin tijdens de opname. Bij jeugdigen die ver van huis worden geplaatst is dit moeilijk. Dit is veelal het geval bij jeugdigen op de SGLVG-J.

## 5 Perspectief jeugdzorgregio's

In dit hoofdstuk gaan we in op het perspectief van de jeugdzorgregio's op basis van de vragenlijsten die zijn ingevuld door 31 van de 42 jeugdzorgregio's en de interviews met vertegenwoordigers van negen jeugdzorgregio's. Van de laatste negen jeugdzorgregio's hebben acht ook de vragenlijst ingevuld.

### 5.1 Visie op jeugdhulp voor jeugdigen met LVB

Driekwart van de jeugdzorgregio's die de vragenlijst heeft ingevuld heeft geen specifieke visie op de jeugdhulp aan jeugdigen met een LVB in combinatie met ernstige gedragsproblematiek. In figuur 5.1 zijn deze als licht groen gemarkeerd.



Figuur 5.1 Jeugdzorgregio's met specifieke visie op jeugdhulp aan jeugdigen met LVB in combinatie met ernstige gedragsproblematiek

De meeste jeugdzorgregio's geven aan een generieke visie op verblijf voor jongeren te hebben en niet specifiek voor jongeren met een LVB. Zij kijken integraal en niet naar specifieke doelgroepen. Ook in de interviews met de jeugdzorgregio's werd dit genoemd. De visie op verblijf is om hulp zo veel mogelijk thuis te bieden en indien nodig zo kort mogelijk te laten duren. In de interviews is in meerdere regio's aangegeven dat de aandacht en focus op dit moment vooral gaat naar het afbouwen van gesloten jeugdzorg.

Meerdere jeugdzorgregio's lichten toe dat zij wel een visie hebben op complexe en meervoudige ondersteuningsvragen. Daar valt de doelgroep jongeren met een LVB en ernstige gedragsproblematiek ook onder. Deze jongeren en gezinnen hebben integrale zorg nodig en deze jeugdzorgregio's kiezen daarom voor een overeenkomst met een samenwerkingsverband waarin meerdere aanbieders hun expertise kunnen bieden. Tot slot geeft een regio aan dat er geen regionale visie is opgesteld. De gemeenten opereren zelfstandig en contact over op- of afschaling van zorg vindt voor deze doelgroep vooral plaats op casusniveau.

De jeugdzorgregio's die aangeven wel een visie te hebben (donkergroen gemarkeerd in figuur 5.1), geven in de toelichting vooral beleidsdoelstellingen aan die ook in een integrale visie op jeugdzorg worden genoemd: hulp zo dicht mogelijk bij huis en in eigen netwerk bieden, ambulantisering (maximaal inzetten op ambulante hulp ook bij complexe problematiek en ter voorkoming van intramuraal verblijf) en systemische aanpak en tijdig passende hulp bieden.

Geen van deze jeugdzorgregio's noemt expliciet de chroniciteit van de LVB en de daarbij horende zorgvraag. In de interviews is wel door enkele respondenten genoemd dat de doelgroep van de OBC's langer verblijf nodig heeft. In de vragenlijst noemen meerdere jeugdzorgregio's ook aspecten van hun visie die specifiek betrekking hebben op de doelgroep jongeren met een LVB:

- ② Juiste financieringsstroom toepassen: Jeugdwet of Wlz
- ② Evenredige verdeling van klanten
- ② Complementair werken en in samenhang kennis en expertise inzetten
- ② Integrale en multidisciplinaire aanpak, realiseren van samenwerking over de sectoren heen
- ② Realiseren van passende (vervolg)verblijfsplekken (langdurig, veilig, perspectief biedend, kleinschalig)

Het is in de antwoorden niet altijd helemaal duidelijk of dit als beleidsdoelen voor deze doelgroep geformuleerd is.

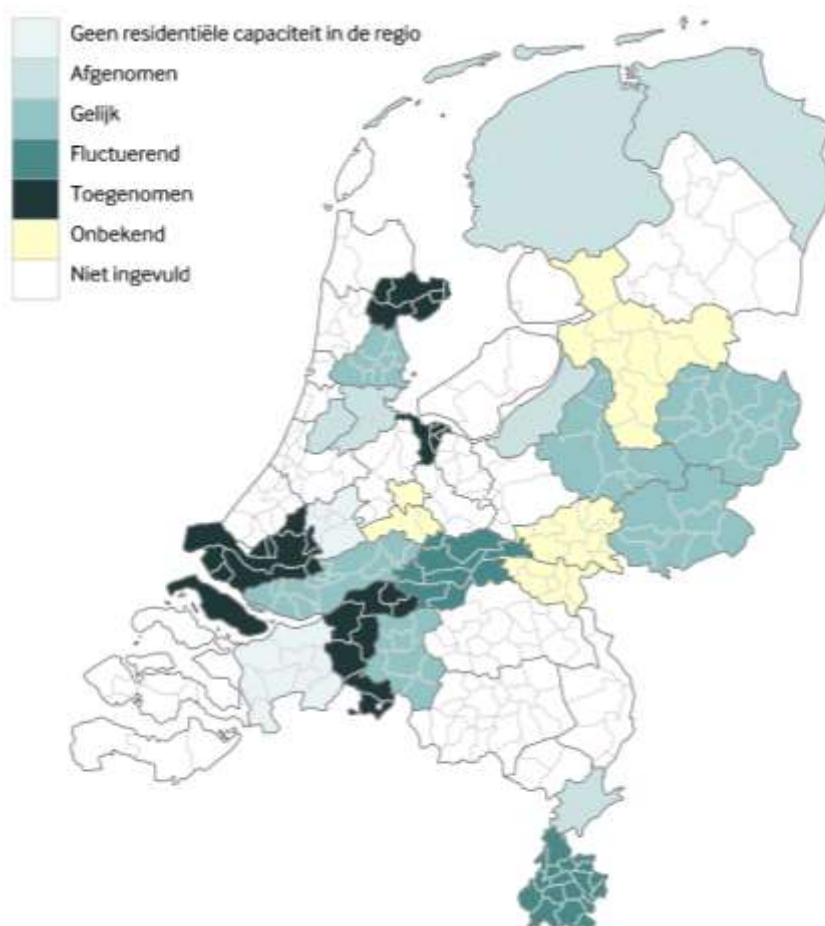
In de interviews is ook specifiek genoemd dat in meerdere regio's samenwerkingsverbanden worden gestimuleerd waarin ook de expertise omtrent LVB vanuit de OBC's vertegenwoordigd zijn en dat OBC's aansluiten bij de casuoverleggen voor complexe casussen. Meerdere respondenten signaleren het probleem in de samenwerkingsverbanden dat de partners deels complementair aan elkaar zijn en deels concurrent van elkaar zijn.



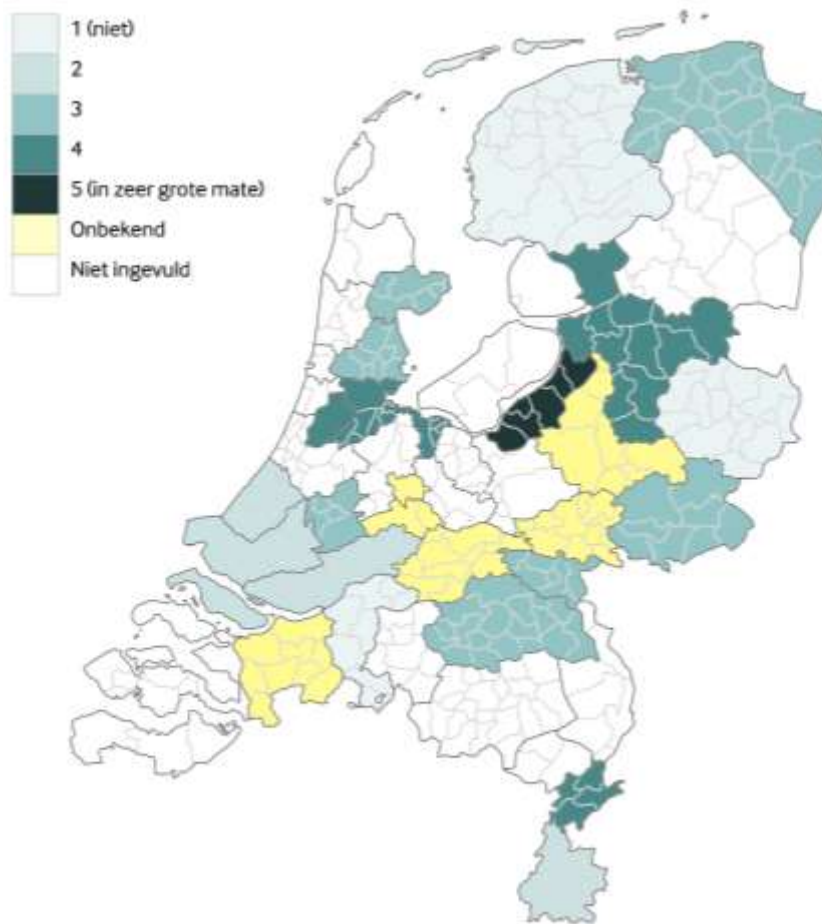
## 5.2 Capaciteit

### Ontwikkeling residentiële capaciteit

Het beeld van de respondenten uit de jeugdzorgregio's over de ontwikkeling van de residentiële capaciteit voor jongeren met een LVB en ernstige gedragsproblematiek verschilt (zie figuur 5.2) evenals de mate waarin er momenteel voldoende capaciteit beschikbaar is (zie figuur 5.3).



Figuur 5.2 Beeld volgens de respondenten in de jeugdzorgregio's van de ontwikkeling van de residentiële capaciteit voor jongeren met een LVB en ernstige gedragsproblematiek



Figuur 5.3 Mate waarin volgens de respondenten van de jeugdzorgregio's voldoende 24-uursverblijf beschikbaar is voor jeugdigen met een LVB en gedragsproblematiek op een schaal van 1 (niet) tot 5 (in zeer grote mate)

Opvallend is dat 19% van de respondenten jeugdzorgregio's (zie figuur 5.2) geen beeld heeft op hoe de residentiële capaciteit zich heeft ontwikkeld voor deze doelgroep en bijna een kwart niet weet of er momenteel voldoende verblijfsplekken zijn (zie figuur 5.3). Als toelichting geven de respondenten dat zij niet monitoren op de specifieke doelgroep of slechts zicht hebben op een deel van de regio. Anderen geven aan dat dit regionaal niet in te schatten is, omdat het om hoog specialistische voorzieningen gaat. Een andere mogelijke verklaring is dat de respondent die de vragenlijst heeft ingevuld namens de regio er vanuit zijn of haar functie onvoldoende zicht op heeft. De vragenlijst is ingevuld door medewerkers met diverse functies maar vooral door beleidsmedewerkers (n=12) en contractmanagers (n=9).

Zowel in de interviews als in de vragenlijst blijkt ook dat er geen eenduidig beeld is van wat onder 24-uursverblijf met behandeling voor deze doelgroep wordt verstaan: sommige respondenten beschouwen dit alleen als 24-uursverblijf met behandeling op een leefgroep met een specifieke zorgzwaarte, andere vatten hier ook gespecialiseerde gezinshuizen met behandeling onder. Het verschil tussen verblijf en verblijf met behandeling is ook vanuit het perspectief van de jeugdzorgregio's niet altijd scherp.

Ongeveer een derde van jeugdzorgregio's geeft aan dat de beschikbaarheid van verblijfsplekken onvoldoende is (score van 1 of 2 in figuur 5.3).

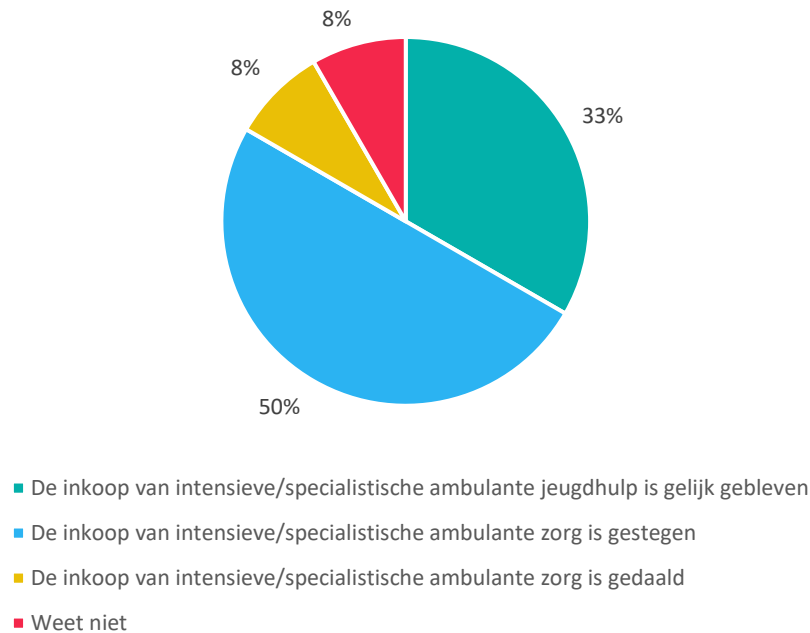
In twee jeugdzorgregio's geven de respondenten aan dat er geen residentiële capaciteit voor deze doelgroep beschikbaar is. Alle jeugdigen worden buitenregionaal geplaatst. Deze twee jeugdregio's hebben wel afspraken met een OBC over 24-uursverblijf. Uit de interviews met de OBC's is bekend dat er meer jeugdzorgregio's zijn waar geen behandelgroep van een OBC gevestigd is. Deze regio's hebben dit niet op deze manier ingevuld in de vragenlijst omdat zij wel verblijf hebben ingekocht.

Als toelichting geven meerdere respondenten in de vragenlijst en de interviews aan dat het vooral gaat om het ontbreken van passende plekken. Er zijn volgens hun beeld wel voldoende plekken beschikbaar, maar die zijn niet geschikt voor elke jeugdige in elke situatie en voor elke problematiek. Het gaat om maatwerk en dat heeft tot gevolg dat voor deze doelgroep de residentiële plek niet altijd tijdig beschikbaar is. Ook wordt door meerdere respondenten benoemd dat de druk op de residentiële capaciteit in hun regio hoog is omdat kinderen niet uitstromen. Andere respondenten noemen dat de capaciteit te snel is afgebouwd, dat er nog onvoldoende alternatieven zoals gezinshuizen zijn.

Wanneer we de antwoorden op de vraag of er momenteel voldoende 24-uursverblijf beschikbaar is en de vraag over de ontwikkeling van de residentiële capaciteit in de afgelopen drie jaar tegen elkaar afzetten, dan vinden we geen verband. De jeugdzorgregio's die hebben aangegeven dat de capaciteit in de afgelopen jaren is afgenomen, zijn niet de jeugdzorgregio's die aangeven dat er momenteel onvoldoende capaciteit beschikbaar is.

## Ontwikkeling intensieve ambulante trajecten

De geïnterviewde regio's geven aan dat zij in algemene zin inzetten op ambulantisering en intensieve ambulante trajecten om een intramurale opname te voorkomen of als vervanging van 24-uursverblijf. In de vragenlijst ziet ongeveer de helft van de respondenten een trend van meer inkoop van intensieve specialistische ambulante jeugdhulp voor de doelgroep (zie figuur 5.4).



Figuur 5.4 Trend in de afgelopen drie jaar in de inkoop van intensieve/specialistische jeugdhulp voor jeugdigen met een LVB en ernstige gedragsproblematiek volgens de respondenten in de jeugdzorgregio's (n= 23)

Een deel van de jeugdzorgregio's geeft ook aan dat intensieve specialistische ambulante jeugdhulp nog niet in voldoende mate aanwezig is (zie figuur 5.5). 16% van de jeugdzorgregio's geeft op een vijfpuntschaal van 1 (niet) tot vijf (in zeer grote mate) een score van twee en 24% een score van drie. Daarnaast weet 28% niet of deze in voldoende mate aanwezig zijn. Hier spelen dus andere factoren een rol. Deze zijn niet onderzocht.

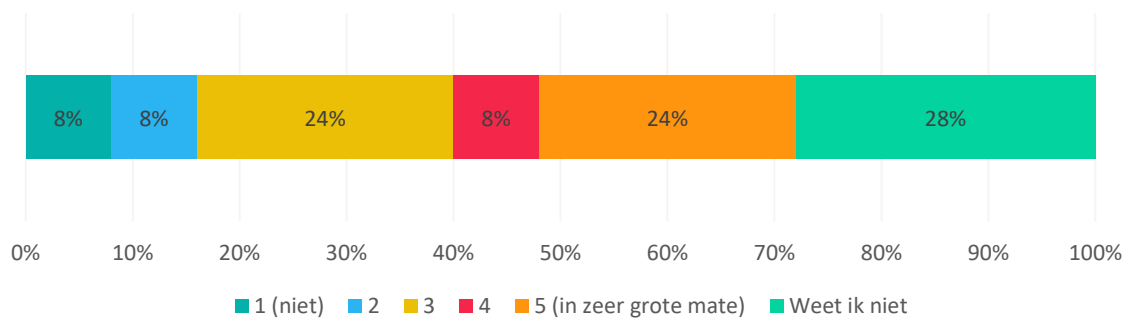
In de toelichting op deze vraag geven meerdere jeugdzorgregio's aan dat deze trajecten nog in ontwikkeling zijn en/of nog onvoldoende worden ingezet. Als redenen voor het onvoldoende inzetten van de trajecten worden genoemd:

- 🕒 onvoldoende verwijzing naar ambulante trajecten;
- 🕒 onvoldoende deskundigheid bij verwijzers over de inhoud van de beschikbare ambulante trajecten;
- 🕒 het onvoldoende creatief zijn in het organiseren van maatwerk en daarin onvoldoende uitzoeken wat mogelijk is in samenwerking met partners in het zorglandschap (te veel denken vanuit de beperkingen van het eigen aanbod);
- 🕒 onvoldoende bekendheid bij verwijzers met de mogelijkheden van het ambulant aanbod.

