

Evaluatie pilot zorginkoop voor de gedragsbeïnvloedende maatregel

Wendy Buysse
Nelleke Hilhorst

RAPPORT



Evaluatie pilot zorginkoop voor de gedragsbeïnvloedende maatregel

Wendy Buysse
Nelleke Hilhorst

Met medewerking van
Sybe Bijleveld
Annelies Maarschalkerweerd
Sanneke Verweij
Justin de Kleuver

Amsterdam, 2 juli 2012

A handwritten signature in blue ink, consisting of several overlapping loops and a long horizontal stroke extending to the right.

Nelleke Hilhorst, partner DSP-groep

Inhoud

Voorwoord	5
Samenvatting	6
Summary	12
1 Inleiding	18
1.1 Aanleiding onderzoek	18
1.2 De gedragsbeïnvloedende maatregel	19
1.3 Oorzaken voor geringe benutting van de GBM	21
1.4 Leeswijzer	22
2 Onderzoeksaanpak	23
2.1 Doel en onderzoeksvragen	23
2.2 Onderzoeksaanpak	23
3 Beleidslogica en theorie over zorginkoop	28
3.1 Beleidslogica zorginkoop	28
3.2 Zorginkoop: theoretische overwegingen en het MSU+ model	34
3.3 Toetsingskader	36
4 De feiten: aanbod, gebruik, adviezen en opleggingen	38
4.1 Beschikbaar aanbod interventies	38
4.2 Aantal adviezen, opleggingen en uitvoeringen GBM	43
4.3 Erkende interventies in adviezen GBM	44
4.4 Gebruik erkende interventies	46
4.5 Samenvatting en conclusies	48
5 De zorginkoop GBM in de praktijk	50
5.1 De gecoördineerde zorginkoop in de praktijk	50
5.2 Toetsing Strategische processen	53
5.3 Toetsing ondersteunende processen	56
5.4 Verspreiden kennis erkende interventies	59
5.5 Stimuleren gebruik erkende interventies	60
6 Knelpunten en meerwaarde zorginkoop	61
6.1 Knelpunten	61
6.2 Meerwaarde van de pilot zorginkoop	66
6.3 Verwachte gevolgen van het niet continueren van de pilot	67
7 Samenvatting en conclusies	68
7.1 Inleiding	68
7.2 Samenvatting	68
7.3 Conclusies	71

Bijlagen

Bijlage 1 Onderzoeksvragen	78
Bijlage 2 Documentenanalyse	80
Bijlage 3 Beschrijving erkende interventies invulling GBM	82
Bijlage 4 Registratiegegevens van Raad, OM, DForZo en zorgaanbieders	84
Bijlage 5 Dossieronderzoek	90

Voorwoord

Dit is de eindrapportage van het onderzoek naar de zorginkoop pilot behorende bij de gedragsbeïnvloedende maatregel. Het onderzoek is door onderzoeks- en adviesbureau DSP-groep uitgevoerd van december 2011 tot juni 2012, in opdracht van het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatie Centrum (WODC) van het ministerie van Veiligheid en Justitie.

Allereerst bedanken we de leden van de begeleidingscommissie voor de plezierige samenwerking en hun waardevolle opbouwende commentaar.

De begeleidingscommissie bestond uit de volgende leden:

- prof. dr. J.J. van de Klundert: Erasmus Universiteit Rotterdam
- mevr. dr. M.M.J. van Ooyen- Houben: WODC
- dhr. drs. M. van der Klei: Jeugdzorg Nederland, projectleider jeugdreclassering
- dhr. drs. A.P. de Boer: ministerie van Veiligheid en Justitie, directie Justitieel Jeugdbeleid
- mevr. Msc V.A.M. Drost: Significant
- dhr. drs. J.R.C. Hopmans: Achmea

Daarnaast danken we de respondenten voor het aanleveren van relevante gegevens en de boeiende informatieve gesprekken.

Door het verzamelen van de verschillende puzzelstukjes werd gaandeweg het beeld over het functioneren van de zorginkoop pilot duidelijk. Doordat er weinig gebruik gemaakt wordt van de gedragsbeïnvloedende maatregel is het helaas lastig het aanbod van erkende gedragsinterventies landelijk beschikbaar te krijgen en te houden. Voor de rechtsgelijkheid, rechtszekerheid en als voornaamste voor een effectieve begeleiding van deze groep jongeren die leidt tot een vermindering van de kans op recidive is dit echter wel van groot belang.

Namens het projectteam,
Nelleke Hilhorst, projectleider

Samenvatting

Aanleiding onderzoek

Sinds 1 februari 2008 kan aan jeugdigen die een of meer strafbare feiten hebben gepleegd een 'gedragsbeïnvloedende maatregel' (GBM) worden opgelegd. Met de GBM zijn de mogelijkheden tot gedragsbeïnvloeding van jeugdigen die één of meer strafbare feiten hebben begaan verruimd. De GBM beoogt door middel van een persoonsgericht programma een passende pedagogische reactie te bieden teneinde de criminele carrière van jeugdigen te stoppen en verder afglijden te voorkomen.

Bij de start van de GBM werd gesproken van een verwachte instroom van 750 jeugdigen met een GBM per jaar. Na de impactanalyses van Significant in 2009 en 2010 is de verwachte instroom eerst bijgesteld naar 150 tot 250 per jaar en vervolgens naar 130 per jaar vanaf 2013. Het beperkt en niet tijdig beschikbaar zijn van (erkende) gedragsinterventies, die kunnen worden ingezet in het kader van een GBM, was één van de oorzaken van het beperkt adviseren door de Raad voor de Kinderbescherming, vorderen door het openbaar ministerie en opleggen door kinderrechter van de GBM, zo bleek uit onderzoek door het departement en uit de impactanalyses (Drost et al. 2010). Het aanbod was niet landelijk dekkend, er was een beperkt scala aan aanbod en er waren wachtlijsten in sommige regio's.

Om de beschikbaarheid van interventies voor de GBM te vergroten en daardoor het gebruik van de GBM te bevorderen heeft het ministerie van Veiligheid en Justitie in 2009 besloten ten starten met centrale inkoop van gedragsinterventies voor de GBM door de Directie Forensische Zorg (DForZo) van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) van het ministerie van Veiligheid en Justitie (V&J) in de vorm van een pilot. Het Wetenschappelijk Onderzoeks- en Documentatie Centrum (WODC) van het ministerie van V&J heeft DSP-groep verzocht deze pilot te evalueren.

Onderzoeksaanpak

Het onderzoek is uitgevoerd tussen december 2011 en juni 2012. Het doel van het onderzoek was na te gaan hoe het proces van zorginkoop voor de GBM verloopt in de praktijk, of het doel - het landelijk tijdig beschikbaar komen van passende zorg - wordt bereikt en om te toetsen of de zorginkoop verloopt volgens plan. Er is gebruik gemaakt van de volgende onderzoeksmethoden:

- documentenanalyse (beleidsdocumenten, interne memo's en notulen, interne beoordelingen van offertes, raamovereenkomsten en theorieën over zorginkoop);
- analyse van registratiegegevens van DForZo, Raad voor de Kinderbescherming, Jeugdzorg Nederland, zorgaanbieders en OM over 2009-2011;
- dossieronderzoek van 50 uitgebreide strafonderzoeken GBM (USO-GBM) door de Raad voor de Kinderbescherming in de eerste helft van 2009 (periode voorafgaand aan de pilot zorginkoop) en 50 USO-GBM in de eerste helft van 2011 (periode na contractering van de zorgaanbieders voor GBM);
- interviews met vijf landelijke vertegenwoordigers ketenpartners, drie beleidsmakers en een vertegenwoordiger van DForZo;

- vragenlijsten onder de 36 gecontracteerde zorgaanbieders over aantal uitgevoerde trajecten tot en met eerste kwartaal 2012 en ervaren knelpunten (26 geretourneerde vragenlijsten);
- telefonische interviews met zes regionale teamleiders van de Raad, zeven regionale teamleiders van de jeugdreclassering en dertien zorgaanbieders in vijf geselecteerde regio's.

Op basis van de documentenanalyse en de interviews met de landelijke vertegenwoordigers van de ketenpartners is de beleidslogica achter de opzet van de pilot zorginkoop gereconstrueerd en is een toetsingskader geformuleerd waarin zowel criteria zijn opgenomen voor de aannames in de beleidslogica als voor goede zorginkoop. De uitvoering van de zorginkoop in de praktijk is vervolgens beschreven en geëvalueerd met behulp van dit toetsingskader. Ook de uitkomst (meer GBM geadviseerd en opgelegd) is getoetst aan de geformuleerde criteria hiervoor in het toetsingskader.

Beleidslogica, inkoopmodel en theorie zorginkoop

De beleidslogica over de pilot zorginkoop gaat er van uit dat zorginkoop van erkende gedragsinterventies voor de GBM leidt tot een landelijk dekkend aanbod van erkende interventies die tijdig beschikbaar zijn, wat zal leiden tot een groter aantal opgelegde GBM maatregelen. De schematische weergave van de beleidslogica staat onder het kopje conclusies weergegeven. Op die plek geven we daar middel van kleur aan hoe de verschillende elementen in de praktijk zijn verlopen.

Er is een overwogen keuze gemaakt voor een gecoördineerd zorginkoopmodel waarbij de inkoop wordt uitbesteed aan DForZo: verschillende organisaties uit de jeugdzorg en de justitiële keten oefenen een belangrijk invloed uit op de inrichting en uitvoering van de inkoopfunctie. Er wordt expliciet op basis van vastgelegde verantwoordelijkheden bij de inkoop rekening gehouden met de wensen en behoeften van deze ketenpartners zoals de Raad voor de Kinderbescherming, Bureau Jeugdzorg (jeugdreclassering), OM en de rechter.

In de pilot is gekozen voor gecoördineerde zorginkoop van vier erkende gedragsinterventies, die gericht zijn op het verminderen van recidive.

Goede zorginkoop moet aan een aantal criteria voldoen. De strategische processen moeten een bepaalde mate van professionaliteit of ontwikkelingsniveau hebben en de ondersteunende processen moeten voldoende zijn ingericht om te komen tot doelmatige en effectieve inkoop voor publieke doelen. Op basis van de Nederlandse aanpassing van het Michigan State University Model voor de publieke inkoop taak, het zogenaamde MSU+ model hebben we criteria geformuleerd waaraan de strategische en ondersteunde processen moeten voldoen.

De pilot zorginkoop in de praktijk

We kunnen concluderen dat de gecoördineerde zorginkoop tot aan contractering verlopen is conform de bedoelingen. DForZo heeft vooraf een marktanalyse laten uitvoeren en de inkoopstrategie bepaald. De inkoopprocedures zijn goed opgezet en uitgevoerd. De uitgevoerde interventies worden achteraf gedeclareerd. Dit maakt de zorginkoop voor GBM anders dan de zorginkoop in andere kaders. In de afspraken die gemaakt worden via de zorgverzekeringswet en de AWBZ over dezelfde erkende interventies worden vooraf productieafspraken gemaakt.

Doordat uitgegaan is van een te hoog aantal opgelegde GBM hebben de zorgaanbieders echter een verkeerd beeld gekregen van de te verwachten productie. Er lijkt sprake te zijn van een procesmatige mismatch tussen vraag- en aanbodverwachtingen. Er is een (technisch goed) contract, maar omdat er geen tot weinig opleggingen GBM volgen wordt het contract niet of nauwelijks benut. Hierdoor zijn de contracten bedrijfsmatig niet (erg) interessant voor de zorgaanbieders. Voor hen is er pas sprake van meerwaarde als het volume toeneemt en als er meer productie gegarandeerd kan worden. De administratieve lasten staan nu voor veel aanbieders niet in verhouding tot de opbrengst. De overschatting van de vraag leidt tot meerdere knelpunten.

Door de strikte scheiding tussen de tactische inkoop (door DForZo) en de operationele inkoop (door de jeugdreclassering op basis van het vonnis) is sprake van een complexe sturingsrelatie en daardoor heeft DForZo weinig mogelijkheden om te sturen op de levering van de ingekochte interventies. De monitoring van de vraag en het gebruik van de interventies was - zeker na de beëindiging van de werkzaamheden van de projectorganisatie GBM bij het ministerie van V&J en van de landelijke werkgroep GBM – beperkt.