Ook in de interviews over de klantreizen met de professionals en in de interviews met de OBC's kwamen deze punten aan bod en ook dat de verwijzing naar de intensieve ambulante trajecten niet altijd tijdig gebeurt. Als specifiek knelpunt werd genoemd dat als jeugdigen door de gezinsvoogd worden verwezen naar een OBC zij niet altijd meer de mogelijkheid van intensieve ambulante gezinsbegeleiding zien.

Daar werd ook aangegeven dat wanneer een gezinsvoogd via een kindbeschermingsmaatregel vraagt om plaatsing in een OBC, de gezinsvoogd vaak niet meer de mogelijkheid voor ambulante hulp ziet, terwijl de OBC's dit soms wel nog zien.

Daarnaast noemen drie jeugdzorgregio's dat er nog te weinig expertise of een tekort aan personeel is om de ambulante trajecten in voldoende mate in te zetten. Het gaat er dan niet zozeer om dat er een tekort aan ambulante producten is ingekocht, maar wel dat de inzet ervan belemmerd wordt door deze factoren.

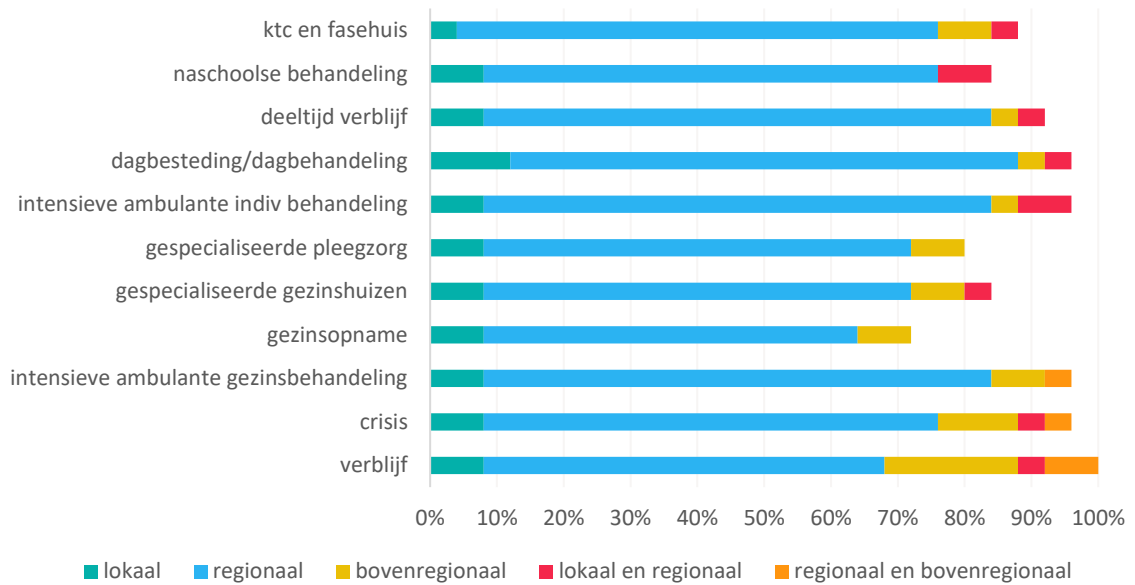


Figuur 5.5 Mate waarin volgens de respondenten uit jeugdzorgregio's momenteel voldoende intensieve ambulante (opname vervangende) trajecten beschikbaar zijn op een vijfpuntschaal van 1 (niet) tot 5 (in zeer grote mate) (n=25)

### Geografische schaal bij inkoop

Specialistische jeugdhulp en verblijf voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking en gedragsproblematiek kan regionaal, lokaal of bovenregionaal worden ingekocht. 25 van de 31 jeugdzorgregio's hebben deze vraag ingevuld. Het merendeel van deze hulp wordt door de meeste jeugdregio's regionaal ingekocht (zie figuur 5.6) en dat geldt dan voor al het ingekochte aanbod. In een regio wordt alle aanbod lokaal ingekocht en in enkele regio's wordt sommige aanbod ook lokaal ingekocht. Dat geldt dan vooral voor intensieve ambulante begeleiding en dagbesteding/dagbehandeling. Door zeven van de 25 jeugdzorgregio's die deze vragen hebben ingevuld wordt verblijf bovenregionaal ingekocht.

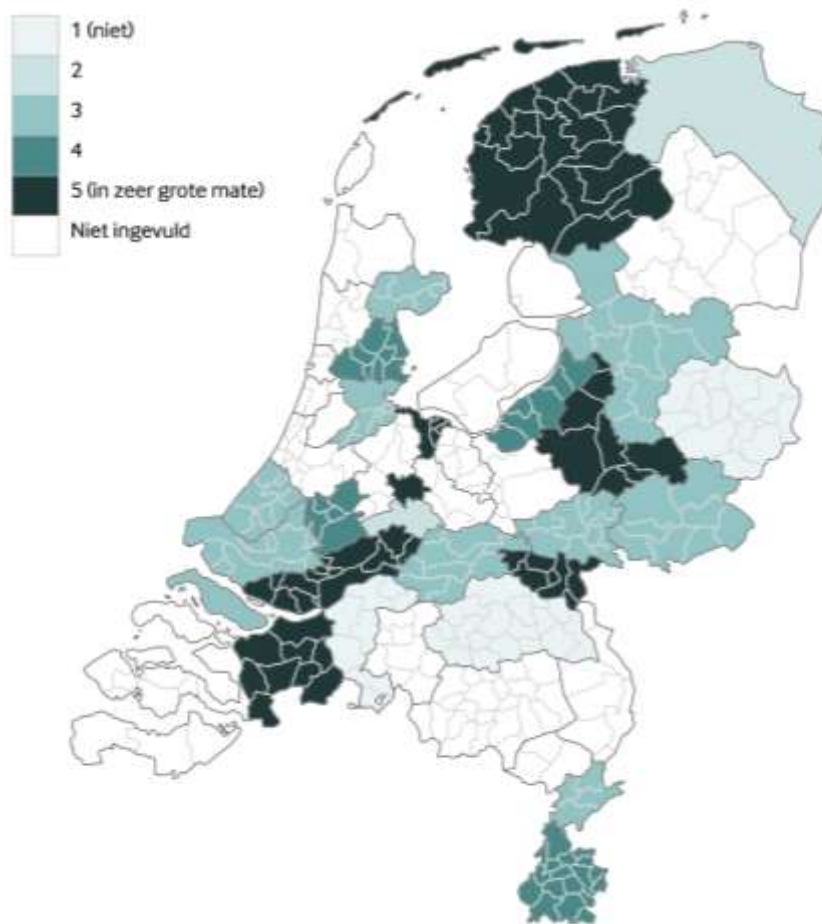
Uit figuur 5.6 kunnen we ook afleiden dat gezinsopname, gezinshuizen, gespecialiseerde pleegzorg en naschoolse behandeling niet in alle jeugdzorgregio's beschikbaar is.



Figuur 5.6 Wijze van inkoop van specialistische jeugdhulp voor jongeren met een LVB en gedragsproblematiek in percentages per type specialistische jeugdhulp (n=25)

### Knelpunten in de beschikbaarheid van regionaal ingekochte specialistische jeugdhulp/verblijf

68% van de 25 jeugdzorgregio's die deze vraag hebben ingevuld, geeft aan dat zich knelpunten voordoen in de beschikbaarheid van de specialistische jeugdhulp/verblijf dat is ingekocht voor de doelgroep. 44% van de jeugdzorgregio's vindt dat de lokaal ingekochte jeugdzorg goed aangesloten is op de regionaal ingekochte specialistische jeugdzorg (zie figuur 5.7). Zij geven een score van vier of vijf op een vijfpuntschaal van 1 (niet) tot 5 (in zeer sterke mate).



Figuur 5.7 Mate waarin volgens de respondenten van de jeugdzorgregio's het lokaal ingekochte aanbod goed aansluit op het regionaal ingekocht aanbod en er sprake is van een dekkende keten op een vijfpuntschaal van 1 (niet) tot 5 (in zeer grote mate) (n=25)

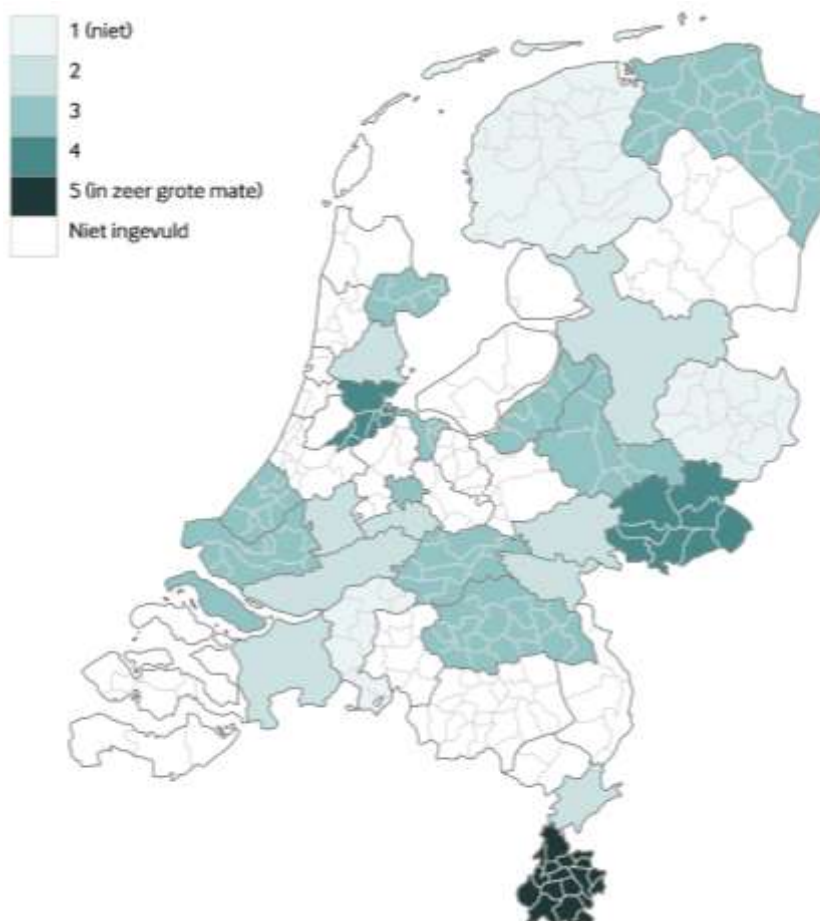
De knelpunten hebben in de meeste regio's die hier toelichting op hebben gegeven betrekking op onvoldoende beschikbaarheid van gezinshuizen en kleinschalige voorzieningen en specifiek waar ook behandeling van complexe problematiek mogelijk is, en pleegzorg. In meerdere regio's is toegelicht dat alle specialistische zorg onvoldoende is ingekocht. Daarnaast worden door meerdere regio's de volgende knelpunten genoemd:

- 🕒 Niet alle voorzieningen hebben een locatie in de regio.
- 🕒 Geen passend aanbod (geen match tussen vraag en aanbod) en specifiek geen passend aanbod voor LVB- problematiek.
- 🕒 De hulp is niet altijd beschikbaar binnen een aanvaardbare wachttijd.
- 🕒 Onvoldoende doorstroommogelijkheden.
- 🕒 Financiering en instandhouding voorzieningen door zorgaanbieder.

Daarnaast zijn er enkele knelpunten die door één jeugdzorgregio worden genoemd:

- ⦿ Er hebben geen aanbieders van driemilieuvorzieningen ingeschreven. Voor individuele jeugdigen worden maatafspraken gemaakt.
- ⦿ Beperkte beschikbaarheid van crisisplekken.
- ⦿ Beperkte beschikbaarheid van verblijf LVB.
- ⦿ Ontbreken van driemilieuvoorziening met besloten karakter.
- ⦿ Ontbreken van woonvormen waar gezinnen met LVB-problematiek zelfstandig kunnen wonen bij een zorginstelling, zodat er toezicht en hulp aanwezig is.
- ⦿ Tekort aan dagbehandeling.

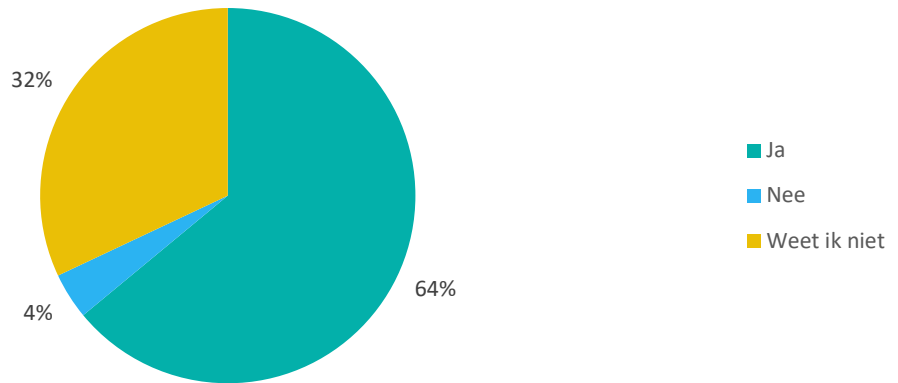
Het tekort aan vervolgplekken wordt ook duidelijk in figuur 5.8. Twaalf van de 25 regio's geeft een score van 1 of 2 en 10 een score van 3 op de vraag in welke mate er voldoende vervolgplekken zijn. Drie regio's geven een score van 4 of 5. Ook hier gaat het vooral om een tekort aan gezinshuizen en te weinig beschermd en begeleid wonen en kamertrainingscentra.



Figuur 5.8 De mate waarin volgens de respondenten van de jeugdzorgregio's voldoende vervolgplekken beschikbaar zijn op een vijfpuntschaal van 1(niet) naar 5 (in zeer grote mate) (n=25)



Dit zorgt volgens de respondenten in de jeugdzorgregio's voor problemen bij de uitstroom: kinderen blijven te lang op de voorzieningen. 64% van de jeugdzorgregio's benoemt dat zij te maken hebben met jeugdigen die te lang verblijven in een OBC omdat er geen geschikte vervolgplek is (zie figuur 5.9).

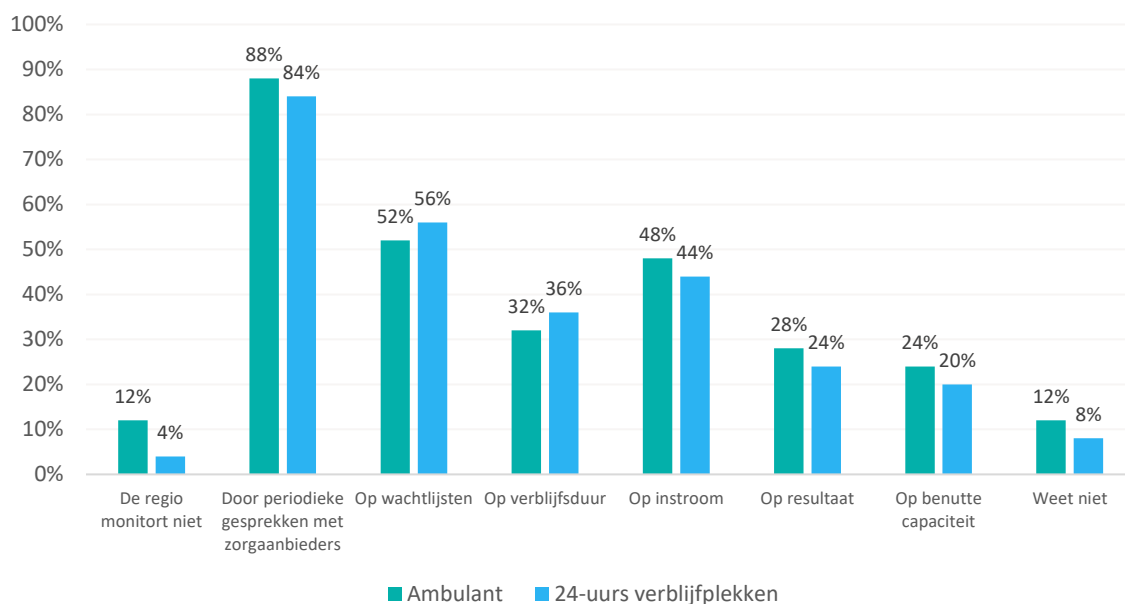


Figuur 5.9 Percentage jeugdzorgregio's dat te maken heeft met jeugdigen die te lang verblijven op een OBC ten gevolge van het ontbreken van een geschikte vervolgplek (n=25)

## 5.3 Monitoring en sturing

### Monitoring van de benodigde capaciteit

De meeste jeugdzorgregio's monitoren de benodigde capaciteit op meerdere manieren. De meest voorkomende methoden zijn periodieke gesprekken met zorgaanbieders en in mindere mate via wachtlijsten en instroom (zie figuur 5.10). Hetzelfde geldt voor het monitoren van de capaciteit van ambulante behandeling. In de vragenlijst hebben we niet nader laten specificeren wat de periodieke periode is.