Gerealiseerd zorgaanbod

Voor de start van de pilot was er geen landelijk dekkend aanbod van de vier erkende gedragsinterventies. Er hebben twee inkooprondes plaatsgevonden. DForZo heeft met 36 zorgaanbieders voor 10 interventies nul uren-contracten afgesloten. De zorgaanbieders hebben informatie verspreid over hun aanbod aan erkende gedragsinterventies. In sommige regio's heeft dit geleid tot meer gebruik van deze erkende interventies (ook los van het GBM kader). Met betrekking tot het doel om landelijk dekkend aanbod van erkende interventies te realiseren kunnen we concluderen dat het zorgaanbod is vergroot, en dan vooral van Multi Systeem Therapie (MST) en Multi Dimensionele Familie Therapie (MDFT), maar dat het niet gelukt is om een landelijk dekkend aanbod te realiseren. Vooral in de arrondissementen waar geen aanbod was voorafgaand aan de pilot is dit niet gelukt. Ook is er niet in alle uithoeken van de arrondissementen aanbod (vanwege maximale reisafstand van werker en cliënt) en is in sommige arrondissementen wel extra aanbod gerealiseerd, maar inmiddels weer stopgezet vanwege de geringe vraag.

Gebruik van erkende interventies in de GBM

Verondersteld is in de opzet van de pilot dat een landelijk dekkend aanbod van erkende interventies leidt tot het meer opnemen van erkende interventies in adviezen GBM, meer vorderingen GBM en meer opleggingen GBM.

Het aantal opgelegde GBM is, sinds de start van de inkooppilot, niet gestegen: in 2009 bedroeg het aantal 92; in 2010 93 en in 2011 ging het terug naar 72 opleggingen GBM (bron OM). Dit aantal blijft sterk achter bij alle verwachtingen. Uit de registratiegegevens van de Raad voor de Kinderbescherming blijkt dat het aantal opgestarte uitgebreide strafonderzoeken GBM door de Raad voor de Kinderbescherming in 40% van de onderzoeken in 2009 en 2010 uitmondt in een advies; in 2011 is dat 49%. Het aantal adviezen GBM door de Raad nam in eerste instantie in 2010 toe tot 142, maar is gedaald in 2011 tot 122. Ten opzichte van het aantal adviezen is het aantal opgelegde GBM echter gedaald over de gehele periode: in 2009 mondt 94% van de adviezen uit in een GBM, in 2010 66% en in 2011 59%.

De aanname dat een bredere beschikbaarheid van het aanbod van erkende interventies leidt tot meer adviezen GBM en meer opleggingen GBM kan niet worden onderbouwd.

Verder is opmerkelijk dat de erkende interventies slechts een beperkt deel uitmaken van de opgelegde GBM. Uit het dossieronderzoek blijkt dat de medewerkers van de Raad voor de Kinderbescherming (en/of rapporteurs van het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en psychologie) erkende gedragsinterventies slechts in 40% van de adviezen GBM opnemen, op basis van het haalbaarheidsonderzoek van de jeugdreclassering. Uit de cijfers van de 36 gecontracteerde zorgaanbieders (voor zover aangeleverd) in combinatie met de gegevens van DForZo blijkt dat minimaal 66 erkende interventies zijn opgestart in sinds 2010 tot en met eerste kwartaal 2012. Op basis van het vermoeden dat de zorgaanbieders die geen gegevens hebben aangeleverd verder niet voorkomen in de declaratiegegevens van DForZo schatten we dat dit aantal in werkelijkheid niet veel hoger is. Daarnaast komt het voor dat in een GBM meerdere erkende interventies zijn opgenomen. De schatting is dat in maximaal ongeveer de helft van de GBM minimaal één erkende interventie wordt uitgevoerd.

Knelpunten

Er doen zich meerdere knelpunten voor bij de zorginkoop GBM.

Het belangrijkste knelpunt is dat er weinig GBM wordt geadviseerd, gevorderd en opgelegd. Als één van de redenen hiervoor wordt gegeven dat de populatie die hiervoor in aanmerking komt beperkt(er) is (dan vooraf ingeschat), omdat het delict niet zwaar genoeg is en een jongere en/of zijn ouders niet gemotiveerd zijn, de stok achter de deur als te zwaar wordt gezien of het beschikbare aanbod al eerder is ingezet in het vrijwillig kader of een ander juridisch kader. Een kanttekening is dat dit plaatsvindt in de context van de daling van de jeugdcriminaliteit en de afname van het aantal jeugdigen dat instroomt bij het OM en veroordeeld werd in de periode 2007-2011 (jaarberichten OM 2011).

Een andere belangrijke reden is de complexiteit van het toeleidingsproces, bestaande uit de keten advies-haalbaarheidsonderzoek-vordering-oplegging. Er zijn veel partijen betrokken die in korte tijd tot een advies en een plan van aanpak moeten komen. Als gedacht wordt aan één van de vier erkende interventies en er is een mogelijkheid om dit in een ander juridisch kader te adviseren wordt vaak afgezien van het GBM traject. Ook zijn niet alle ketenpartners in alle arrondissementen enthousiast over het product GBM. Naast de complexiteit van het toeleidingsproces, is dit vanwege de zwaarte van de stok achter de deur en omdat de meerwaarde ten aanzien van de mogelijkheden binnen de bijzondere voorwaarden niet wordt gezien.

Niet in alle arrondissementen zijn de ingekochte interventies beschikbaar. Ook blijkt de jeugdreclassering en de Raad voor de Kinderbescherming niet altijd op de hoogte van het beschikbare aanbod via zorginkoop. De projectorganisatie, die gekoppeld was aan de landelijke implementatie van de GBM is begin 2011 gestopt. De steunstructuur – via onder meer de landelijke projectgroep – viel daarmee weg en ook daarmee vanaf 2011 de stimulering van de maatregel.

Verder valt op dat de cijfers slecht op orde zijn. De cijfers over het aantal opgelegde GBM door het OM en het aantal uitgevoerde GBM door de jeugdreclassering komen niet overeen. De interventies

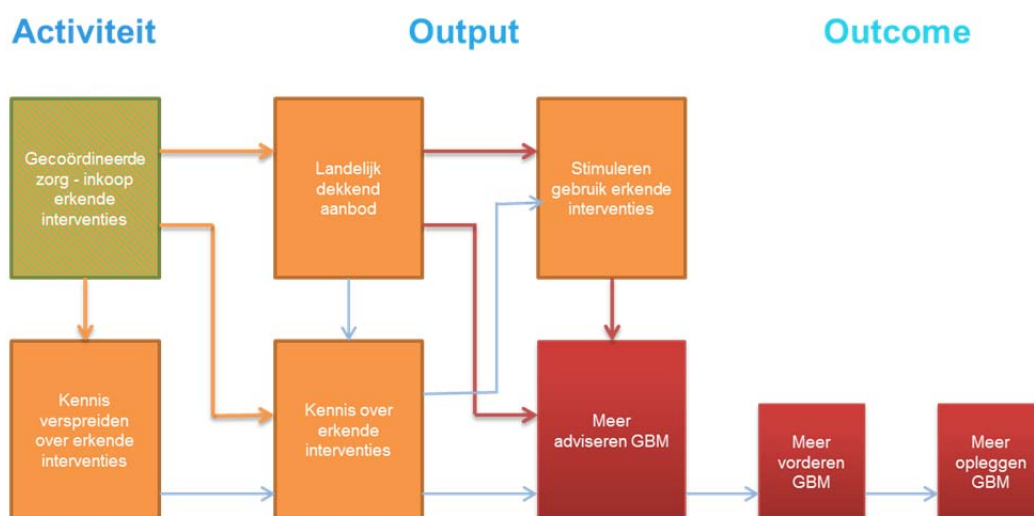
die in het kader van de GBM worden opgelegd worden niet geregistreerd. Hierdoor hebben de landelijke ketenpartners geen actueel zicht hebben op de benutting van de erkende interventies in het kader van de GBM.