Figuur 5.10 Wijze van monitoring op de benodigde capaciteit van ambulante en 24-uursverblijfplekken voor jongeren met een LVB volgens de respondenten van de jeugdzorgregio's (n= 25) (meerdere antwoordmogelijkheden)

## 5.4 Ontwikkeling van alternatieven voor 24-uursverblijf

In de meeste regio's wordt ingezet op ambulantisering en alternatieven voor traditionele behandelgroepen. In de inventarisatie bij de jeugdzorgregio's hebben 20 jeugdzorgregio's deze vraag ingevuld. Momenteel worden vooral de volgende vormen ontwikkeld:

- 🕒 Kleinschalige woonvoorzieningen (tien jeugdzorgregio's) en daarbinnen voor doelgroepen met specifieke problematiek zoals ASS, hechtings- en traumaproblematiek, GGZ-problematiek. Ook wordt soms verwezen naar kleinschalige voorzieningen JeugdzorgPlus.
- 🕒 Gezinshuizen en pleeggezinnen (zeven jeugdzorgregio's).
- 🕒 Ambulante zorgvormen (negen jeugdzorgregio's) voorbeelden: FACT, IHT, intensieve sector overschrijdende ambulante hulpverlening, waarbij verblijf op afroep kortdurend beschikbaar is als onderdeel van het ambulante traject.
- 🕒 Gezinsopname (drie jeugdzorgregio's).
- 🕒 Dagbehandeling al dan niet in samenwerking met onderwijs (1).
- 🕒 Hybride vormen: tijdelijk verblijf (zowel op behandelgroep, gezinshuis als pleeggezin) in combinatie met ambulante hulp. (zie voorbeeld in kader dat door een van de jeugdzorgregio's is genoemd)

### **Mockingbird Family Model<sup>25</sup>**

Het model werkt vanuit de gedachte '*it takes a village to raise a child*'. Zes tot tien pleeggezinnen worden gekoppeld aan een zogenaamd hubhome: een (voormalig) pleeggezin dat getraind en betaald wordt om andere gezinnen bij te staan met een luisterend oor en advies. Het hubhome biedt ook een fysieke plek om samen te komen en organiseert maandelijkse familiedagen, themabijeenkomsten en trainingen. De pleegkinderen kunnen er bovendien gepland en ongepland komen logeren. In de landen waar met het model gewerkt wordt, zijn er positieve ervaringen: stabiliteit van plaatsingen verbetert en er is minder uitval van pleeggezinnen.

---

<sup>25</sup> <https://vng.nl/nieuws/ondersteuning-pleeggezinnen-mockingbird-ook-in-nederland>

# 6 Vergelijking visie OBC's en jeugdzorgregio's

In dit hoofdstuk vergelijken we de aandachts- en knelpunten tussen vraag- en aanbod van 24-uursverblijf met behandeling die door de OBC's zijn genoemd en die door de jeugdzorgregio's zijn genoemd. We benoemen de overeenkomsten en verschillen en vullen dit aan met het perspectief van de geïnterviewde experts.

## 6.1 Visie op functie van verblijf in het OBC landschap

De uitgangspunten van de transformatie zijn zo thuis mogelijk, wat betekent dat het uitgangspunt is om jeugdigen zoveel en zo lang mogelijk thuis ondersteuning en behandeling te bieden. Als opname nodig is, dan moet die zo kort mogelijk zijn en zoveel mogelijk in een gezinsgerichte setting. Hoewel alle OBC's en de jeugdzorgregio's deze visie onderschrijven, benoemen zij andere knelpunten in de uitvoering van deze visie voor de doelgroep van de OBC's.

De doelgroep vraagt volgens de respondenten van alle OBC's om specifieke expertise. Deze wordt nu volgens hen vaak te laat ingezet. Meerdere OBC's benoemen expliciet dat er te veel wordt uitgegaan van *stepped care* in plaats van *matched care*. Ook verwijzers spelen hierin een rol. Meerdere respondenten uit de OBC's benoemen dat zij bij aanmelding van een jeugdige soms nog intensieve ambulante hulpverlening willen inzetten, maar dat de jeugdbescherming dit niet meer wil. Ook zijn niet alle verwijzers even goed op de hoogte van de verschillende ambulante programma's volgens zowel meerdere OBC's als jeugdzorgregio's. Het eerder inzetten van specifieke intensieve gezinsbehandeling – dus zware jeugdhulp – voor deze doelgroep kan volgens deze respondenten sommige opnames voorkomen.

Het uitgangspunt zo kort als mogelijk komt volgens OBC's in het gedrang. Alle OBC's geven aan dat er te weinig vervolgplekken zijn voor jeugdigen die niet terug naar huis kunnen. Hierdoor blijven zij langer op een behandelgroep wonen dan voor hun behandeling noodzakelijk is. Dit knelpunt wordt ook door de jeugdzorgregio's benoemd.

Het uitgangspunt is dat behandeling tijdelijk is. De OBC's benoemen echter dat bij deze doelgroep vaak ook na de behandeling ondersteuning nodig is voor de LVB-problematiek. Het onderscheid tussen behandeling en ondersteuning en begeleiding is niet altijd hard te trekken. Wat wordt gemist in de ambulante hulpverlening is een duurzame contactpersoon, die intensief aanwezig is. Niet alleen vanuit de hulpverlening, maar ook voor gezinsondersteuning en relatieopbouw. Dan landt ambulant beter. Het is een spanningsveld waarbij je balanceert tussen te veel begeleiden en weinig behandeling en vice versa. Dit

knelpunt is ook benoemd in sommige interviews met de jeugdzorgregio's en in de interviews met de experts. Meerdere respondenten van de OBC's en experts benoemen dat het stapelen van kortdurende interventies betekent dat de jeugdigen met veel verschillende gezichten te maken krijgen waardoor er te weinig aandacht is voor relatie-opbouw.

Hoewel sommige regio's streven naar een volledige afbouw van de residentiële capaciteit, zijn de meeste regio's en OBC's het eens dat voor een kleine groep jongeren in deze doelgroep een verblijf in een 24-uurs behandelsetting nodig zal blijven. Geen van de respondenten kan een inschatting geven om hoeveel jeugdigen het gaat. Dat is mede afhankelijk van of eerder in het traject intensieve ambulante hulp wordt ingezet. Het verblijf moet echter meer dan nu het geval is onderdeel zijn van een langer behandeltraject in het gezin of in een gezinsvervangende situatie. Er is bij de meeste jeugdzorgregio's geen specifieke visie op jeugdzorg aan jeugdigen met een LVB en dus ook geen eenduidige visie op de rol van 24-uursverblijf met behandeling voor de doelgroep jeugdigen met een LVB en ernstige gedragsproblematiek. Er wordt daarom volgens de meeste OBC's en meerdere experts bij de inkoop van zorg te weinig aangesloten bij de chroniciteit van de licht verstandelijke beperking.

## 6.2 Knelpunten in vraag en aanbod residentiële capaciteit

We hebben geen goed zicht gekregen op de omvang van de wachtlijsten voor 24-uursverblijf bij de OBC's. In de interviews met de OBC's en de interviews en vragenlijsten van de jeugdzorgregio's kwam naar voren dat het knelpunt tussen vraag en aanbod niet zozeer zit in het totaal aantal beschikbare bedden, maar in het beschikbaar hebben van de juiste plek voor een jeugdige op het moment dat dit nodig is. Bijkomend probleem daarbij is dat men zo dicht mogelijk bij huis wil plaatsen, wat gezien de specialistische zorg niet altijd mogelijk is. De wachtlijsten voor diagnostiek zijn echter lang, benoemen meerdere respondenten van de OBC's en dit is ook door meerdere experts genoemd. Dit heeft consequenties voor het plaatsen van jeugdigen op een passende plek. Jeugdigen worden daarom niet meteen op de passende plek geplaatst en maken verschillende verhuizingen mee.

Een ander knelpunt dat meerdere OBC's als jeugdzorgregio noemen heeft te maken met de ambulantisering in de GGZ en het afbouwen van de capaciteit in de gesloten jeugdzorginstellingen (JeugdzorgPlus). Op dit laatste wordt in alle regio's gestuurd. Meerdere OBC's zien dit als een mogelijke verklaring voor een toename van aanmeldingen.

Op basis van de analyse is er niet zozeer een tekort aan verblijfsplekken, maar aan flexibel in te zetten verblijfsplekken en aan een andere vorm van verblijfsplekken (kleinschaliger en meer gezinsgericht). Daarbij merken de experts wel op dat er nog onvoldoende kennis is over effectiviteit van dergelijke voorzieningen en de randvoorwaarden waaraan moet worden voldaan.

Het vinden en behouden van kwalitatief goed personeel om de bezetting op de groepen op peil te houden, wordt als een cruciaal knelpunt gezien zowel door de OBC's als de jeugdzorgregio's. Dit geldt breder dan voor de OBC's alleen. Dit geldt niet alleen voor het personeel op de behandelgroepen. Meer systeemgerichte behandeling en de inzet van intensieve ambulante gezinsbehandeling vraagt om andere competenties en kwaliteiten dan behandeling op de groep. Bij het afbouwen van verblijfsplekken en het uitbreiden van het ambulante aanbod heeft dit consequenties voor het personeelsbestand.

De grootste tekorten worden echter zowel door de OBC's als de jeugdzorgregio's gesignaleerd met betrekking tot de uitstroom. Niet alle jeugdigen kunnen terug naar huis. Voor die groep is een tekort aan veilige woonplekken waar ook nog ondersteuning wordt geboden.

De meeste OBC's benoemen dat er voldoende aanbod is en meerdere OBC's dat er in theorie ook meer kan worden afgebouwd en dat ze dat ook willen. Afbouw is echter lastig, omdat je infrastructuur afbouwt die later soms weer nodig blijkt. Een van de OBC's licht dit toe met een voorbeeld van een jeugdzorgregio waar sterk is ingezet op de afbouw van residentiële plekken. Als in die regio de vraag toeneemt, omdat de ambulante zorg niet toereikend is, dan is er voor jeugdigen in de regio geen plek. Er moet dan buiten de regio worden geplaatst. Groepen sluiten heeft ook consequenties voor de jeugdigen. Zij moeten dan verder van huis worden geplaatst. De reisafstand van thuis naar de behandelgroep is groter, wat soms betekent dat jeugdigen niet op hun school blijven en dat het betrekken van het gezin bij de behandeling moeilijker gaat.

Verder hebben meerdere OBC's moeite met het rendabel exploiteren van meer hybride vormen van verblijf, waarbij ambulante hulp thuis en verblijf op een groep wordt gecombineerd. Ook benoemen meerdere OBC's dat er relatief weinig naar deze zorgvorm wordt verwezen. Beiden redenen zorgden ervoor dat meerdere OBC's deze initiatieven hebben stopgezet. Meerdere jeugdzorgregio's merkten ook op dat intensieve ambulante behandeling volgens hen nog niet voldoende wordt ingezet.

Zowel de OBC's als de jeugdzorgregio's benoemen knelpunten met betrekking tot de doelgroep jongvolwassenen. Voor 21-27 jarigen zijn niet alleen onvoldoende plekken aanwezig, maar zij vallen binnen de verschillende financieringsstromen tussen wal en schip. Zij komen niet (langer) in aanmerking voor verlengde Jeugdwet, maar doordat er nog enige mate van ontwikkelperspectief is, worden zij afgewezen voor behandeling/ begeleiding onder de Wlz. Zij zijn daarmee aangewezen op de Wmo beschermd wonen. Dit biedt echter onvoldoende mogelijkheden om het multidisciplinaire karakter van de zorg die ze nodig hebben, vorm te geven. Binnen het sociaal domein is er voor deze groep geen mogelijkheid tot behandeling. Ook sluiten de hulpvormen binnen Wlz niet altijd aan bij de vraag van de jeugdige met een LVB.

# 7 Financiering

In dit hoofdstuk beschrijven we de financieringsbronnen van de OBC's, en meer specifiek van het 24-uursverblijf, het financieringsmodel dat regio's hanteren en de financiële situatie van de OBC. Ook gaan we in op de diversiteit in tarieven.

## 7.1 Wijze van financiering

### Financieringsbronnen

Op basis van de door de OBC's aangeleverde gegevens zien we dat de belangrijkste financieringsbronnen van 24-uursverblijf binnen de OBC's de Jeugdwet en de Wlz zijn. Verhoudingsgewijs is de Jeugdwet de belangrijkste financieringsbron met een variatie van 63% tot 88% (zie tabel 7.1). Eén instelling heeft een sterk afwijkende financiering: 10% Jeugdwet en 90% Wlz. Deze OBC richt zich tot nu toe op 18+. Daarnaast moeten we opmerken dat niet alle organisaties de financiering uitgesplitst naar OBC konden aanleveren. In die gevallen hebben de aangeleverde cijfers betrekking op een eenheid die meer omvat dan een OBC of de ambulante hulpverlening is ook in de cijfers meegenomen. De Wlz is vooral van toepassing bij jeugdigen boven de 18 jaar.

Tabel 7.1 Aandeel inkomsten Jeugdwet en Wlz per OBC<sup>1</sup>

OBC	Aandeel inkomsten Jw	Aandeel inkomsten Wlz
OBC A	10%	90%
OBC B	12%	88%
OBC C	61%	39%
OBC D	63%	37%
OBC E	65%	35%
OBC F	67%	33%
OBC G	72%	28%
OBC H	75%	25%
OBC I	77%	23%
OBC J	86%	14%
OBC K	Geen informatie	Geen informatie

<sup>1</sup> De cijfers in deze tabel zijn op basis van de gegevens op het niveau van de instellingen. Hierbij hebben we geen onderscheid gemaakt tussen de instelling die voor twee OBC's aparte cijfers over capaciteit had aangeleverd. Hierdoor wijkt het aantal af van de aantallen in hoofdstuk 4.

### Financieringsmodel

In de digitale vragenlijst geven de jeugdzorgregio's aan dat de financiering van 24-uursverblijf verschillend gebeurt (zie figuur 7.1). Ongeveer de helft van de jeugdzorgregio's die de vragenlijst heeft ingevuld hanteert p\*q financiering. In de categorie overige hebben de jeugdzorgregio's de combinatie van

meerdere financieringsvormen binnen een jeugdzorgregio ingevuld. Bijvoorbeeld deels trajectfinanciering, resultaat of arrangementen.

Uit de gegevens van de OBC's blijkt dat in de meeste jeugdzorgregio's via p\*q wordt gefinancierd. Dat is een groter aandeel dan in de vragenlijst door de jeugdzorgregio's is ingevuld. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat niet alle jeugdzorgregio's de vragenlijst hebben ingevuld. De ontbrekende jeugdzorgregio's hanteren mogelijk ook p\*q.

In de interviews met de OBC's werden de verschillende financieringsmodellen als een knelpunt genoemd. OBC's hebben afspraken met meerdere jeugdzorgregio's over het 24-uursverblijf. Daarnaast komt het in meerdere regio's voor dat er ook met gemeenten afspraken worden gemaakt of met subregio's (zie ook paragraaf 7.2). Het bemoeilijkt het maken van een goede begroting en het sturen op een sluitende exploitatie. Ook betekent dit dat zij met meerdere verantwoordingswijzen te maken hebben voor jeugdigen die op eenzelfde groep behandeling krijgen, wat de administratieve lasten verhoogt.

#### **Administratieve lastendruk**

OBC's klagen over de administratieve lastendruk en staan daarbij niet alleen. Het geldt voor de gehele jeugdhulpsector, maar ook voor ziekenhuizen, medisch specialisten en verzorgings- en verpleeghuizen en thuiszorgorganisaties.

'Administratieve lasten: 'De inspanning van en de kosten die zorgaanbieders maken om te voldoen aan de verantwoordingsverplichtingen die voortvloeien uit wet- en regelgeving en beleidskeuzes van de overheid. Het gaat om het verzamelen, bewerken, registreren, bewaren en ter beschikking stellen van informatie in het kader van verantwoording'.<sup>26</sup>

'Doordat gemeenten bijna volledige beleidsvrijheid hebben om hun verantwoordingseisen aan aanbieders op te leggen, ontstaat er een grote diversiteit en complexiteit in administratieve lasten. In de werkpraktijk leiden de standaarden slechts beperkt tot de gewenste vereenvoudiging van administratieve processen. Door vrijblijvend gebruik, onduidelijkheid over de status van standaarden en verschillende interpretaties ontstaat voor aanbieders die vaak regio-overstijgend werken een cumulatie en stapeling van administratieve lasten op alle onderdelen van de zorg.

Administratieve lasten ontstaan daar waar gemeenten afwijken van standaarden of deze anders interpreteren. Gemeenten kiezen bij het inrichten van de verantwoording van aanbieders voor een eigen werkwijze, wat leidt tot diversiteit tussen maar ook binnen jeugdhulpregio's. Zo kunnen twee gemeenten dezelfde productcodes hanteren, maar hier andere zorgproducten onder plaatsen. Dat betekent dat aanbieders voor iedere gemeente de administratie apart moeten inrichten en in de verantwoording aan gemeenten te maken hebben met grote diversiteit in het gebruik van productcodes, specificaties als aanlevertermijnen en - formats of extra administratieve handelingen omdat er aanvullende informatie wordt geëist'.<sup>27</sup>

<sup>26</sup> JB Lorenz, En de rekening komt later, een onderzoek naar het verminderen van administratieve lasten in de verantwoording van jeugdhulpaanbieders aan gemeenten, Rotterdam 2018, p. 5.

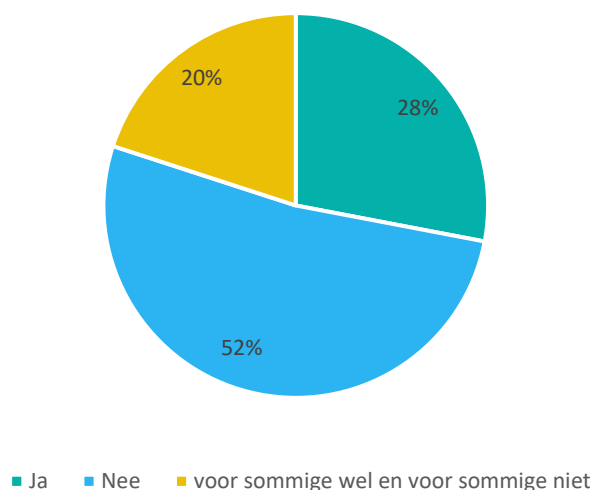
<sup>27</sup> Idem, p. 11 – 12.





Figuur 7.1 Financieringswijze 24-uursverblijf volgens respondenten uit de jeugdzorgregio's

lets minder dan de helft van de jeugdzorgregio's hanteert voor (een deel) van de regionaal ingekochte producten een budgetplafond (zie figuur 7.2). Er is sprake van omzetafspraken of omzetbegrenzing. Uit de toelichting op de vraag hoe wordt omgegaan met overschrijding door verhoogde instroom blijkt dat niet in alle jeugdzorgregio's het budgetplafond even hard is. Zo wordt als voorbeeld genoemd dat als het regionaal expertiseteam 'verblijf' adviseert en de jeugdzorgaanbieder het budgetplafond heeft bereikt er toch geplaatst kan worden. Een andere regio licht toe dat de budgetverantwoordelijkheid lokaal is en dat gemeenten daarin verschillend beleid hanteren. De ene gemeente houdt strak vast aan het budgetplafond en anderen hanteren geen plafond. Volgens deze regio vallen jeugdigen die essentiële zorg nodig hebben niet tussen wal en schip. Ook geeft een regio aan dat zo nodig toestemming wordt gegeven om het budgetplafond te overschrijden en dat het eerder om een capaciteitsprobleem (doorstroom) dan een financieel probleem gaat.



Figuur 7.2 Percentage jeugdzorgregio's waarin sprake is van budgetplafond bij regionaal ingekochte producten (n=25)

De vraag hoe de jeugdzorgregio omgaat met overschrijding als gevolg van hogere instroom is door 22 van de 31 jeugdzorgregio's in de vragenlijst beantwoord. Van die 22 hebben vijf jeugdzorgregio's aangegeven dat dit niet van toepassing is. De wijze waarop de overige jeugdzorgregio's hiermee omgaan is weergegeven in tabel 7.2.

Tabel 7.2 Wijze waarop door de jeugdzorgregio's wordt omgegaan met overschrijding als gevolg van hogere instroom

Wijze waarop wordt omgegaan met overschrijding	Aantal keer genoemd
Betalen (na gesprek)	3x
Gesprekken om instroom te beperken c.q. om te buigen, dialoog met verwijzers	3x
Afhankelijk van de vraag/aanbieder: herverdeling (plaatsing bij andere aanbieder)	3x
Toestemming om budgetplafond te overschrijden (o.a. via discretionair akkoord)	3x
Bekostiging op basis van arrangementen	1x
Kosten worden gedeeld door de gemeentes in de regio	1x

Uit de interviews met de OBC's blijkt ook dat er verschillend wordt omgegaan met het budgetplafond vanuit de OBC's en de regio's. Meerdere OBC's nemen geen jeugdigen meer op als het plafond is bereikt. Er wordt dan gekeken of de jeugdige in een andere instelling kan worden opgenomen. Anderen gaan in onderhandeling met de regio of gemeentes. Andere OBC's geven aan dat zij de jeugdige dan wel opnemen.

### Tarieven voor 24-uursverblijf

Er zijn veel verschillende tarieven en ook de samenstelling van het tarief verschilt: financiering per uur, dagdeel, dag / etmaal, week, maand, traject. Per dag / etmaal komt het meest voor. Op basis van de aangeleverde documentatie van de OBC's stellen we ook vast dat er een grote diversiteit is in de productnamen en productomschrijving waardoor het niet goed mogelijk is om de tarieven voor 24-

uursverblijf met behandeling voor jeugdigen met ernstige gedragsproblematiek te vergelijken. Zo zijn er OBC's die tarieven hebben op basis van zorgzwaarte. Andere OBC's geven aan dat ze niet gefinancierd worden op basis van zorgzwaarte. Zij hebben financiering naar vorm van jeugdhulp (bijvoorbeeld behandeling of dagbesteding). Ook maken sommige OBC's onderscheid tussen LVG<sup>28</sup> en VG, waar andere OBC's alleen LVG noemen. Soms wordt onderscheid gemaakt tussen percelen, soms tussen pakketten. En uiteraard zijn er verschillen tussen Jw en Wlz.

De hoogte van de tarieven wordt vastgesteld door de jeugdzorgregio's of individuele gemeenten. Er doen zich hier aanmerkelijke verschillen voor bij dezelfde of vergelijkbare producten binnen een OBC en tussen OBC's. Ter illustratie het volgende voorbeeld. Bij een OBC varieert het tarief voor zzp 3 LVG inclusief behandeling en dagbesteding van € 193,42 tot 242,45 per dag. Bij een andere OBC bedraagt de hoogte van dit tarief € 265,61. Een relatief verschil van 37% tussen het laagste en het hoogste tarief. Als gemeenten uiteenlopende tarieven en tariefhoogtes voor dezelfde vorm van jeugdhulp inzetten en bijvoorbeeld een groep van zes jeugdigen vier verschillende tarieven / tariefhoogtes kent, is het een puzzel om de exploitatie rond te krijgen en dit brengt extra administratieve lasten met zich mee.

Daar waar voor dezelfde producten gelijke tariefklassen zijn voor de Jeugdwet en de Wlz valt op dat de Wlz-tarieven aanmerkelijk hoger zijn dan die voor de Jeugdwet (zie voorbeelden in tabel 7.3). Dat sluit aan bij wat eerder landelijk voor de brede jeugdzorg is geconstateerd: de Jeugdwet-tarieven liggen 12 tot 15% lager dan de Wlz-tarieven.<sup>29</sup> Een OBC merkte over de verschillen tussen Jeugdwet- en Wlz-tarieven op:

*“Bij de Wlz kunnen we met de tarieven uit de voeten, bij de Jw moeten we steeds geld toeleggen.”*

Een mogelijke verklaring voor de verschillen in hoogte van tarieven tussen de Jeugdwet en de Wlz is: 'Gemeenten hanteren veelal eenzelfde tarief voor een bepaald product voor alle aanbieders. Dit is anders dan zorgkantoren en zorgverzekeraars, die veelal gedifferentieerde tarieven hanteerden waardoor gespecialiseerde aanbieders voor al hun producten hogere tarieven kregen dan minder gespecialiseerde aanbieders. Op die manier werd de hogere overhead bij 'systeemaanbieders' verdisconteerd'.<sup>30</sup> Daarnaast is het onderdeel dagbehandeling binnen het tarief van de Wlz ruimer dan binnen de Jeugdwet. Binnen de Jeugdwet is het uitgangspunt dat jeugdigen naar school gaan en binnen de Wlz dat dit niet geval is en jeugdigen dus meer dagbehandeling nodig hebben.

<sup>28</sup> Hoewel de gangbare term licht verstandelijke beperking is (LVB) wordt in de tarieven nog gebruik gemaakt van de term licht verstandelijk gehandicapt LVG. We gebruiken in dit hoofdstuk de termen zoals gebruikt in de productomschrijving en tarieven.

<sup>29</sup> AEF, Een stelsel in groei, onderzoek naar financiële tekorten in de jeugdzorg, p. 149, Utrecht 2020.

<sup>30</sup> AEF, Een stelsel in groei, onderzoek naar financiële tekorten in de jeugdzorg, p. 89, Utrecht 2020.

Tabel 7.3 Voorbeelden van tarieven in de jeugdwet en de Wlz voor vergelijkbare producten volgens opgave van de OBC's

OBC	Product	Tarief Jeugdwet	Tarief Wlz
OBC 1	Zzp 3LVG verblijf met BH en DB	€ 277,03	€ 343,70
	Zzp3 LVG verblijf met BH en DB	€ 321,12	€ 374,59
OBC 2	Zzp2 LVG verblijf met BH en DB	€ 213,38	€ 266,11
	Zzp5 LVG verblijf met BH en DB	€ 302,25	€ 374,59
OBC3	Zzp3 LVG verblijf met BH en DB	€ 258,12	€ 345,99
	Zzp4 LVG verblijf met BH en DB	€ 296,21	€ 395,28

Niet alle OBC's hebben inzage gegeven in de tariefontwikkeling tussen 2018 en 2021. Bij OBC's die dit wel hebben gedaan zien we een (aanmerkelijke) stijging van tarieven (zie voorbeelden in tabel 7.4).

Tabel 7.4 Enkele voorbeelden van stijging van tarieven tussen 2018 en 2021

OBC	Tarief	2018	2021
OBC 1	Zzp 3LVG incl. behandeling en dagbesteding	€ 207,41	€ 277,03
OBC 2	Perceel B3 opname met behandeling	€ 347,31	€ 353,11
OBC 3	Zzp3 LVG incl. behandeling en dagbesteding	€ 242,45	€ 279,04
OBC 4	Zorg met verblijf pakket 2 zzp	€ 233,50	€ 249,86
OBC5	6 VG incl. behandeling en dagbesteding	€ 242,10	€ 257,03

## Financiering van alternatieven voor 24-uursverblijf

Uit de vragenlijst onder de jeugdzorgregio's en uit de interviews met de OBC's blijkt dat ontwikkelkosten voor de ambulantisering en meer kleinschalige voorzieningen op verschillende manieren worden gefinancierd. De meeste respondenten zeggen dat hiervoor transformatiegelden van VWS of stimuleringsimpuls worden ingezet. Meerdere regio's stellen een innovatiebudget in de opstartfase ter beschikking, in andere regio's zijn ontwikkelkosten in de subsidie (veelal lumpsum) opgenomen.

Meerdere jeugdzorgregio's en meerdere OBC's benoemen dat kleinschaligere voorzieningen duurder zijn dan de grotere groepen. Maar er is nog onvoldoende ervaring opgedaan om hier harde conclusies over te trekken. Andere jeugdzorgregio's geven aan dat de bekostiging van de kleinschalige voorzieningen nog moet worden bepaald. In interviews met de OBC's en de jeugdzorgregio's en in de vragenlijst is benoemd dat de kosten van kleinschalige voorzieningen aandacht behoeven. Om de ambities van de transformatieopgave waar te maken zijn investeringen nodig. Een jeugdzorgregio geeft aan dat dit om een heroverweging van de bekostigingssystematiek vraagt, die past bij de beschikbaarheid van verblijfsplekken in combinatie met het dalende aantal cliënten. Een andere jeugdzorgregio benoemt dat het ontwikkelen van kleinschalige voorzieningen niet moet betekenen dat er extra aanbod wordt ontwikkeld maar dat het om substitutie van het bestaande aanbod moet gaan.

*“We zetten in op zoveel mogelijk ambulante zorg. Als verblijfszorg dan toch nodig is dan kleinschalig, gezinsgericht en zo kort als nodig. Dit leidt tot hogere kosten voor ambulante zorg, maar ook de resterende verblijfszorg wordt duurder vanwege de kleinere groepen. We bieden mogelijkheden vanwege expertisenetwerk [...] om hier een stimuleringsimpuls aan te geven.” (een jeugdzorgregio)*

Ook hybride vormen waarin jeugdigen in deeltijd op de groep verblijven en daarnaast intensieve ambulante gezinsbehandeling krijgen, zijn niet altijd goedkoper. Het ‘bed’ van de jeugdige blijft een deel van de week leeg staan. Bedden kunnen niet zomaar worden gedeeld. Eén aanbieder geeft aan gekort te worden op hybride vormen als eerst een beschikking voor verblijf is verstrekt en in een latere fase van de hulpverlening ook ambulant wordt ingezet. Er moet dan terugbetaling plaatsvinden omdat hybride hulpverlening niet past binnen de tariefstellingssystematiek. Vanuit bedrijfsvoerpunt is het ook moeilijker om de exploitatie van hybride vormen goed rond te krijgen. Meerdere OBC’s zijn daarom alweer gestopt met bijvoorbeeld deeltijdbehandeling en naschoolse behandeling. Daarbij speelde ook een rol dat er relatief weinig vraag naar was.

Meerdere OBC’s en jeugdzorgregio’s benoemen dat intensieve ambulante gezinsbehandeling niet altijd goedkoper is. De behandeling wordt gedaan door een professional – een op een. De kosten zijn afhankelijk van het aantal uur behandeling per week en de duur van de behandeling. Daarnaast zijn er ook reiskosten.

### Andere knelpunten met betrekking tot de financiering

Meerdere OBC’s benoemen dat er vaak een indicatie wordt afgegeven voor verblijf met basisbehandeling maar als een jeugdige therapie nodig heeft of als gezinsbehandeling nodig is, dan is een extra beschikking nodig. Daarnaast komt het voor dat de ambulante behandeling of de gezinsbehandeling niet is ingekocht bij de OBC en die behandeling moet dan door een andere aanbieder worden gedaan. Tot slot noemen meerdere OBC’s het knelpunt dat de doelgroep een chronische ondersteuningsvraag heeft maar dat pas als de problematiek ernstig is, het lukt om de financiering voor meer intensieve behandeling rond te krijgen.

## 7.2 Financiële situatie OBC’s

Meerdere OBC’s stellen geen gesegmenteerd exploitatieoverzicht op, op het niveau van de OBC. Er zijn OBC’s die exploitatieoverzichten per locatie of behandelgroep opstellen en daar op sturen.

Exploitatieverlies is reden om groepen te sluiten. We herhalen hier de eerder gemaakte opmerking dat de gepresenteerde gegevens niet steeds volledig betrekking hebben op een OBC en ook kosten en opbrengsten van ambulante zorg zijn meegenomen.

Vier OBC’s hebben een – bescheiden – positief exploitatieresultaat in 2020 en twee daarvan hadden in een voorgaand jaar nog een negatief exploitatieresultaat (zie tabel 7.5). Zes OBC’s schrijven rode cijfers,

waarvan vier met ernstige tekorten - exploitatieverliezen van (8% tot 34%). Vijf van deze zes hadden over alle jaren 2018 – 2020 een negatief exploitatieresultaat.

Tabel 7.5 Exploitatieresultaat OBC's 2018, 2019 en 2020 op basis van door OBC's aangeleverde gegevens<sup>12</sup>

OBC	Resultaat 2018	Resultaat 2019	Resultaat 2020
OBC 1	0%	2%	-/- 1%
OBC 2	-/- 7%	-/- 4%	-/- 3%
OBC 3	Geen informatie	-/- 2%	-/- 8%
OBC 4	-/- 3%	-/- 11%	-/- 12%
OBC 5	-/- 12%	-/- 10%	-/- 17%
OBC 6	-/- 20%	-/- 36%	-/- 34%
OBC 7	Geen informatie	Geen informatie	Geen informatie
OBC 8	-/- 1%	0%	2%
OBC 9	2%	3%	2%
OBC 10	-/-10%	-/- 9%	4%
OBC 11	-/- 6%	5%	5%

<sup>1</sup> De resultaten in deze tabel zijn gebaseerd op de door de OBC's aangeleverde gegevens. We hebben deze niet gevalideerd op basis van jaarrekeningen.

<sup>2</sup> -/- betekent een negatief exploitatieresultaat (exploitatieverlies)

De exploitatieverliezen hebben volgens de OBC's vooral te maken met niet kostendekkende tarieven voor verblijf. Maar een analyse van jaarverslagen van de jeugdzorgaanbieders laat zien dat de exploitatieverliezen meerdere oorzaken hebben: naast niet altijd kostendekkende tarieven, ook stijgende personeelskosten vanwege arbeidsmarktproblematiek en stijgend ziekteverzuim, en onevenredig zware administratieve lasten.<sup>31</sup> Ook zijn er meerdere OBC's die aangeven dat de zorgzwaarte lager wordt geïndiceerd dan voorheen. Daarnaast zijn er geluiden vanuit de meeste OBC's maar ook vanuit meerdere jeugdzorgregio's dat gemeenten op casusniveau onderhandelen over het in te zetten tarief. Maar ook de financieringswijze speelt een rol bij de exploitatieverliezen. De meest voorkomende financieringswijze in de door de OBC's aangeleverde informatie is p x q, waarbij meestal geldt dat bij niet bezette bedden de OBC risicodragers is. Daarbij plaatsen we de opmerking dat niet uit te sluiten is dat in het tarief een percentage voor leegstand is verdisconteerd. Zoals eerder genoemd kampen OBC's met hoge administratieve lasten die veroorzaakt worden door aanbestedingen, uiteenlopende en uitgebreide verantwoordingsregimes en de verschillende tarieven die regio's en gemeenten hanteren

Tot slot zijn er meerdere OBC's die aangeven dat de krappe arbeidsmarkt leidt tot meerkosten door hogere salarissen toe te kennen dan op grond van de Cao verplicht is of door zzp'ers in te huren. Bij meerdere OBC's leiden personeelstekorten tot onderbezetting van de capaciteit en tot lagere inkomsten.

<sup>31</sup> Intrakoop, Jaarverslagenanalyse jeugdzorg 2019, de financiële positie, uitgaven, capaciteit en productie van zorgorganisaties in de jeugdzorg, 2020.

Ook noemen meerdere OBC's dat een toename in de complexiteit van de problematiek extra kosten met zich meebrengt zoals de inzet van een psychiater of extra personeel.