Een ander probleem is dat sommige aanbieders al gestopt zijn met het aanbod, vanwege de geringe instroom. Ook enkele andere aanbieders – die speciaal voor de inzet van interventies in het kader van GBM teams zijn opgestart – voorzien dat bij gelijkblijvend onvoldoende volume en/of het niet continueren van de pilot aanbod zal verdwijnen. Dit zijn vooral aanbieders die het aanbod niet in andere kaders aanbieden.

Conclusie

Het doel van het onderzoek was na te gaan hoe het proces van zorginkoop voor de GBM verloopt in de praktijk, of het doel – het landelijk tijdig beschikbaar komen van passende zorg - wordt bereikt en om te toetsen of de zorginkoop verloopt volgens plan.

Hoewel de gecoördineerde zorginkoop technisch goed verlopen is tot contractering, heeft het niet geleid tot het gewenste resultaat, namelijk een bijdrage leveren aan het vergroten van het aantal opgelegde GBM. Het aanbod is wel vergroot maar het is niet gelukt om een landelijk dekkend aanbod te realiseren. Dit wordt samengevat in onderstaand schema. (Groen betekent gerealiseerd, oranje gedeeltelijk gerealiseerd en rood niet gerealiseerd).



Het realiseren van aanbod blijkt dus niet voldoende om de GBM te stimuleren. Er is meer nodig dan het oplossen van dit ene knelpunt. Uit het onderzoek blijkt dat het achterblijven van het aantal opleggingen wordt veroorzaakt door de complexiteit van het toeleidingsproces naar een GBM. Als ook in een ander strafrechtelijk kader de erkende interventie of een ander (pakket aan geschikte) interventies kan worden opgelegd dan gaat de voorkeur daarnaar uit. Daarnaast moet het achterblijven van het aantal opleggingen ook worden gezien in de context van het dalend aantal jeugdigen dat wordt veroordeeld.

Ondanks de gesignaleerde knelpunten pleiten bijna alle respondenten – zowel de landelijke als de regionale ketenpartners en de zorgaanbieders - voor het continueren van de centrale inkoop van

erkende gedragsinterventies voor het justitieel kader. En dan niet alleen voor de GBM, maar breder. Als een jongere zorg nodig heeft in het kader van een strafrechtelijke maatregel moet het ministerie van Veiligheid en Justitie die zorg financieren. En in het kader van rechtsgelijkheid moeten jongeren die in het kader van een strafoplegging een interventie nodig hebben, dit overal in Nederland kunnen krijgen.

Summary

Study background

Since 1 February 2008, a 'behaviour modification measure' (GBM) can be imposed on adolescents who have committed one or more criminal offences. This measure expands the possibilities for influencing the behaviour of these adolescents. By means of a personalised programme, the GBM intends to provide a suitable educational response aimed at bringing an end to the criminal career of adolescents and preventing further problems.

When the GBM programme was launched, there was an anticipated intake of 750 adolescents per year. After impact analyses were conducted by Drost et al (2009) and Drost, Van der Grift & Jongebreur (2010), the anticipated intake was first adjusted downwards to 150 to 250 per year, and then to 130 per year starting in 2013.

The fact that evidence-based behavioural interventions that can be used as part of a GBM were limited and not available on time was one of the reasons for the limited recommending, demanding and imposing of the GBM by the Child Care and Protection Board, the Public Prosecution Service and the juvenile courts, respectively, according to a study conducted by the department and the impact analyses (Drost et al. 2010). There was no national coverage, it was limited in scale and there were waiting lists in some regions.

To increase the availability of behavioural interventions for the GBM, and thus promote the use of the GBM, the Ministry of Security and Justice decided in 2009 to begin the central procurement of behavioural interventions for the GBM through the Forensic Care Department (DForZo) of its Custodial Institutions Agency (DJI) in the form of a pilot. The ministry's Research and Documentation Centre (WODC) asked the DSP group to evaluate this pilot.

Study approach

The study was conducted from December 2011 to June 2012. The goal of the study was to determine how the process of care procurement for the GBM works in practice, whether the target – nationwide, customised care, i.e. evidence-based behavioural interventions, available on time – is being achieved and to assess whether the care procurement itself is working according to plan. The following research methods were applied:

- document analysis (policy documents, internal memos and internal notes, internal evaluations of tenders, framework agreements and theories on care procurement)
- analysis of registration data from 2009-2011 from DForZo, the Child Care and Protection Board, Dutch Youth Care, care providers and the Public Prosecution Service
- a file search of 50 extensive investigations involving GBM by the Child Care and Protection Board (the so-called USO-GBM) in the first half of 2009 (period preceding the care procurement pilot) and 50 USO-GBM in the first half of 2011 (period after contracting the care providers for GBM)
- interviews with five national representatives of cooperating organisations, three policymakers and a representative for DForZo

- questionnaires for the 36 contracted care providers regarding a number of implemented projects up to and including the first quarter of 2012 and problem areas experienced (26 questionnaires were returned)
- phone interviews with six regional team leaders of the Child Care and Protection Board, seven regional team leaders of the juvenile probation service and thirteen care providers in the five selected regions

Based on the document analysis and the interviews with the national representatives of the chain partners, the policy logic behind the set-up of the care procurement pilot was reconstructed and an assessment framework has been formulated which includes criteria for the premises in the policy logic and for good care procurement. The practical implementation of the care procurement was then described and evaluated by means of this assessment framework. The outcome (in which more GBM is recommended and imposed) was also tested against the criteria formulated in the assessment framework for this purpose.