*“We hebben meerdere pogingen gedaan, om hogere tarieven te bedingen en afspraken te maken over no-shows. Dat is niet gelukt. Er zijn nu voor verschillende productgroepen ombuigingsprogramma's opgesteld. Langs verschillende lijnen wordt gekeken hoe de bedrijfsvoering positief kan worden getrokken; bijvoorbeeld door de huisvesting onder de loep te nemen (vastgoed dat niet ten volle wordt gebruikt, wordt afgestoten) en overhead kosten te drukken.*

*Door het ombuigingsprogramma is het personeel op de groepen afgenomen, en zijn er minder diensten op de groep. Er is een afname van therapeuten. Hierdoor is er minder behandeling mogelijk. Er wordt gestuurd op budgetten en benutte bedden en niet op behandeling of zorg. Gesprekken gaan meer over de vraag wie het betaalt en hoe lang er betaald wordt. Het financiële stuk van de casus is leidend.” (een controller van een OBC)*

## Verwachte financiële ontwikkeling

De meeste OBC's verwachten voor de jaren 2021 – 2025 een positief resultaat. Als redenen daarvoor geven ze aan:

- ③ Betere onderhandeling over tarieven.
- ③ Sluiten van niet rendabele locaties.
- ③ Niet meedoen aan aanbesteding waarin de tarieven niet kostendekkend zijn.
- ③ Voor extramurale voorzieningen kiezen voor eenjarige huurcontracten waardoor als sluiting noodzakelijk is dit geen te grote consequenties heeft.
- ③ Verwachting dat het rijk de bijdrage aan gemeenten gaat verhogen.

De optelsom van deze activiteiten kan voor de financiën een goed resultaat opleveren maar kan volgens ons wel consequenties hebben voor het beschikbare aanbod in jeugdzorgregio's en de spreiding van het aanbod met het risico dat er voor jeugdige in sommige jeugdzorgregio's geen passend aanbod beschikbaar is. Zo noemde één jeugdzorgregio in de vragenlijst dat er in de nieuwe aanbesteding geen enkele aanbieder heeft ingeschreven voor 24-uursverblijf voor deze doelgroep en dat zij nu in gesprek zijn met een aanbieder hierover.

## 8 Monitoring

De Jeugdautoriteit heeft advies gevraagd voor de wijze waarop structurele monitoring zou kunnen plaatsvinden van de ontwikkelingen in het hulpaanbod voor jeugdigen met een LVB en de benodigde capaciteit van 24-uursverblijf. De Jeugdautoriteit vindt het belangrijk dat de residentiële capaciteit wordt gemonitord om zo een bijdrage te leveren aan het waarborgen van de (passende) zorgcontinuïteit voor jeugdigen. Zoals eerder gezegd in dit onderzoek biedt het enkelvoudig monitoren van 24-uursverblijf op geaggregeerd niveau onvoldoende inzicht in de afstemming tussen vraag en aanbod.

Om zicht te krijgen op de afstemming tussen vraag en aanbod is het nodig om de klantreizen die in hoofdstuk 2 in kwalitatieve zin zijn besproken cijfermatig te onderbouwen. Bij de instroom gaat het om inzicht in het aantal jeugdigen dat naar een OBC wordt verwezen vanuit de thuissituatie, vanuit gezinsgericht verblijf (gezinshuizen en pleeggezin), vanuit de crisisopvang en vanuit andere instellingen. Bij uitstroom gaat het om jeugdigen die uitstromen naar huis, naar een gezinsgericht verblijf, naar een andere instelling of groep met minder intensieve behandeling of begeleiding, naar een kamertrainingscentrum of naar begeleid wonen. Daarbij is het niet alleen nodig om de uitstroom te onderbouwen, maar vooral om te weten hoeveel jeugdigen op de OBC wachten op passende vervolgplekken. Kwantitatieve onderbouwing van de klantreizen, het aantal wachtenden en de wachttijden bieden dan aanknopingspunten voor verbetering van het zorglandschap.

### 8.1 Voorstel eerste aanzet monitor

We stelden vast dat de frictie van vraag en aanbod zich op dit moment vooral voordoet bij instroom (niet voor alle jeugdigen is op korte termijn een passende plek) en bij uitstroom (jeugdigen verblijven op een OBC omdat er geen passende vervolgplek is). Gezien de zeer specialistische jeugdzorg die OBC's bieden, is het monitoren van deze indicatoren op bovenregionaal niveau het meest realistisch. Het is aan te bevelen om in een structurele monitor in eerste instantie de volgende indicatoren op te nemen:

- ② Aantal jeugdigen dat wacht een 24-uursverblijf plek bij een OBC en wat de kenmerken zijn van die jeugdigen:
  - Leeftijd;
  - woonplaats (jeugdzorgregio);
  - verblijfplaats (thuis, gezinshuis, pleeggezin, crisisopvang, andere instelling);
  - intensiteit en aard van de zorgvraag (in enkele uniforme categorieën);
  - wachttijd.
- ② aantal jeugdigen dat op een OBC verblijft na afronding van de behandeling omdat er geen passende vervolgplek is en wat de kenmerken van die jeugdigen zijn:
  - leeftijd;



- gevraagde vervolgplek (gezinshuis, pleeggezin, andere instelling, fasehuis of KTC, begeleid wonen);
- woonplaats vervolgplek (jeugdzorgregio);
- wachttijd.

Inzicht in deze twee groepen maakt duidelijk in welke regio's sprake is van tekorten. Vervolgens kan worden onderzocht welke oplossingen mogelijk zijn voor de tekorten, waarbij enerzijds rekening wordt gehouden met het uitgangspunt 'zo thuis mogelijk' en anderzijds met wat bedrijfsmatig haalbaar is. Ook moet daarbij rekening worden gehouden met de ontwikkelingen in en de mogelijkheden van het inzetten van intensieve ambulante (gezins)begeleiding of behandeling.

## 8.2 Voorwaarden voor structurele monitoring

Monitoren om te monitoren heeft geen zin. Het doel van de monitor moet helder zijn voor alle stakeholders en ook door alle stakeholders worden gedragen. Bepalend voor de definitieve keuze van de monitorsystematiek is het uiteindelijke gebruik. Wat is het doel van de monitor? Voor wie zijn de monitoringsgegevens bedoeld? Wie gaat de monitoringsgegevens gebruiken en op welke manier?

Vervolgens zijn afspraken nodig hoe en door wie deze indicatoren worden vastgelegd in registratiesystemen zodat ze gemakkelijk op het niveau van bovenregionale jeugdzorgregio's en/of OBC's kunnen worden geëxtraheerd. De voorgestelde indicatoren worden in elk geval vastgelegd op het niveau van individuele jeugdigen in dossiers bij de OBC's. Maar ze zijn niet op geaggregeerd niveau uit registraties te extraheren. Bij jeugdzorgregio's zijn gegevens beschikbaar over indicaties maar ook hier kunnen op geaggregeerd niveau geen cijfers over deze specifieke doelgroepen worden geëxtraheerd. Het is van belang dat deze indicatoren voor alle jeugdigen op een zelfde manier worden vastgelegd zodat ze onderling vergelijkbaar zijn. Om dat mogelijk te maken is het aan te bevelen om de omschrijvingen van de verschillende vormen van 24-uursverblijf met behandeling meer te uniformiseren. Hier ligt volgens ons een gezamenlijke opdracht voor het VOBC en de jeugdzorgregio's.

Vervolgens is het aan te raden om te onderzoeken hoe bij het vastleggen van de indicatoren zoveel mogelijk kan worden aangesloten bij wat reeds in registraties wordt vastgelegd en zo min mogelijk te vragen naar nieuwe registraties. Dit om extra administratieve last te voorkomen.

Tot slot is het nodig om jaarlijks te evalueren of de monitor de informatie oplevert die nodig is om te sturen op een afstemming tussen vraag en aanbod. Op basis van evaluatie kan de monitor worden aangepast (minder indicatoren, andere indicatoren of meer indicatoren).

## 9 Conclusies en aanbevelingen

In dit hoofdstuk trekken we conclusies ten aanzien van de onderzoeksvragen en we doen aanbevelingen voor monitoring.

### 9.1 Doel en aanpak van het onderzoek

Het doel van het onderzoek was inzicht krijgen in (de ontwikkeling van en verhouding tussen) het aanbod van en de vraag naar jeugdzorg door OBC's – en dan meer specifiek naar de residentiële capaciteit – inclusief de spreiding ervan over de verschillende jeugdzorgregio's. De praktijk van de OBC's bleek weerbarstiger dan van tevoren gedacht. De OBC's vormen een veel minder eenduidige groep dan was verondersteld. Hoewel zij allemaal dezelfde visie op deze vorm van specialistische behandeling onderschrijven en elkaar ook visiteren op de kwaliteit van die specialistische behandeling, verschillen de OBC's in organisatievorm en de vorm van de specialistische behandeling die zij bieden. De meeste OBC's hebben geen geaggregeerde cijfers over instroom, doorstroom en uitstroom en wachttijden op het niveau van de OBC beschikbaar. Ook vragen de meeste financiers OBC's geen cijfers over instroom, doorstroom en uitstroom en wachttijden en wachttijden. De onvolledigheid van de kwantitatieve informatie betekent dat we de onderzoeksvragen over de capaciteit niet volledig kunnen beantwoorden en ook geen antwoord kunnen geven op de vragen over de regionale spreiding (zie bijlage 1 voor een gedetailleerd overzicht van de mate waarin we de onderzoeksvragen kunnen beantwoorden). Ook de vragen over de financiële cijfers kunnen we niet volledig beantwoorden. Daarnaast betekent dit dat we de OBC sector vooral kwalitatief in kaart hebben gebracht maar dit niet volledig kwantitatief kunnen onderbouwen. Dit geldt specifiek voor de vragen over klantreizen, specifieke doelgroepen en alternatieve vormen voor zorg met verblijf. In dit hoofdstuk beantwoorden de onderzoeksvragen vooral in kwalitatieve zin en gaan in op de vragen die voldoende beantwoord kunnen worden en de meeste betekenis hebben voor hoe nu verder te gaan.

### 9.2 De OBC-sector

#### Vormen van 24-uursverblijf

We concluderen dat het OBC-landschap een complex landschap is. Hoewel de OBC's verenigd zijn in een VOBC bestaat "het OBC" niet. De twaalf OBC's hebben met elkaar gemeen dat zij specialistische behandeling bieden aan jeugdigen en jongvolwassenen met een LVB en ernstige gedragsproblematiek en hun gezinnen, maar hét OBC bestaat niet. Daar zijn diverse redenen voor:

- De wijze waarop de OBC's het aanbod organiseren en de vormen van 24-uursverblijf met behandeling die zij aanbieden verschillen.

- ③ OBC's hebben 24-uursverblijf met specialistische behandeling of specialistische ondersteuning, maar het onderscheid daartussen is niet eenvoudig te maken, wat maakt dat ook de registratiecijfers van de OBC's moeilijk zijn te vergelijken.
- ③ OBC's bieden veel meer dan 24-uursverblijf met behandeling: diagnostiek en onderzoek, intensieve ambulante individuele jeugdhulp en gezinsbegeleiding en deeltijd- en dagbehandeling. Deze laatste wordt soms als alternatief voor 24-uursverblijf ingezet en soms in combinatie met 24-uursverblijf.
- ③ De vergelijking tussen de verschillende OBC's wordt bemoeilijkt doordat de OBC's voor vergelijkbare groepen verschillende termen gebruiken. Behandelgroepen verschillen in intensiteit van de geboden behandeling, in groepsgrootte, in locatie, in leeftijd van de doelgroep, in specifieke bijkomende problematiek van de doelgroep en in driemilieusvoorzieningen waar ook onderwijs wordt geboden versus groepen met school buiten de instelling.

De meeste OBC's hebben afspraken met meerdere jeugdzorgregio's over 24-uursverblijf en/of nemen ook jeugdigen op als onderaannemer (financieel en inhoudelijk) van andere OBC's. Op een behandelgroep verblijven daarom jeugdigen uit meerdere jeugdzorgregio's. In meerdere jeugdzorgregio's zijn er geen behandelgroepen – ook niet in de wijk. De jeugdigen uit die regio's worden dus altijd buiten de regio geplaatst als opname nodig is. Dit is vooral het geval als meer intensieve behandeling nodig is. De meer intensieve behandellocaties en de SGVLG-locaties bevinden zich voornamelijk in het oosten en het midden van het land. Ook behandelgroepen voor kinderen onder de 12 jaar bevinden zich in een beperkter aantal jeugdzorgregio's. Het gaat bij deze doelgroepen om zeer specialistische behandeling en het is daarom ook niet te verwachten dat in elke jeugdzorgregio hiervoor groepen beschikbaar zijn.

Het optellen van alle verschillende vormen van 24-uursverblijf geeft slechts gedeeltelijk antwoord op de vraag of de beschikbare capaciteit voldoet aan de vraag. De match tussen vraag en aanbod is een complexe aangelegenheid waar meerdere factoren op elkaar inspelen zoals intensiteit van de zorgvraag en specifieke bijkomende problematiek.

### Alternatieven voor 24-uursverblijf met behandeling

De afgelopen jaren hebben bijna alle OBC's geïnvesteerd in de inzet van intensieve ambulante gezinsbegeleiding ter voorkoming van plaatsing in een 24-uursverblijf en/of als onderdeel van de behandeling op de behandelgroep. Daarnaast hebben enkele OBC's de mogelijkheid om het hele gezin op te nemen of zijn voornemens dit aanbod in te zetten.

In de afgelopen jaren is in de behandeling op de groep bij alle OBC's meer aandacht voor systeem- en gezinsgericht werken, positief behandelklimaat en traumasensitief werken.

Daarnaast is er behoefte aan meer hybride vormen waarin residentieel en ambulant met elkaar worden gecombineerd en de jeugdige een deel van de behandeling op een groep krijgt en een deel van de (gezins)behandeling thuis.

Alle OBC's onderschrijven de visie 'ambulant tenzij' en indien opname nodig is dan zo kort mogelijk. De meesten hebben dit ook expliciet opgenomen in hun eigen visie. De meeste OBC's hebben geen gericht instellingsbeleid op hoeveel plekken zij de komende vijf jaar verder willen omvormen of afbouwen. De inhoudelijke visie en de bedrijfsmatige overwegingen kunnen elkaar hier bijten. Het dilemma waar OBC's voor staan is wat is zorginhoudelijk voor de jeugdigen het best passend en hoe houden we de exploitatie rendabel? Daarnaast is meer onderzoek nodig naar de werkzaamheid van kleinschalige voorzieningen, de financiële haalbaarheid daarvan en hoe dit te exploiteren.

Nu is veelal de veronderstelling dat kleinschaliger verblijf niet zal leiden tot minder kosten. Ook intensieve ambulante gezinsbegeleiding als vervanging van opname is niet per se op korte termijn goedkoper. Dit hangt af van de intensiteit van de behandeling en ondersteuning en of deze intensieve behandeling ook eerder dan nu meestal het geval is, wordt ingezet. Op de kosten en effectiviteit op de langere termijn is nu nog onvoldoende zicht. Het eerder inzetten van intensieve ondersteuning en behandeling vraagt om een andere kijk op de jeugdhulpketen dan nu gebruikelijk is. De ontwikkelingen in het kader van StroomOp voor de gesloten jeugdzorg zijn ook goed van toepassing op deze doelgroep (zie kader).

#### **StroomOp<sup>32</sup>**

StroomOp is een netwerk van jeugdhulp- en onderwijsprofessionals die streven naar eerdere, snellere en beter passende hulp voor jongeren en hun ouders. In een omgeving die liefdevol, stabiel en veilig is, en waar de hulp het liefst thuis geboden wordt. Samen werken we stroomopwaarts aan een lerend jeugdhulpstelsel. Het netwerk van professionals uit jeugdhulp en onderwijs geeft uitvoering aan het Actieplan Best Passende Zorg voor Kwetsbare Jongeren (BGZJ). StroomOp streeft naar: evidence-based zorg en behandeling. Jeugdhulp die systeemgericht is, met passend en perspectief biedend onderwijs, dagbesteding of werk. Jeugdhulp met minder "instroom", met minder (crisis)plaatsingen en minder doorplaatsingen. Jeugdhulp met stroomopwaarts meer alternatieven in behandeling voor jongeren en hun ouders met aandacht voor het gezinsgericht werken, kleinschalig daar waar enigszins mogelijk en door realisatie van meer kleinschalige voorzieningen. Jeugdhulp met meer mogelijkheden om jongeren en gezinnen thuis te ondersteunen.

## 9.3 OBC-capaciteit voor 24-uursverblijf met behandeling

### Capaciteit en ontwikkeling van de capaciteit

Eind 2020 zijn er op basis van de gegevens van tien van de twaalf OBC's 2.232 plekken voor 24-uursverblijf met behandeling beschikbaar. De inschatting is dat het aantal plaatsen op de twee ontbrekende OBC's voor deze specifieke doelgroep in omvang beperkt is. We schatten dat er ongeveer 2.400 plekken

<sup>32</sup> <https://www.brancheszorgvoorjeugd.nl/berichten/steeds-betere-jeugdhulp/plan-best-passende-zorg-stroomop/>

beschikbaar zijn. Zoals eerder gezegd is het onderscheid tussen 24-uursverblijf met en zonder behandeling niet door alle OBC's op dezelfde manier gemaakt.

Er is een grote variatie in het aantal plaatsen per OBC eind 2020: van 62 tot 556 plekken. Op basis van de meeste locaties van OBC's is de capaciteit geconcentreerd in het oosten van het land. Er tekent zich sinds 2018 een dalende trend af voor wat betreft 24-uursverblijf. Tussen 2018 en 2020 is de totale capaciteit met 16% of ca. 400 plekken afgenomen. De grootste afname heeft plaatsgevonden tussen 2019 en 2020. Maar dat geldt niet voor alle instellingen. Twee instellingen hebben geen krimp ervaren. Waar krimp heeft plaatsgevonden, varieert het van 7% tot 39%. De laatste is overigens een echte uitschieter. Bij meerdere instellingen is de grootste afbouw van residentiële capaciteit reeds doorgevoerd vóór 2018.

## Benutte capaciteit en ontwikkeling

Op peildatum 31 december 2020 verbleven op basis van de gegevens van de OBC's bij tien OBC's op de 2.232 beschikbare plekken 1.887 jeugdigen. De bezettingsgraad is op dat moment 84% bij die tien OBC's. Bij de OBC's afzonderlijk ligt de bezettingsgraad tussen 74% en 98%. Onderbezetting leidt ertoe dat het aantal plekken wordt afgebouwd. Deels heeft dit te maken met een afname in de vraag, maar bij meerdere OBC's zijn exploitatieproblemen de reden voor het sluiten van groepen. Het sluiten van groepen heeft overigens wel consequenties voor de jeugdigen. Zij worden daardoor verder van huis geplaatst. Een aandachtspunt bij het duiden van de bezettingsgraad is volgens ons de prikkel die uitgaat van het financieren van benutte bedden. Een mogelijk gevolg daarvan kan volgens ons zijn dat de bezetting oneigenlijk hoog wordt gehouden, bijvoorbeeld doordat jeugdigen worden opgenomen voor wie ambulante gezinsbegeleiding meer passend is.

Bij een tekort aan cijfers over wachtlijsten en wachttijden ontbreekt een totaalbeeld voor het aantal wachtenden voor 24-uursverblijf met behandeling bij de OBC's. Ook de helft van de jeugdzorgregio's monitort niet op de wachtlijsten voor deze doelgroep. Inzicht in het aantal wachtenden en de wachttijden is volgens ons nodig om de frictie tussen vraag en aanbod in kaart te brengen. Op basis van de kwalitatieve interviews en de cijfers over de bezettingsgraad stellen we vast dat de frictie tussen vraag en aanbod niet op het niveau van de totale capaciteit van OBC's in kaart moet worden gebracht, maar op een meer gedifferentieerd niveau waarbij wordt gekeken naar de intensiteit van de zorgvraag en specifieke problematiek. Daarbij is ook de wachttijd van belang.

## Ontwikkeling van de capaciteit

Of verdere afbouw van de residentiële capaciteit mogelijk is, is niet alleen afhankelijk van wat de OBC's doen maar ook van veranderingen in de hele keten. Een aantal zaken is nodig:

- ③ Eerder inzetten van LVB-expertise.
- ③ Inzetten op goede diagnostiek.

- ③ Uitgaan van *matched care* in plaats van *stepped care*; dit wil zeggen dat intensieve ambulante (gezins)behandeling eerder en meer wordt ingezet en dat flexibel kan worden omgegaan met een korte opname als dat nodig is.
- ③ Voorzien in voldoende geschikte vervolgplekken als terugkeer naar huis niet mogelijk is.
- ③ Voorzien in voldoende veilige woonplekken voor jeugdigen met een LVB die niet thuis kunnen wonen.

## 9.4 Visie van jeugdzorgregio's

Driekwart van de jeugdzorgregio's heeft geen specifieke visie op jeugdhulp aan jeugdigen met een LVB en ernstige gedragsproblematiek. De belangrijkste redenen daarvoor zijn dat zij geen specifiek beleid voor de doelgroepen hebben en dat jeugdigen met een LVB en ernstige gedragsproblematiek vallen onder de doelgroep met complexe problematiek. De jeugdzorgregio's die wel specifiek beleid voor de LVB-doelgroep hebben, benoemen daarin veelal ook de aspecten die in meer algemene zin gelden voor de visie op 24-uursverblijf en jeugdigen met complexe problematiek. In geen van de visies wordt expliciet de chroniciteit van de LVB genoemd en dat deze jeugdigen en gezinnen dus voor een langere periode ondersteuning nodig hebben. Het huidige jeugdzorglandschap is hier niet op ingericht. Omdat de meeste jeugdzorgregio's geen visie hebben, kunnen we ook geen conclusies trekken over de wijze waarop zij hier vorm aan geven.

## 9.5 Financiering en tarieven

Het was lastig om sturingsinformatie te verkrijgen op het niveau van de OBC's. De aangeleverde cijfers over de financiële situatie van OBC's hebben betrekking op een eenheid die meer omvat dan een OBC of ambulante hulpverlening is ook in de cijfers meegenomen. Op basis van de ontvangen gegevens concluderen we dat er qua hoogte van de tarieven aanmerkelijke verschillen zijn bij dezelfde of vergelijkbare producten binnen een OBC en tussen OBC's. Daarnaast zijn de Wlz-tarieven aanmerkelijk hoger dan die voor de Jeugdwet, omdat in de Wlz-tarieven rekening wordt gehouden met een hogere overhead bij gespecialiseerde zorgaanbieders.

Van de tien OBC's die cijfers met betrekking tot exploitatieresultaten hebben aangereikt, hebben er zes een negatief exploitatieresultaat dat oploopt tot meer dan 30%. Bij de vier OBC's met een positief exploitatieresultaat gaat het om een marge van 1% tot 5%. Exploitatieverliezen hebben meerdere oorzaken volgens de OBC's: naast niet altijd kostendekkende tarieven, ook stijgende personeelskosten vanwege arbeidsmarktproblematiek en stijgend ziekteverzuim, en onevenredig zware administratieve lasten.

## 9.6 Knelpunten in vraag en aanbod van residentiële capaciteit

Zoals eerder gezegd biedt de totale residentiële capaciteit onvoldoende inzicht in de frictie tussen vraag en aanbod en is er op geaggregeerd niveau weinig informatie beschikbaar over instroom, doorstroom en uitstroom. Zowel OBC's als jeugdzorgregio's benoemen de volgende knelpunten in de afstemming van vraag en aanbod:

- ⦿ Eerder inzetten van intensieve ambulante gezinsbegeleiding ter voorkoming van opname. Deze producten zijn wel beschikbaar maar er wordt nog niet tijdig naar verwezen. Dit betekent ook dat er eerder in de keten gebruik zou moeten worden gemaakt van de specifieke expertise met betrekking tot jeugdigen met een LVB en gedragsproblematiek.
- ⦿ Er zijn onvoldoende passende vervolgplekken na behandeling op een OBC voor jeugdigen die niet thuis kunnen wonen. Daardoor verblijven jeugdigen langer dan noodzakelijk op een behandelgroep van een OBC. Er is behoefte aan veilige woonplekken (gezinshuizen) of kleinschalige groepen waar jeugdigen met ondersteuning kunnen opgroeien. Voor oudere jongeren en jongvolwassenen is er behoefte aan tussenvormen tussen de groep en begeleid wonen. Goede uitstroombmogelijkheden zijn een voorwaarde voor het verkorten van het verblijf op de OBC. We kunnen niet onderbouwen met cijfers wat de omvang van dit knelpunt is.

Om de knelpunten aan te pakken moet er dus niet alleen worden gekeken naar de residentiële capaciteit van de OBC's, maar ook naar het beschikbaar ketenbrede aanbod voor deze doelgroep. Verblijf moet meer een onderdeel zijn van een geheel behandeltraject – en niet een losstaand product – dat flexibeler kan worden ingezet. Dit past nu nog niet binnen de bekostigingssystematiek en kan alleen via maatwerkregelingen worden ingezet. Dit vraagt om een trajectbenadering met als uitgangspunt *matched care* in plaats van *stepped care*.

We kunnen niet genoeg benadrukken dat residentiële capaciteit niet los kan worden gezien van de inzet van intensieve ambulante gezinsbegeleiding. Dit zijn communicerende vaten. Als ambulante gezinsbegeleiding onvoldoende of te laat wordt ingezet, zal dit leiden tot meer crisisopnames en residentiële opnames.

Daarnaast zien de OBC's, de jeugdzorgregio's en de experts de volgende uitdagingen om de transformatieopgave voor de doelgroep jeugdigen met een LVB en ernstige gedragsproblematiek te realiseren in de komende jaren:

- ⦿ Voldoende kwalitatief hoog geschoolde professionals behouden die specifieke expertise hebben over deze doelgroep en die ook in staat zijn om systeemgericht en domeinoverstijgend te werken (bijvoorbeeld in hybride teams). De experts benadrukken ook dat wisselingen in personeel nadelig zijn voor een positief orthopedagogisch klimaat.
- ⦿ Borgen van LVB-expertise in de jeugdzorgregio's en die eerder inzetten bij het bespreken van complexe casussen en diagnostiek.

- Daarnaast noemen de OBC's en de experts de noodzaak om voor de doelgroep LVB meer uit te gaan van een levensloopvisie waarbij jeugdigen en jongvolwassen en hun gezinnen langer ondersteuning nodig hebben (ook na 18+). Op het moment dat zich gedragsproblematiek voordoet, moet gemakkelijk worden opgeschaald en daarna weer afgeschaald. De financiering voor ondersteuning vanuit de jeugdwet stopt in principe bij 18. De overgang naar de Wlz wordt als een knelpunt ervaren.

Wij voegen hier aan toe dat de focus bij het ontwikkelen van een alternatief aanbod niet moet liggen op het ontwikkelen van meer aanbod, maar op aanbod dat in plaats van de huidige meer traditionele behandelgroepen wordt ingezet. OBC's boden voorheen alleen residentiële behandeling, maar hebben inmiddels een heel pakket ontwikkeld van ambulante en meer outreachende zorgvormen. Op basis van dit onderzoek kunnen we niet zeggen of deze alternatieven voldoende bekend zijn bij verwijzers en of die alternatieven tijdig worden ingezet. Hier is nader onderzoek voor nodig.

## 9.7 Aanbevelingen

In dit onderzoek is de beschikbare capaciteit binnen OBC's voor een deel in beeld gekomen. Wat is er nodig om dit beeld verder aan te scherpen?

Om dit beeld verder aan te scherpen en om de communicatie tussen OBC's en jeugdzorgregio's te vergemakkelijken, is het in de eerste plaats aan te raden dat OBC's meer uniformiteit hanteren in de benamingen van de verschillende vormen van verblijf. De differentiatie in intensiteit van de behandeling is daarbij van belang. De VOBC kan hierin een rol spelen. Ten tweede verdient het aanbeveling dat jeugdzorgregio's meer uniformiteit brengen in de productomschrijvingen, tarieven en verantwoordingsregimes. Minder producten (gebaseerd op zorgzwaarte) in combinatie met uniforme tarieven kan de administratieve druk bij OBC's verminderen. Voor een dergelijke specialistische vorm van jeugdhulp ligt het voor de hand om uniformering in de productomschrijvingen landelijk te beleggen. Daarnaast is het aan te bevelen om de discussie te voeren op welk geografische niveau deze specialistische jeugdzorg het best kan worden gecontracteerd. Ten derde is het aan te bevelen dat de OBC's zelf ook meer inzicht hebben op de instroom, uitstroom en wachtlijsten. Kwantitatieve onderbouwing van de klantreizen biedt aanknopingspunten voor de bedrijfsvoering maar ook voor de discussie met de financiers over het benodigd aanbod.

Het is verder van belang dat in het zorglandschap voor jeugdigen met een LVB en gedragsproblematiek meer rekening wordt gehouden met de chroniciteit van de LVB. Dit ontbreekt in de visie op jeugdzorg aan deze doelgroep. Het is aan te raden dat jeugdzorgregio's en gemeenten een visie op jeugdzorg aan de doelgroep LVB ontwikkelen waarin dit wordt opgenomen. De chroniciteit van de problematiek vraagt om meer *matched* dan *stepped care*, de mogelijkheid om langduriger ondersteuning te bieden en daarin



flexibeler op te schalen naar meer intensieve vormen van ondersteuning of behandeling als dat nodig is. Het is een gezamenlijke opdracht van de OBC's en de jeugdzorgregio's om dit meer vorm te geven.

De Jeugdautoriteit heeft gevraagd advies uit te brengen over de wijze waarop structurele monitoring zou kunnen plaatsvinden van de ontwikkelingen van hulp voor jeugdigen met een LVB en de benodigde capaciteit van 24-uursverblijf. Op basis van de resultaten van dit onderzoek concluderen wij dat het enkelvoudig monitoren van 24-uursverblijf op geaggregeerd niveau weinig zin heeft. Dit geeft onvoldoende inzicht in de frictie tussen vraag en aanbod. Er is vooral meer cijfermatige onderbouwing nodig van de kwalitatief beschreven klantreizen. Deze kunnen in een monitor worden opgenomen. De OBC's bieden zeer specialistische behandeling. Het is daarom het meest zinvol om een monitor op bovenregionaal niveau in te richten. Wachtlijsten en wachttijden geven het best inzicht in de frictie tussen vraag en aanbod. We bevelen aan om te starten met het monitoren van:

- ③ het aantal jeugdigen dat wacht op een 24-uursverblijfsplek uitgesplitst naar intensiteit van de zorgvraag en de wachttijd;
- ③ het aantal jeugdigen dat op een OBC verblijft na afronding van de behandeling omdat er geen passende vervolgplek uitgesplitst naar type vervolgplek en de wachttijd.

Voorwaarde is dat het doel van het monitoren van deze indicatoren helder is voor alle stakeholders en ook gedragen wordt door de stakeholders. Vervolgens kunnen afspraken worden gemaakt over hoe en door wie deze gegevens worden vastgelegd. Het is aan te bevelen om jaarlijks te evalueren of de monitor de informatie oplevert die nodig is om te sturen op een afstemming tussen vraag en aanbod. Op basis van evaluatie kan de monitor worden aangepast (minder indicatoren, andere indicatoren of meer indicatoren). Tot slot is het van belang om de bovenregionale vraag door te vertalen naar jeugdzorgregio's en gemeenten zodat zij zicht krijgen op de vraag naar deze vorm van jeugdzorg van hun inwoners en de kosten.

Tot slot zijn de OBC's, jeugdzorgregio's en de experts het erover eens dat er een groep jeugdigen is dat niet c.q. nooit succesvol thuis kan blijven wonen, ook niet met intensieve ambulante gezinsbegeleiding. Er is geen inzicht in de omvang en de kenmerken van deze groep. Nader onderzoek naar deze groep is nodig om inzicht te krijgen in welke minimale capaciteit nodig is om deze jeugdigen passende jeugdzorg te bieden en om verder vorm te geven aan matched care. Nader onderzoek is mogelijk door de groep die nu instroomt in 24-uursverblijf met behandeling te monitoren.

## 9.8 Tot slot

De conclusie die we op basis van dit onderzoek kunnen trekken is dat monitoren van de residentiële capaciteit van OBC's geen antwoord geeft op de vraag of jeugdigen met een LVB en ernstige gedragsproblematiek tijdig passende behandeling en ondersteuning krijgen. Dit heeft onvoldoende inzicht in of de vraag en het aanbod van 24-uursverblijf voor deze doelgroep met elkaar in overeenstemming zijn.

*De OBC en de verblijfsplek bestaan niet. Er is een meer gedifferentieerd beeld nodig. Om meer grip te krijgen op de frictie tussen vraag en aanbod en het gesprek daarover te voeren is meer uniformering van benamingen van verblijfsvormen en producten aan te raden. Vereenvoudiging en uniformering kunnen ook leiden tot verlaging van de administratieve druk. Tot slot kan de ontwikkeling van de residentiële capaciteit niet los worden gezien van de ambulantisering en de ontwikkeling van meer hybride behandelvormen.*

# Bijlage 1 Onderzoeksvragen

In tabel B1.1 is per onderzoeksvraag aangegeven of we die in dit onderzoek hebben kunnen beantwoorden. Sommige onderzoeksvragen hebben we alleen in kwalitatieve zin kunnen beantwoorden of deels. Dit lichten we toe in de kolom toelichting.