Policy logic, procurement model and theory of care procurement

The policy logic concerning the care procurement pilot is based on the premise that care procurement of accredited behavioural interventions for the GBM leads to a nationwide offer of evidence-based behavioural interventions that are available on time, which in turn leads to an increase in the number of GBMs imposed.

The schematic representation of the policy logic appears in the conclusion. In this graphic, we use colour to indicate how the various elements played out in practice.

A deliberate choice was made for a coordinated care procurement model in which the procurement is outsourced to DForZo: various organisations in the youth care and judicial chain exert an important influence on the organisation and implementation of the procurement function. Based on responsibilities tied to the procurement, explicit consideration is made of the wishes and needs of these chain partners, like the Child Care and Protection Board, the Youth Care Agency (juvenile probation service), the Public Prosecution Service and the juvenile courts.

For the pilot, a choice was made for the coordinated care procurement of four accredited evidence-based behavioural interventions that focus on reducing relapse.

Good care procurement must satisfy a number of criteria. The strategic processes must have a certain level of professionalism or development and the supporting processes must be sufficiently geared towards efficient and effective procurement for public purposes. Based on the Dutch adaptation of the Michigan State University Model for the public procurement task, the so-called MSU+ model, we have formulated criteria which must be satisfied by the strategic and supporting processes.

The care procurement pilot in practice

We can conclude that the coordinated care procurement up to contracting has proceeded in accordance with the intentions. Prior to the pilot, DForZo had a market analysis performed and determined the procurement strategy. The procurement procedures were well designed and implemented. The interventions implemented are retrospectively declared. This makes the care procurement for GBM different than the care procurement in other contexts. In the agreements

made through the Healthcare Insurance Act and the Exceptional Medical Expenses Act (AWBZ) regarding the same interventions, production agreements are made in advance.

Since an overestimation was made of the GBM imposed, however, the care providers were given the wrong idea of the production expected. There seems to be a process-based mismatch between expectations of supply and demand. The contract is technically sound, but since little to no GBM is imposed it is hardly implemented. This makes the contracts not especially interesting to care providers from a commercial perspective. For them, there is only added value if the volume increases and more production can be guaranteed. For many care providers, the administrative burden is now disproportionate to the yield. The overestimation of the demand has led to several problems.

The strict separation of the tactical procurement (by DForZo) and the operational procurement (by the juvenile probation service, based on the judgment) creates a complex steering relationship, and this thus gives DForZo few options for steering towards the provision of procured interventions. The monitoring of the demand and the use of the interventions was limited, certainly after the GBM project organisation of the Ministry of Security and Justice and the GBM national working group ceased activities.

Care offer achieved

Prior to the start of the pilot, there was no national coverage with respect to the four accredited behavioural interventions. Two procurement rounds took place. DForZo concluded zero hours contracts with 36 care providers for 10 interventions. The care providers distributed information about their offer of accredited behavioural interventions. In some regions, this led to greater use of these interventions (also outside the context of the GBM).

With respect to the target of achieving national coverage with accredited interventions, we can conclude that the care offer has increased – particularly with respect to Multisystemic Therapy (MST) and Multidimensional Family Therapy (MDFT) – but national coverage has not been achieved. This was particularly the case in the districts where there was no coverage prior to the pilot. Coverage is also not available in all remote areas of the districts (due to the maximal travelling distance for workers and clients) and, while extra coverage was achieved in some districts, this has since been retracted due to the minimal demand.

Use of accredited behavioural interventions in the GBM

In setting up the pilot, it was assumed that national coverage of accredited evidence-based behavioural interventions would result in a greater inclusion of these interventions in GBM recommendations, more demands for GBM and more impositions of GBM.

The number of GBMs imposed has not risen since the start of the procurement pilot: 92 GBMs were imposed in 2009, 93 in 2010 and only 72 in 2011 (source: Public Prosecution Service). This number is far below all expectations. Based on the registration data of the Child Care and Protection Board, 40% of the extensive investigations (USO GBM) started by the board resulted in a GBM recommendation in 2009 and 2010, while this figure was 49% in 2011. The number of GBM recommendations made by the board first increased to 142 in 2010, but then fell to 122 in 2011. In comparison with the number of recommendations, however, the number of GBMs imposed fell over

the entire period: 94% of the recommendations resulted in a GBM in 2009, 66% in 2010 and 59% in 2011.

The assumption that a more widely available offer of accredited evidence-based interventions leads to more GBM recommendations and more GBMs being imposed cannot be substantiated.

Furthermore, it is striking that the accredited interventions make up only a limited portion of the GBMs imposed. The file search revealed that the employees of the Child Care and Protection Board (and/or reporters from the Netherlands Institute of Forensic Psychiatry and Psychology) only included accredited behavioural interventions in 40% of the GBM recommendations, based on the feasibility study by the juvenile probation service. Figures from the 36 contracted care providers (to the extent they have been supplied), in combination with the data of DForZo, show that at least 66 accredited interventions were started between 2010 and the first quarter of 2012. Assuming that the care providers who have not supplied data do not appear further in the declaration data of DForZo, we do not estimate this number to be much higher in reality. It also happens that several accredited interventions are included in one GBM. The estimate is that at least one the accredited intervention is carried out in a maximum of roughly half the GBMs.

Problem areas

There are several problem areas in the care procurement of GBM.

The primary problem is that little GBM is recommended, demanded and imposed.

One of the reasons given for this is that the population suitable for GBM is more limited than was initially estimated because the offences are not serious enough and an adolescent and/or his parents are not motivated, the penalty is seen as too severe or the available offer has already been implemented on a voluntary basis or in another judicial framework. It should be noted that this has taken place at the same time as a fall in juvenile crime and decrease in the number of adolescents admitted to the Public Prosecution Service and sentenced between 2007-2011 (Public Prosecution Service 2011 annual report).

Another important reason is the complexity of the process leading to a GBM, consisting of the chain recommendation-feasibility study-demand-imposition. Many parties are involved that have to come up with a recommendation and an action plan in a short period of time. When one of the four accredited interventions is being considered and it is possible to recommend this in another judicial framework, the GBM track is often abandoned. It is also the case that not all chain partners in all districts are enthusiastic about the GBM product. This is due not only to the complexity of the process leading to a GBM, but also to the severity of the punishment and the fact that the added value with respect to the possibilities within the special conditions is not seen.

The procured interventions are not available in all districts. It has also been found that the juvenile probation service and the Child Care and Protection Board are not always aware of the available offer via care procurement. The project organisation which was connected to the nationwide implementation of the GBM ceased activities at the beginning of 2011, thus removing the support structure and, as of 2011, also the incentive for the measure.

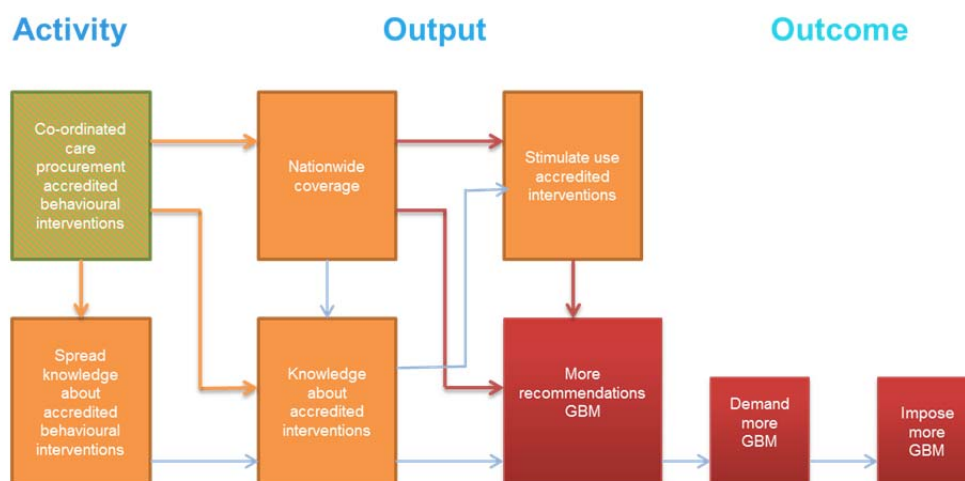
It is also notable that the figures have been poorly kept. The figures on the number of GBMs imposed by the Public Prosecution Service and the number of GBMs carried out by the juvenile probation service do not correspond. The interventions imposed as part of the GBM programme are not being registered. As a result, the national chain partners have no up-to-date information on the use of the accredited evidence-based interventions as part of the GBM programme.

Another problem is that some providers already terminated their offer due to the minimal intake. What's more, a few other providers – which were started especially for the use of the accredited interventions as part of GBM teams – anticipate that the offer will disappear if the volume remains insufficient and/or the pilot does not continue. These are primarily providers which do not provide the offer in other frameworks.

Conclusion

The goal of the study was to determine how the process of care procurement for the GBM programme works in practice, whether the target – nationwide, customised care (accredited interventions) available on time – is being achieved and to assess whether the care procurement itself is going according to plan.

Though the coordinated care procurement worked technically well up to contracting, it has not brought about the desired result, i.e. contributing to the increase in the number of GBMs imposed. The offer has indeed increased, but national coverage was not achieved. This is summarised in the diagram below. (Green means achieved, orange means partially achieved and red means not achieved).



Achieving coverage has proven to be an insufficient incentive for the GBM. More is necessary than solving this one issue. The study found that the low number of GBMs imposed is caused by the complexity of the process that leads to a GBM. If the accredited evidence-based behavioural intervention, or another package of suitable interventions, can also be imposed in another criminal framework, then that would be the preference. Moreover, the low number of GBMs imposed should also be seen in the context of the decrease in the number of adolescents being sentenced.

Despite the problem areas identified, almost all respondents – including the national and regional chain partners and care providers – are in favour of continuing the central procurement of accredited behavioural interventions for the judicial framework, not just for the GBM, but in a broader sense. If an adolescent needs care as part of a criminal measure, the Ministry of Security and Justice must finance this care. And, as it pertains to equality of rights, adolescents who are in need of an intervention as part of a sentencing must be able to receive this care everywhere in the Netherlands.

1 Inleiding

In dit hoofdstuk beschrijven we eerst de aanleiding voor de evaluatie van de pilot zorginkoop. Daarna gaan we beknopt in op wat de gedragsbeïnvloedende maatregel (GBM) is, het toeleidingsproces naar een GBM en de mogelijke invulling van de GBM. Tot slot gaan we in op knelpunten die in eerdere onderzoeken, zoals de impactanalyse en de evaluatie van de GBM, zijn genoemd voor de geringe benutting van de GBM.

1.1 Aanleiding onderzoek

Sinds 1 februari 2008 kan aan jeugdigen die een of meer strafbare feiten hebben gepleegd een 'gedragsbeïnvloedende maatregel' (GBM) worden opgelegd. Met de GBM zijn de mogelijkheden tot gedragsbeïnvloeding van jeugdigen die één of meer strafbare feiten hebben begaan verruimd. De oude sanctiemogelijkheden boden volgens de wetgever namelijk te weinig ruimte voor een pedagogische aanpak waarbij kan worden voorzien in een eventuele behoefte aan jeugdzorg: niet de oorzaak, de inadequate opvoedingssituatie, maar de symptomen daarvan: de strafbare feiten, werden aangepakt. De GBM beoogt door middel van een persoonsgericht programma een passende pedagogische reactie te bieden teneinde de criminele carrière van jeugdigen te stoppen en verder afglijden te voorkomen.

Hoewel het aantal opgelegde vonnissen aanvankelijk een stijgende lijn liet zien (van 15 in 2008 naar 90 in 2009) (Drost, Van der Grift & Jongebreur, 2010)¹ bleef het aantal vonnissen sterk achter bij de verwachtingen. Bij de start van de GBM werd gesproken van een verwachte instroom van 750 jeugdigen met een GBM per jaar. Na de impactanalyses van Significant is de verwachte instroom eerst bijgesteld naar 150 tot 250 per jaar en vervolgens naar 130 per jaar vanaf 2013. Het beperkt en niet tijdig beschikbaar zijn van (erkende) gedragsinterventies, die kunnen worden ingezet in het kader van een GBM, was één van de oorzaken van het beperkt adviseren (door de Raad voor de Kinderbescherming (Raad)), vorderen (door het Openbaar Ministerie (OM)) en opleggen (door kinderrechter) van de GBM, zo bleek uit onderzoek door het departement en uit de impactanalyses (Drost et al, 2010) (zie ook paragraaf 1.3). Het aanbod was niet landelijk dekkend, er was een beperkt scala aan aanbod en er waren wachtlijsten in sommige regio's.

Om de beschikbaarheid van interventies voor de GBM te vergroten en daardoor het gebruik van de GBM te bevorderen heeft het ministerie van Veiligheid en Justitie in 2009 besloten een pilot te starten van de inkoop van gedragsinterventies door de Directie Forensische Zorg (DForZo) van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) van het ministerie van Veiligheid en Justitie. Het WODC heeft DSP-groep verzocht de pilot te evalueren.