Tabel B1.1 Onderzoeksvragen en mate waarin deze in dit onderzoek beantwoord konden worden

Onderzoeksvragen	Beantwoord	Toelichting
<b>A. In kaart brengen OBC-sector (als onderdeel van het jeugdhulplandschap en ketenvraagstuk)</b>		
i. Welke verschillende zorgvormen worden geboden binnen een OBC (met 24-uursverblijf): open behandeling, gesloten behandeling, de functie zeer complexe problematiek (J-SGLVB), orthopedagogische behandeling of begeleiding op beschermd terrein respectievelijk buitenlocaties en zorg anders gefinancierd dan op basis van de Jeugdwet. Gevraagd wordt hierbij tevens aandacht te besteden aan onderwijsvormen.	Ja	Kwalitatieve beschrijving
ii. Welke categorieën van bestaande klantreizen zijn er te onderkennen bij LVB-jeugdigen met betrekking tot een OBC (met 24-uursverblijf), zowel bij instroom en uitstroom met betrekking tot behandelingen / jeugdhulpaanbieders?	Ja	Kwalitatief, geen kwantitatieve onderbouwing mogelijk
iii. Welke doelgroepen zijn te onderkennen bij LVB-jeugdigen met betrekking tot een OBC (met 24-uursverblijf), zowel bij instroom, uitstroom als niet-doorstroom (langdurig verblijf)?	Ja	Kwalitatief
iv. Welke alternatieve vormen van zorg met verblijf voor LVB-jeugdigen met ernstige gedragsproblematiek kunnen worden onderkend? In welke mate zijn deze alternatieve vormen te duiden als 'evidence-based' (werkend in de praktijk van de LVB-jeugdige)?	Ja	Kwalitatief
<b>B. In kaart brengen OBC-capaciteit (24-uurs zorg met verblijf) (per instelling/OBC)</b>		
i. Welke OBC-capaciteit 24-uurs zorg met verblijf bij OBC's (voor <18 jaar en 18 t/m 22 jaar) was beschikbaar per ultimo 2018, 2019 respectievelijk 2020?	Deels	Niet van alle OBC's
ii. Wat was de benutte capaciteit per ultimo 2018, 2019 respectievelijk 2020?	Deels	Niet van alle OBC's
iii. Wat waren de instroom, doorstroom (verblijfsduur), uitstroom en wachtlijsten van 24-uurs zorg met verblijf bij OBC's voor 2018, 2019 en 2020 (wachtlijsten per ultimo jaar)?	Nee	Kwalitatieve informatie
iv. Wat zijn de verwachtingen per OBC in relatie tot de benodigde capaciteit 24-uurs zorg met verblijf voor de jaren 2021 t/m 2025 (per jaar)?	Nee	Kwalitatieve informatie
v. Wat zijn de verwachtingen met betrekking tot de instroom, doorstroom (verblijfsduur), uitstroom en wachtlijsten in relatie tot de 24-uurs zorg met verblijf geleverd door OBC's voor 2021 t/m 2025 (per jaar) (wachtlijsten per ultimo jaar)?	Nee	Wel kwalitatieve informatie
Bij i – v dient de regionale spreiding van de capaciteit, in-/door-/uitstroom en wachtlijsten te worden aangegeven.	Nee	

Onderzoeksvragen	Beantwoord	Toelichting
<b>C. In kaart brengen ontwikkelingen in OBC-capaciteit (24-uurs zorg met verblijf) (per instelling/OBC)</b>		
i. Wat zijn de redenen voor ontwikkelingen in de beschikbare capaciteit van 24-uurs zorg met verblijf in de jaren 2018 tot en met 2020 respectievelijk 2021 t/m 2025 (per jaar)?	Deels	Weinig zicht op ontwikkelingen toekomst
ii. Is er sprake van gericht instellingsbeleid om het aantal verblijfplaatsen in OBC's af te bouwen of juist uit te breiden? Zo ja, waarom? Zo nee, waarom niet?	Ja	
iii. Zo ja, hoe luidt dit beleid? Betreft het ook andere vormen dan 24-uurs zorg met verblijf geleverd door het OBC en wat wordt met dit beleid beoogd?	Ja	
iv. Op welke wijze wordt met dit beleid (afbouw / uitbreiding) rekening gehouden met het beschikbaar houden / hebben van andere faciliteiten (zoals onderwijs) voor LVB-jeugdigen? Indien de instelling/OBC over goede voorbeelden van transformatie inzake LVB 24-uurs zorg met verblijf voor jongeren met ernstige gedragsproblematiek beschikt, wordt hiervan een beknopte weergave gevraagd.	Ja	
<b>D. Visie op LVB-jeugdhulp en benodigde capaciteit (per regio) en de realisatie daarvan</b>		
i. Heeft de regio een visie op de jeugdhulp aan LVB-jeugdigen met ernstige gedragsproblematiek (inhoud, vormen en benodigde capaciteit 24-uurs zorg met verblijf), zowel op het niveau van regionale transitiearrangementen als het landelijk transitiearrangement)? Zo nee, waarom niet?	Ja	
ii. Zo ja, hoe luidt deze visie, betreft het ook andere vormen dan 24-uurs zorg met verblijf bij het OBC (de alternatieve vormen) en wat wordt met deze visie beoogd?	Ja	
iii. Op welke wijze is in deze visie (en de realisatie daarvan) rekening gehouden met de behoeften van verwijzers?	Ja	Geen visie, dus vraag niet van toepassing.
iv. Wat is de stand van zaken met betrekking van de realisatie van de visie ('roadmap': inhoud, activiteiten en doorlooptijd)?	Ja	Geen visie, dus vraag niet van toepassing
v. Op welke wijze wordt door de gemeenten/regio's regie gevoerd op de benodigde capaciteit van deze vorm van jeugdzorg? Op welke wijze hebben de alternatieve vormen impact op de benodigde capaciteit van de OBC's?	Ja	Kwalitatief
<b>E. Financiële cijfers OBC (per OBC)</b>		
i. Wat zijn de (verwachte) opbrengsten, kosten en het nettoresultaat per OBC (per financieringsstroom) in de periode 2018 tot en met 2020 respectievelijk 2021 t/m 2025 (per jaar)?	Deels	Weinig zicht op verwachte opbrengsten 2021.2025
ii. Wat is de reden voor significante (financiële) ontwikkelingen in opbrengsten, kosten en resultaat?	Ja	
iii. Wordt per OBC een exploitatieoverzicht opgesteld in de vorm van een gesegmenteerde exploitatierekening? Zo nee, waarom niet?	Ja	

Onderzoeksvragen	Beantwoord	Toelichting
iv. Zo ja, met welke periodiciteit wordt dit exploitatieoverzicht opgesteld? Wordt deze door de instelling (OBC) als management instrument gebruikt? Zo ja, op welke wijze en zo nee, waarom niet?	Deels	Niet van alle OBC's bekend
<b>F. Tarieven voor 24-uurs zorg met verblijf (per instelling/OBC)</b>		
i. Wat zijn de tarieven voor 24-uurs zorg met verblijf? (per vorm, per regio, per gemeente (lokale afspraak indien van toepassing) Verklaar eventuele verschillen van tarieven tussen lokale afspraken (per gemeente), per regio (bij RTA's), het LTA en ten opzichte van tarieven van zorgkantoren (tarief, en inhoud, voor zover mogelijk).	Ja	Kwalitatief (geen overzicht per regio)
ii. In hoeverre wordt leegstand betaald door gemeenten of hebben de tarieven enkel betrekking op bezette bedden? In welke mate heeft dit onderwerp (bekostiging van leegstand) impact op de continuïteit van zorg?	Ja	Kwalitatief (geen overzicht per regio)
<b>G. Knelpunten in capaciteit (24-uurs zorg met verblijf) (aanbod en vraag)</b> Op grond van de bevindingen uit vraag a – f:		
i. In welke regio's dienen zich knelpunten aan met betrekking tot beschikbare (aanbodkant) en noodzakelijke capaciteit (vraagkant) voor de periode 2021 t/m 2025 (per jaar)? Houdt de afbouw van capaciteit gelijke tred met de vraag die er is (verblijf bij een OBC alsook bij een alternatieve vorm, alsook onderwijs)?	Nee	Kwalitatief en niet uitgesplitst naar regio
ii. Welke mogelijkheden (inclusief alternatieve vormen van zorg met verblijf voor LVB-jeugdigen met ernstige gedragsproblematiek) zijn er om deze knelpunten op te lossen (anders dan tariefaanpassingen)?	Ja	
<b>H. Monitoring van ontwikkelingen in LVB-jeugdhulp en benodigde capaciteit (per regio)</b>		
iii. Gevraagd wordt een advies uit te brengen op welke wijze structurele monitoring zou kunnen plaatsvinden van ontwikkelingen in LVB-jeugdhulp en benodigde capaciteit 24-uurs zorg met verblijf, zowel op landelijk als regioniveau (uitgangspunten, voorwaarden, stappenplan). Concreet: op welke wijze is het mogelijk om een structureel inzicht in vraag en aanbod te verkrijgen met zo min mogelijk administratieve lasten en welke partij(en) zouden hierbij de regie kunnen of dienen te voeren?	Ja	

# Bijlage 2 Overzicht respondenten en aangeleverde informatie

## Deelnemende OBC's

's Heerenloo, Amarant, Ambiq, Ispe de Bruggen, Koraal, Level5, Middelveld, Pameijer, Pluryn, Reik, Vitree

## Overzicht van het aantal OBC's dat kwantitatieve gegevens heeft aangeleverd

Tabel B2.1 Aantal OBC's dat kwantitatieve gegevens heeft aangeleverd per type informatie uit het format

(zie bijlage 3)

Onderwerp	OBC
Capaciteit	12
Benutte capaciteit	11
Instroom doorstroom, uitstroom	6
Wachlijsten	2
Financiële cijfers	12

## Deelnemende jeugdzorgregio's

Tabel B2.2 Jeugdzorgregio's die de digitale vragenlijst hebben ingevuld en met wie een interview heeft plaatsgevonden

Jeugdzorgregio	Enquête	Interview
Achterhoek	x	x
Amsterdam-Amstelland	x	
Arnhem	x	
Drenthe		x
Eemland	x	
Flevoland	x	x
Food Valley	x	
Friesland	x	
Gooi- en Vechtstreek	x	
Groningen	x	
Haaglanden	x	x
IJsselland	x	
Lekstroom	x	
Midden IJssel	x	
Oost Veluwe	x	
Midden Holland	x	
Midden Limburg Oost	x	
Noord Veluwe	x	x
Noord-Oost Brabant	x	x
Rijk van Nijmegen	x	

Jeugdzorgregio	Enquête	Interview
Rijnmond	x	x
Rivierenland	x	x
Twente	x	
Utrecht stad	x	
West-Brabant-Oost	x	
West-Brabant-West	x	
West-Friesland	x	
Zaanstreek-Waterland	x	
Zeeland	x	
Zuid-Holland Zuid	x	
Zuid-Kennemerland	x	
Zuid-Limburg	x	x
Zuid-Oost Brabant	x	

## Geïnterviewde experts

Drs G. Buur (Landelijk ambassadeur Oppakken en leren van complexe casuïstiek)

Drs M. Scholten (Programmaleider StroomOp)

Drs P. Dijkhoorn (Landelijk Ambassadeur lerend jeugdstelsel voor OZJ, VNG. VWS)

Prof Dr. G.H.P. van der Helm (Bijzonder hoogleraar Onderwijs en zorg voor leerlingen met cognitieve beperkingen en gedragsproblemen in het speciaal onderwijs, Universiteit van Amsterdam)

Prof Dr. X. Moonen (Bijzonder hoogleraar kennisontwikkeling kinderen, jongeren en jongvolwassenen met een LVB Universiteit van Amsterdam)

# Bijlage 3 Kwantitatief format OBC's

## Vooraf

- 🕒 In dit format vragen we kwantitatieve informatie op die betrekking heeft op de 24-uurs zorg met verblijf in OBC's: de capaciteit, de financiële cijfers en de tarieven.
- 🕒 In de interviews die volgen na het invullen van het format is ruimte om de gegevens verder te duiden en te voorzien van context.
- 🕒 Graag invullen voor zover dit mogelijk is. Indien gegevens ontbreken graag aangeven wat ontbreekt en waarom.

## Definitie OBC

Instellingen voor gespecialiseerde behandeling van jeugdigen en jongvolwassenen met een licht verstandelijke beperking (LVB) en ernstige gedragsproblematiek en hun gezinnen.

## Scope onderzoek

- De focus van het kwantitatieve onderzoek ligt op 24-uursverblijf.
- 24-uursverblijf is een van de onderdelen van de gespecialiseerde behandeling die OBC's bieden.
- De kwantitatieve ontwikkelingen in het 24-uursverblijf zijn aangrijpingspunt om in het kwalitatief onderzoek de ontwikkelingen in de behandelvormen binnen de OBC's in kaart te brengen.

## Privacy en anonimiteit

De resultaten van het onderzoek worden gepubliceerd in een rapport. In het rapport worden alle gegevens geanonimiseerd wat betekent dat gegevens niet zijn te herleiden naar de afzonderlijke OBC's. De gegevens op het niveau van de OBC worden wel overgedragen aan de Jeugdautoriteit.



OBC-capaciteit				
<i>Niveau: OBC</i> <i>Scope: 24-uurs zorg met verblijf</i>	Ultimo 2018	Ultimo 2019	Ultimo 2020	Regionale spreiding (aantal cliënten per jeugdhulpregio)
<u>Beschikbare</u> OBC-capaciteit 24-uurs zorg met verblijf <18 jaar				
<u>Beschikbare</u> OBC-capaciteit 24-uurs zorg met verblijf 18-23 jaar (18 t/m 22 jaar)				
<u>Benutte</u> OBC-capaciteit 24-uurs zorg met verblijf <18 jaar				
<u>Benutte</u> OBC-capaciteit 24-uurs zorg met verblijf 18-23 jaars				
<u>Instroom</u> aantal cliënten 24-uurs zorg met verblijf opgesplitst in de volgende categorieën: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uit de thuissituatie</li> <li>• Uit pleegzorg</li> <li>• Uit gezinsgericht</li> <li>• Uit een verblijf in andere instelling</li> <li>• Uit andere verblijfsvorm binnen de eigen instelling (geen OBC)</li> </ul>				
<u>Uitstroom</u> aantal cliënten 24-uurs zorg met verblijf opgesplitst in de volgende categorieën: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Naar de thuissituatie</li> <li>• Naar pleegzorg</li> <li>• Naar gezinsgericht</li> <li>• Naar een verblijf in andere instelling</li> <li>• Naar andere verblijfsvorm binnen de eigen instelling (geen OBC)</li> </ul>				
<u>Gemiddelde verblijfsduur</u> cliënten 24-uurs zorg met verblijf van alle in dat jaar beëindigde verblijfstrajecten in dagen				
<u>Verblijfsduur</u> cliënten 24-uurs zorg met verblijf van alle in dat jaar beëindigde trajecten in dagen opgesplitst in de volgende categorieën: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 0 tot 3 maanden</li> <li>• 3 tot 6 maanden</li> <li>• 6 maanden tot 1 jaar</li> <li>• 1 tot 2 jaar</li> <li>• 2 tot 3 jaar</li> <li>• 3 tot 4 jaar</li> <li>• 4 jaar of langer</li> </ul>				
<u>Wachlijsten</u> van 24-uurs zorg met verblijf: het aantal wachtenden op 24-uurs zorg met verblijf bij de OBC met peildatum 31 december				
<u>Wachttijd</u> : de gemiddelde tijd waarbij op 24-uurs zorg met verblijf wordt gewacht in aantal dagen <sup>33</sup>				
<u>Wachttijd</u> : spreiding op peildatum 31 december, verdeeld in de categorieën: <ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt;2 weken</li> <li>• 2 tot 4 weken</li> <li>• 1 tot 2 maanden</li> <li>• 3 tot 6 maanden</li> <li>• 6 maanden of langer</li> </ul>				

<sup>33</sup> Periode tussen datum dat jeugdige zich meldt of wordt aangemeld en de datum dat de OBC start met de zorg.

Toekomst	2021	2022	2023	2024	2025	
Verwachtingen van de benodigde capaciteit 24-uurs zorg met verblijf per ultimo jaar						
Verwachtingen instroom aantal cliënten 24-uurs zorg met verblijf						
Verwachtingen uitstroom aantal cliënten 24-uurs zorg met verblijf (de verwachtingen zijn schattingen en duiden we in de gesprekken)						
Verwachtingen gemiddelde verblijfsduur cliënten 24-uurs zorg met verblijf						
Verwachtingen wachtlijsten per ultimo jaar: het aantal personen dat wacht op 24-uurs zorg met verblijf bij de OBC						

Prognoses financiële cijfers						
Niveau: OBC Scope: 24-uurs zorg met verblijf Het gaat om de begroede bedragen	2021	2022	2023	2024	2025	
<b>Opbrengsten ten behoeve van 24 uren zorg met verblijf</b>						
Financiële opbrengsten Jeugdwet						
Financiële opbrengsten Wlz						
Financiële opbrengsten clientbijdragen						
Financiële opbrengsten ZvW						
Meerzorg						
Maatwerkovereenkomsten						
Overige bronnen ten behoeve van 24 uren zorg met verblijf, zoals subsidies, gelden uit onderwijs, etc.						
.....						
<b>Kosten ten behoeve van 24 uren zorg met verblijf</b>						
Personeelskosten						
Huisvestingskosten						
Overige kosten						
<b>Netto resultaat</b>						

Tarieven
<p>1. Graag aangeven welke tarieven (hoogte) jullie hanteren voor 24 uren zorg met verblijf in de OBC's, uitgesplitst naar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gemeente</li> <li>• Regio</li> <li>• Landelijk</li> <li>• Zorgkantoren</li> <li>• Zorgverzekeraars</li> <li>• ....</li> </ul> <p>Van de jaren 2018 en 2021.</p> <p>2. Graag aangeven per tarief of deze zijn gebaseerd op beschikbare of benutte bedden</p> <p>3. Graag aangeven per tarief welke financieringsvorm wordt gehanteerd (bijv. p*q, trajectfinanciering, resultaatfinanciering, etc.)</p>

# Bijlage 4 Interview format OBC's

Vragenlijst	
<b>Algemeen beeld van de OBC</b>	
1.	Op welke jeugdigen met LVB (en hun gezinnen) richten jullie OBC zich? Wat zijn <b>specifieke doelgroepen</b> ? Welke ontwikkelingen hebben zich de afgelopen jaren voorgedaan met betrekking tot de doelgroep?
2.	Welke <b>zorgvormen</b> biedt jullie OBC?
3.	Welke relatie is er tussen de verblijfsvormen binnen de OBC en <b>onderwijs(vormen)</b> ?
<b>Ontwikkeling in capaciteit 24-uursverblijf</b>	
4.	Welke <b>vormen van 24-uursverblijf</b> bieden jullie?
5.	In hoeverre hebben jullie momenteel <b>voldoende OBC verblijfsplekken</b> voor jeugdigen die het nodig hebben?
6.	Wat zijn de <b>oorzaken voor ontwikkelingen</b> in de beschikbare capaciteit in de jaren 2018 tot en met 2020? Welke keuzen hebben jullie hierin gemaakt?
7.	Is er sprake van <b>gericht instellingsbeleid</b> om het aantal verblijfplaatsen in de OBC af te bouwen of juist uit te breiden? Zo ja, waarom? Zo nee, waarom niet? Wat is de positie van 24-uursverblijf in de behandeltrajecten?
8.	Op welke wijze wordt met dit beleid (afbouw / uitbreiding) rekening gehouden <b>met het beschikbaar houden / hebben</b> van andere faciliteiten (zoals onderwijs) voor LVB-jeugdigen?
9.	Zijn er <b>voldoende vervolgplekken</b> als er geen 24-uursverblijf meer nodig is, en zo niet, hoe wordt hier dan mee om gegaan?
10.	Welke <b>ontwikkelingen</b> hebben zich voorgedaan met betrekking tot verwijzing naar 24-uursverblijf?