Noot 1 Drost, V., Grift, van der M. & Jongebreur, W. (2010). Impactanalyse GBM 2010. Impact van de gedragsbeïnvloedende maatregel ruim twee jaar na invoering. Barneveld: Significant.

De Directie Forensische Zorg (DForZo) van DJI is opgericht op 1 januari 2008 als opvolger van de toen bestaande sectordirectie TBS. Het ministerie van Veiligheid en Justitie is verantwoordelijk voor alle forensische zorg in strafrechtelijk kader. DForZo voert deze taak uit.

Deze directie bekijkt hoeveel forensische zorg nodig is, van welk type, welke organisaties en instellingen die kunnen bieden en plaatst vervolgens de justitiabelen op basis van een overeenkomst in één van de instellingen. Hiervoor koopt de directie de benodigde zorg in en stelt eisen aan de kwaliteit. Twee rijks Forensisch Psychiatrische Centra (FPC) vallen onder directe aansturing en verantwoordelijkheid van de directie.

Binnen de directie Forensische Zorg van DJI is de afdeling Zorginkoop verantwoordelijk voor de inkoop van alle forensische zorg in een strafrechtelijk kader en het uitvoeren van een professioneel relatiebeheer met alle gecontracteerde zorgaanbieders. De forensische zorg wordt ingekocht bij een groot aantal zorgaanbieders. Grofweg gaat het om drie doelgroepen: tbs met dwangverpleging, forensische zorg in het kader van een voorwaardelijke sanctie en forensische zorg aan gedetineerden. Tot de pilot zorginkoop GBM was DForZo alleen betrokken bij de zorginkoop voor volwassen justitiabelen.

Bron: www.dji.nl

1.2 De gedragsbeïnvloedende maatregel

Wat is de gedragsbeïnvloedende maatregel?

De GBM biedt een juridische titel voor de verplichte deelname aan een programma dat bestaat uit verschillende gedragsinterventies (art. 77w t/m 77wd van het Wetboek van Strafrecht). De maatregel komt tegemoet aan de behoefte om jeugdige delinquenten met intensievere vormen van (her)opvoeding te behandelen, doordat de rechter de mogelijkheid geeft om de jeugdigen een passend, op gedragsbeïnvloeding gericht programma op te leggen.

Kenmerkend voor de GBM is dat in het vonnis gedetailleerd is vastgelegd wat de inhoud van de maatregel is. De beschikbaarheid van de interventies die men in het kader van de GBM wil inzetten, is ook al nagegaan. Hierdoor kan een snelle start van de uitvoering van de maatregel na het vonnis worden gegarandeerd. Wanneer de jeugdige zich tijdens de uitvoering van de maatregel niet houdt aan de gemaakte afspraken, dan wordt de GBM omgezet in vervangende jeugddetentie. Hiermee heeft de GBM een zware stok achter de deur. De duur van de vervangende jeugddetentie is in het vonnis vastgelegd.

De GBM kan worden opgelegd indien:

- de ernst van het begane misdrijf of de veelvuldigheid van de begane misdrijven of voorafgegane veroordeling wegens misdrijf hiertoe aanleiding geven en;
- de maatregel in het belang is van een zo gunstige mogelijke verdere ontwikkeling van de verdachte.²

De doelgroep van de GBM wordt gevormd door jeugdige meer- en veelplegers en harde kernjeugdigen die op jonge leeftijd al een relatief zwaar delict plegen. Hierbij spelen meervoudige achtergrondproblematiek en gedragsproblemen mee³.

Noot 2 Artikel 77w, eerste lid, Sr.

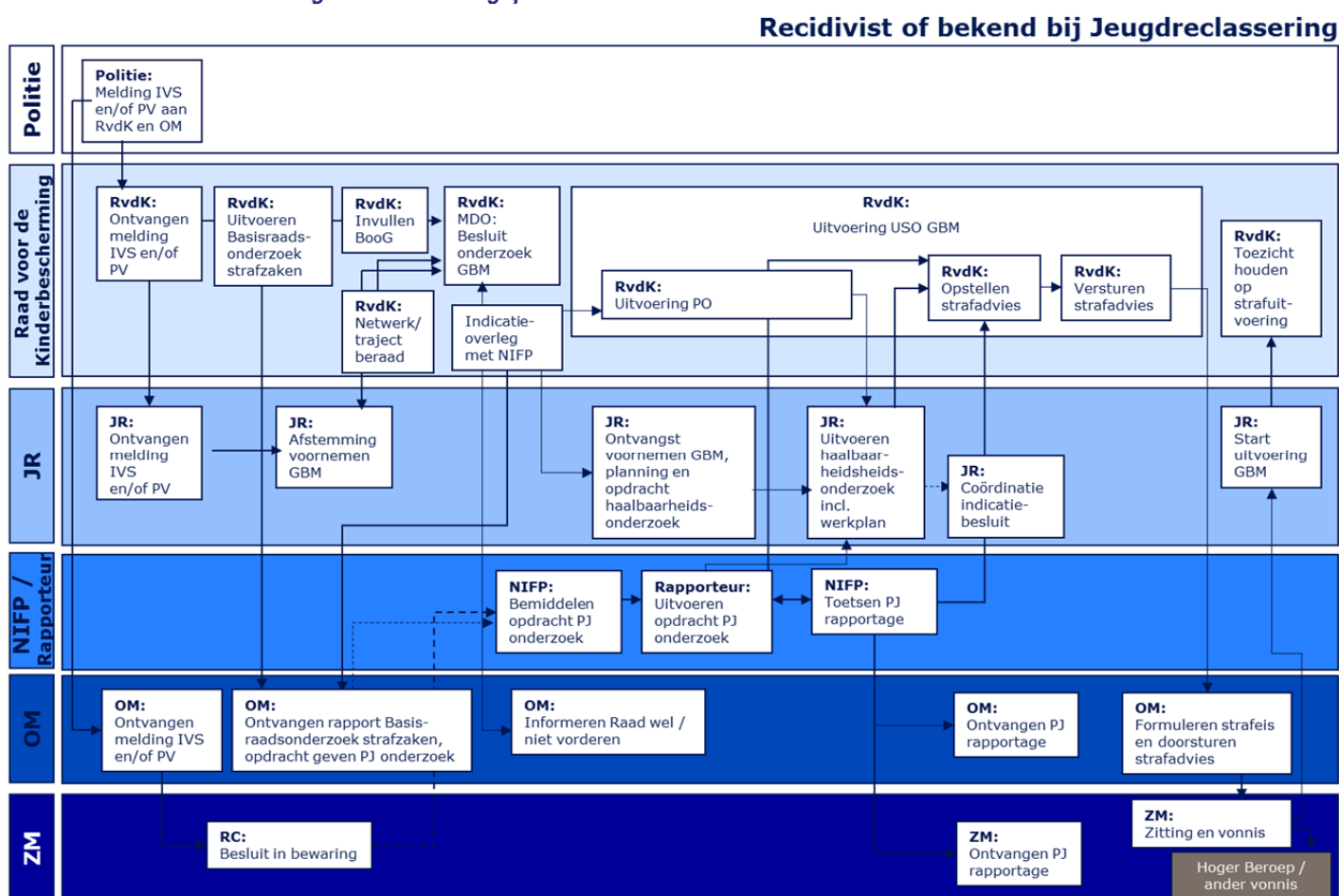
Noot 3 Memorie van Toelichting, Wet gedragsbeïnvloeding jeugdigen, TK 2005-2006, 30 332