### Ontwikkelingen in behandelvormen

11. Welke **alternatieve vormen** voor 24-uursverblijf voor LVB-jeugdigen met ernstige gedragsproblematiek (en hun gezinnen) hebben jullie?
  - a. In welke mate zijn deze alternatieve vormen te duiden als 'practice-based' (werkend in de praktijk van de LVB-jeugdige)?
  - b. Welke **alternatieve vormen** voor zorg met verblijf willen jullie in de toekomst ontwikkelen om de transformatie verder vorm te geven?
  - c. Voor **welke jeugdigen** binnen jullie doelgroep zou een andere vorm van hulp dan verblijf beter passen?
12. Welke ontwikkelingen zijn er binnen jullie OBC met betrekking tot **vormen van 24-uursverblijf** voor LVB-jeugdigen met ernstige gedragsproblematiek(en hun gezinnen) (bijvoorbeeld gezinshuizen, kleinschalige woonvormen)?
13. Welke **ontwikkelingen en transformaties** doen zich binnen jullie OBC voor met betrekking tot de hulp aan LVB-jeugdigen met ernstige gedragsproblematiek (en hun gezinnen) in brede zin (dus breder dan 24-uurszorg) en in relatie tot ontwikkelingen in jeugdhulp veld (bijvoorbeeld JeugdzorgPlus? *(toelichting: in het gesprek gaan we in op wat goed gaat en de knelpunten)*)
  - a. Wat is er nodig binnen jullie OBC om een behandeltraject **zo min mogelijk te onderbreken**?

### Ontwikkelingen capaciteit 24-uursverblijf in de toekomst

14. Zijn er **voorgenomen capaciteitsontwikkelingen** en zo ja, welke? Wat zijn de verwachtingen in relatie tot de benodigde capaciteit de aankomende jaren?
15. Wat zijn de **verwachtingen** met betrekking tot de instroom, doorstroom (verblijfsduur), uitstroom en wachtlijsten de aankomende jaren?

## Financiën

16. Wat zijn **oorzaken** voor de ontwikkelingen in opbrengsten, kosten en resultaat van de afgelopen jaren?
  
17. Wat zijn **belangrijke keuzes** die jullie hebben gemaakt ten aanzien van de OBC en hoe vertaalt dit zich financieel door?
  
18. Wat zijn belangrijke keuzes die jullie gaan maken **in de toekomst** ten aanzien van de OBC en hoe vertaalt dit zich financieel door? (Bijv. het afstoten van gebouwen)

# Bijlage 5 Interviewleidraad jeugdzorgregio's

Topic	Vragen
Kennismaking en introductie	<ul style="list-style-type: none"> <li>Voorstelronde</li> <li>Introductie onderzoek (zie informatiesheet)</li> </ul>
Visie op LVB-jeugdhulp	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wat is de visie op de jeugdhulp aan LVB-jeugdigen met ernstige gedragsproblematiek (inhoud, vormen en benodigde capaciteit 24-uurs zorg met verblijf), zowel op het niveau van regionale transitiearrangementen als het landelijk transitiearrangement)? <ul style="list-style-type: none"> <li>Indien er geen visie is, waarom niet?</li> <li>Indien er wel een visie is, hoe luidt deze visie?</li> <li>Gaat de visie ook over andere vormen dan 24-uurs zorg met verblijf bij het OBC (de alternatieve vormen)? En wat wordt met deze visie beoogd?</li> </ul> </li> <li>Op welke wijze wordt vanuit beleid van de jeugdzorgregio rekening gehouden met de ontwikkelingen van 24-uursverblijf voor jeugdigen met een LVB in de regio? <ul style="list-style-type: none"> <li>Op welke wijze wordt met dit beleid (afbouw / uitbreiding) rekening gehouden met het beschikbaar houden / hebben van andere faciliteiten (zoals onderwijs) voor LVB-jeugdigen?</li> <li>Op welke wijze is in deze visie (en de realisatie daarvan) rekening gehouden met de behoeften van verwijzers?</li> </ul> </li> <li>Wat is de stand van zaken met betrekking van de realisatie van de visie ('roadmap': inhoud, activiteiten en doorlooptijd)?</li> </ul>
Ontwikkelingen 24-uursverblijf (residentiele capaciteit) binnen OBC's	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wat zijn de belangrijkste actuele ontwikkelingen met betrekking 24-uursverblijf (residentiële capaciteit) voor jeugdigen met een LVB en ernstige gedragsproblematiek en hun gezinnen in jullie regio? <ul style="list-style-type: none"> <li>Ontwikkelingen met betrekking tot alternatieven voor 24-uursverblijf</li> <li>Ontwikkelingen met betrekking tot vormen van 24-uursverblijf (meer gezinsgericht en kleinschalig)</li> </ul> </li> <li>Waar zijn alternatieven 24-uursverblijf vooral zichtbaar: binnen de huidige OBC's en buiten de OBC's (en bij die laatste categorie waarom en in welke vormen)?</li> <li>Wat gaat goed in die transformaties en welke knelpunten doen zich voor? Heeft u voorbeelden van good practices? <ul style="list-style-type: none"> <li>Welke mogelijkheden (inclusief alternatieve vormen van zorg met verblijf voor LVB-jeugdigen met ernstige gedragsproblematiek) zijn er om deze knelpunten op te lossen (anders dan tariefaanpassingen)?</li> <li>Welke behandelvormen voor deze doelgroep moet nog verder ontwikkeld worden om aan de transformatie verder vorm te geven?</li> </ul> </li> <li>Blijft 24-uursverblijf binnen deze doelgroep nodig? Zo ja, waarom en in welke vorm en zo nee, waarom niet? Welke functie heeft 24-uursverblijf binnen het gehele behandeltraject van deze doelgroep?</li> <li>Wat is er nodig om plaatsing in 24-uursverblijf voor deze doelgroep te voorkomen?</li> <li>Welke ontwikkelingen ziet u en verwacht u in de toekomst met betrekking tot de doelgroep van de OBC's?</li> </ul>
Regievoering	<ul style="list-style-type: none"> <li>Op welke wijze wordt door de regio gestuurd op de benodigde capaciteit van 24-uursverblijfsplekken voor jeugdigen met een LVB? Welke specialistische jeugdhulp/verblijf wordt voor deze doelgroep regionaal ingekocht?</li> <li>Op welke wijze wordt door de gemeenten afzonderlijk gestuurd op de benodigde capaciteit van 24-uursverblijfsplekken voor jeugdigen met een LVB? Welke specialistische jeugdhulp/verblijf wordt voor deze doelgroep lokaal ingekocht?</li> <li>In hoeverre zijn er momenteel voldoende 24-uurs-verblijfsplekken voor jeugdigen (met een LVB) die het nodig hebben naar uw beeld? <ul style="list-style-type: none"> <li>Dienen zich knelpunten aan met betrekking tot beschikbare (aanbodkant) en noodzakelijke capaciteit (vraagkant)? Welke knelpunten zijn dit?</li> <li>Welke knelpunten verwacht u op korte en lange termijn met betrekking tot benodigd en beschikbaar aanbod aan 24-uursverblijf voor deze doelgroep?</li> </ul> </li> <li>Houdt de afbouw van capaciteit gelijke tred met de vraag die er is (verblijf bij een OBC alsook bij een alternatieve vorm, alsook onderwijs)?</li> <li>In hoeverre zijn er voldoende vervolgplekken volgens u als er geen 24-uursverblijf meer nodig is (zowel binnen de OBC's en daarbuiten – welke vormen)? Zo niet wat is er volgens u nodig om de zorgcontinuïteit van deze doelgroep te waarborgen?</li> <li>Op welke wijze hebben de alternatieve vormen impact op de benodigde capaciteit van de OBC's?</li> </ul>

# Bijlage 6 Digitale vragenlijst jeugdzorgregio's

## Introductie

Deze vragenlijst gaat over de visie op jeugdhulp aan jeugdigen met een LVB en ernstige gedragsproblematiek en hun gezinnen, 24-uurs verblijf en ambulante hulp voor deze doelgroep en de transformatieopdracht.

Het invullen van de vragenlijst duurt maximaal 20 minuten.

Voor vragen over het invullen van de vragenlijst kunt u contact opnemen met de onderzoekers van DSP-groep: Babette Beertema (bbeertema@dsp-groep.nl) of Yan Crabbendam (ycrabbendam@dsp-groep.nl).

## Visie op de jeugdhulp aan jeugdigen met een LVB

\* 1. Voor welke jeugdzorgregio vult u de vragenlijst in?

*(Vult u de vragenlijst in voor een subregio, kies dan anders nl, vul de subregio in en geef ook aan onder welke jeugdzorgregio de subregio valt)*

2. Wat is uw functie?

\* 3. Heeft de jeugdzorgregio een specifieke visie op de jeugdhulp aan jeugdigen met een LVB in combinatie met ernstige gedragsproblematiek?

- Ja  
 Nee

## Visie

4. Wat zijn de belangrijkste beleidsdoelstellingen? Is in deze visie ook een onderscheid gemaakt tussen behandeling ambulant en intramuraal (opname)?

## Geen visie

5. Waarom is er geen specifieke visie op de jeugdhulp voor deze doelgroep?



## 24-uursverblijf en capaciteit

\* 6. Hoe heeft de residentiële capaciteit voor jeugdigen met een LVB met ernstige gedragsproblematiek in de regio zich de afgelopen drie jaar ontwikkeld?

- Is toegenomen
- Is gelijk gebleven
- Is afgenomen
- Fluctueerde
- Weet ik niet
- Kunt u een toelichting geven op bovenstaande antwoord?

\* 7. In welke mate zijn er momenteel voldoende 24-uurs-verblijfsplekken voor jeugdigen met een LVB die het nodig hebben naar uw beeld? *Op een vijfpuntsschaal van 1 (niet) tot 5 (in zeer grote mate)*

1 (niet)	2	3	4	5 (in zeer grote mate)	Weet ik niet
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. Kunt u een toelichting geven op bovenstaande vraag? Van welke vormen van 24-uursverblijf zijn er tekort en van welke voldoende? Waarom?

\* 9. In welke mate zijn er momenteel voldoende intensieve ambulante (opname vervangende) trajecten beschikbaar? *Op een vijfpuntsschaal van 1 (niet) tot 5 (in zeer grote mate)*

1 (niet)	2	3	4	5 (in zeer grote mate)	Weet ik niet
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Kunt u een toelichting geven op bovenstaande vraag? Van welke vormen van intensieve ambulante (opname vervangende) vervangende trajecten zijn er tekort en en van welke voldoende? Waarom?

\* 11. Hoe monitort de regio op de benodigde capaciteit van ambulante en van 24-uurs verblijfsplekken voor jeugdigen met een LVB?

[meerdere antwoorden mogelijk]

	Ambulant	24-uurs verblijfsplekken
De regio monitort niet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Door periodieke gesprekken met zorgaanbieders	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Op wachtlijsten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Op verblijfsduur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Op instroom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Op resultaat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Op benutte capaciteit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weet niet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anders, namelijk

\* 12. Welke specialistische jeugdhulp/verblijf is momenteel ingekocht voor deze doelgroep? (exclusief LTA) Geef per vorm aan of dit regionaal, bovenregionaal of lokaal of niet is ingekocht.

[meerdere antwoorden mogelijk]

	Lokaal	Regionaal	Bovenregionaal
Verblijf (bv.: Driemilieuvoorzieningen, behandelgroepen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crisisopvang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intensieve ambulante gezinsbehandeling (bv.: MST, IHT, jeugdFACT, IOG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gezinsopname	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gespecialiseerde gezinshuizen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gespecialiseerde pleegzorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intensieve ambulante individuele behandeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dagbesteding/dagbehandeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deeltijdbehandeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Naschoolse behandeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kamertrainingscentra, fasehuizen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overige, namelijk

\* 13. Doen zich knelpunten voor in de beschikbaarheid van de ingekochte specialistische jeugdhulp/verblijf die regionaal is ingekocht? (de vormen van jeugdhulp die u in voorgaande vraag heeft aangevinkt)

- Nee
- Ja, namelijk..

\* 14. In welke mate is de lokaal ingekochte jeugdzorg goed aangesloten op de regionaal ingekochte specialistische jeugdzorg en is er sprake van een dekkende keten? *Op een vijfpuntsschaal van 1 (niet) tot 5 (in zeer grote mate)*

1 (niet)                      2                      3                      4                      5 (in zeer grote mate)

15. Welke lokaal ingekochte jeugdzorg en/of regionaal ingekochte specialistische jeugdzorg is onvoldoende beschikbaar?

\* 16. In welke mate zijn er voldoende vervolgplekken in de regio volgens u als er geen 24-uurs verblijf met behandeling meer nodig is (zowel binnen de OBC's als daar buiten)? *Op een 5 puntschaal van 1 (niet) tot 5 (in zeer grote mate)*

1 (niet)                      2                      3                      4                      5 (in zeer grote mate)

17. Welke vervolgplekken zijn onvoldoende beschikbaar?

\* 18. Welk financieringsmodel voor 24-uurs verblijf wordt gehanteerd in de regio?

- P\*Q
- Resultaat
- Traject
- Lumpsum
- Overige, namelijk

\* 19. Is er sprake van een budgetplafond (omzetafspraken en omzetbegrenzing) voor regionaal ingekochte producten?

- Ja
- Nee
- voor sommige wel en voor sommige niet

20. Hoe gaat de regio om met overschrijding als gevolg van hogere instroom?

21. Heeft uw regio te maken met jeugdigen die te lang verblijven in een OBC ten gevolge van het ontbreken van een geschikte vervolgplek?

- Ja
- Nee
- Weet ik niet

### Transformatieopdracht

**Het doel is om jeugdigen zo thuis mogelijk te behandelen. De volgende vragen gaan over de ambulantisering en de beschikbaarheid van alternatieve vormen voor verblijf voor de doelgroep jeugdigen met een LVB en gedragsproblematiek in uw regio. (Indien uw regio geen specifieke transformatieopdracht voor de doelgroep jeugdigen met een LVB heeft, vult u de vragen dan in voor jeugdhulp in algemene zin).**

\* 22. Is er een trend zichtbaar in de afgelopen 3 jaar in de inkoop van intensieve/specialistische ambulante jeugdhulp voor jeugdigen met een LVB en ernstige gedragsproblematiek?

- De inkoop van intensieve/specialistische ambulante jeugdhulp is gelijk gebleven
- De inkoop van intensieve/specialistische ambulante zorg is gestegen
- De inkoop van intensieve/specialistische ambulante zorg is gedaald
- Weet niet

23. Welke alternatieven voor 24-uursverblijf (anders dan traditionele behandelgroepen) worden er momenteel ontwikkeld in de regio en hoe wordt dit bekostigd? Bijvoorbeeld kleinschalige voorzieningen, gezinsopname, gezinshuizen, ...

24. Wat zijn de uitdagingen in de transformatieopgave specifiek ten aanzien van de LVB-jeugdigen en hun ouders/gezinnen met gedragsproblematiek in uw regio de komende vijf jaar?

25. Heeft u nog verdere opmerkingen over de ontwikkelingen van jeugdhulp aan jeugdigen met een LVB en hun gezinnen in uw regio en specifiek met betrekking tot de residentiële capaciteit?

DSP-groep BV  
Van Diemenstraat 410  
1013 CR Amsterdam  
+31 (0)20 625 75 37

dsp@dsp-groep.nl  
KvK 33176766  
www.dsp-groep.nl

DSP-groep is een onafhankelijk bureau voor onderzoek, advies en management, gevestigd aan de IJ-oeveren in Amsterdam. Sinds de oprichting van het bureau in 1984 werken wij veelvuldig in opdracht van de overheid (ministeries, provincies en gemeenten), maar ook voor maatschappelijke organisaties op landelijk, regionaal of lokaal niveau. Het bureau bestaat uit 40 medewerkers en een groot aantal freelancers.

#### **Dienstverlening**

Onze inzet is vooral gericht op het ondersteunen van opdrachtgevers bij het aanpakken van complexe beleidsvraagstukken binnen de samenleving. We richten ons daarbij met name op de sociale, ruimtelijke of bestuurlijke kanten van zo'n vraagstuk. In dit kader kunnen we bijvoorbeeld een onderzoek doen, een registratie- of monitorsysteem ontwikkelen, een advies uitbrengen, een beleidsvisie voorbereiden, een plan toetsen of (tijdelijk) het management van een project of organisatie voeren.

#### **Expertise**

Onze focus richt zich met name op de sociale, ruimtelijke of bestuurlijke kanten van een vraagstuk. Wij hebben o.a. expertise op het gebied van transitie in het sociaal domein, kwetsbare groepen in de samenleving, openbare orde & veiligheid, wonen, jeugd, sport & cultuur.

#### **Meer weten?**

Neem vrijblijvend contact met ons op voor meer informatie of om een afspraak te maken. Bezoek onze website [www.dsp-groep.nl](http://www.dsp-groep.nl) voor onze projecten, publicaties en opdrachtgevers.