De gedragsmaatregel kan voor minimaal zes maanden tot maximaal één jaar worden opgelegd en kan eenmaal worden verlengd met maximaal de duur waarvoor de maatregel in eerste instantie is opgelegd.

Toeledingsproces GBM

Het toeledingsproces naar de GBM (zie figuur 1) begint met het besluit tot een onderzoek naar de mogelijkheid om een GBM te adviseren door de Raad voor de Kinderbescherming (Raad). Vervolgens vindt een adviestraject plaats waarin onderzoeken worden uitgevoerd door verschillende ketenpartners: een uitgebreid strafonderzoek GBM (USO-GBM) door de Raad en/of een persoonlijkheidsonderzoek door het NIFP en een haalbaarheidsonderzoek door de Jeugdreclassering. Dit leidt tot een strafadvies door de Raad waarin een GBM als geschikte sanctie kan worden geadviseerd. Het Openbaar Ministerie (OM) beoordeelt dit advies en vordert mede op basis hiervan een passende straf. Tenslotte spreekt de rechter een vonnis uit. Na de uitspraak van de rechter start de uitvoering van de GBM binnen 30 dagen.

Figuur 1 Toeledingsproces GBM



Bron: Boer & Croon (2009). Landelijk model Toeledingsproces GBM. Toelichting en uitwerking.

Amsterdam: Boer & Croon.

De meerwaarde van de GBM ten aanzien van andere strafmodaliteiten is vooral dat in het vonnis gedetailleerd is vastgelegd wat de inhoud van de maatregel is. De beschikbaarheid van de interventies is ook nagegaan. Hierdoor is een snelle start gegarandeerd.

Op basis van een uitgebreid onderzoek door de Raad voor de Kinderbescherming (of het NIFP) en een haalbaarheidsonderzoek door de jeugdreclassering wordt voorafgaand aan de zitting bepaald welke persoonsgerichte aanpak de jeugdige nodig heeft. De jeugdreclassering maakt een plan van aanpak, voorafgaand aan de zitting, dat vervolgens door de kinderrechter vastgelegd. Indien uit het haalbaarheidsonderzoek blijkt dat een bepaald aanbod van interventies niet beschikbaar is, wordt het ook meestal niet door de raadsmedewerker geadviseerd, maar wordt een alternatief geadviseerd dat wel beschikbaar is. Dit biedt meer rechtszekerheid dan wanneer dezelfde aanpak wordt ingezet in het kader van een Maatregel Hulp en Steun. In dat geval wordt namelijk vaak pas na het vonnis door de jeugdreclassering bepaald welke aanpak voor de jeugdige nodig is. Het niet (tijdig) beschikbaar zijn van het benodigd aanbod is ook aanleiding om niet over te gaan tot het adviseren, vorderen of opleggen van een GBM maar te kiezen voor een andere strafmodaliteit.

De invulling van de GBM

De GBM kan inhouden dat de jeugdige deelneemt aan een programma in een door de rechter aan te wijzen instelling of dat de jeugdige een ambulant programma zal volgen onder de leiding van een door de rechter aan te wijzen organisatie. Als voorbeelden voor de invulling van de GBM worden in de evaluatie van de GBM (Bijl et al 2011)⁴ en in de methodische handreiking GBM van de jeugdreclassering gegeven: Multi Systeem Therapie (MST), Functional Family Therapy (FFT) en MTFC (Multidimensional Treatment Foster Care). Ook Individuele Traject Begeleiding (ITB) en ITB CRIEM⁵ kunnen binnen de maatregel worden ingezet. Het is ook mogelijk om vormen van geïndiceerde jeugdzorg tot onderdeel van het programma te maken. Plaatsing in een justitiële inrichting of een instelling voor gesloten jeugdzorg is in het kader van de GBM niet mogelijk. Er is voor de ketenpartners een matrix van gedragsinterventies gepresenteerd die landelijk beschikbaar zijn of zouden moeten komen voor o.a. de doelgroep GBM.

1.3 Oorzaken voor geringe benutting van de GBM

Zoals in paragraaf 1.1 is aangegeven bleef het aantal opgelegde GBM achter bij de verwachting. In eigen onderzoek van het ministerie van Veiligheid en Justitie (V&J), de impactanalyses van Significant, de evaluatie van de wet GBM door PI research, en onderzoek van DSP-groep in opdracht van de Raad voor de Kinderbescherming kwamen de volgende oorzaken voor de geringere benutting van de GBM in de eerste jaren (2008-2009) van de implementatie naar voren:

- De duur van het GBM adviestraject.
- De meerwaarde van de GBM wordt niet gezien/niet ervaren.
- De stok achter de deur (de vervangende jeugddetentie) wordt als te zwaar gezien en/of onduidelijkheid over de omvang van de vervangende jeugddetentie.
- Onduidelijkheid over de consequenties in geval van (deels) mislukken en onbekendheid met mogelijkheden tot wijzigingen van de invulling en voortzetting.

Noot 4 Bijl, B., Eenshuistra, R.M., Campbell, E.E. (2011). *Straffe invloed. Evaluatie van de gedragsbeïnvloedende maatregel*. Duivendrecht: PI Research.

Noot 5 CRIEM staat voor 'criminaliteit in relatie tot integratie van etnische minderheden'.

- Onduidelijkheid over de doelgroep GBM.
- Gebrek aan ervaring met strafonderzoek.
- Tekort aan geregistreerde gedragsdeskundigen.
- Gewenning aan nieuwe werkwijze en ketenafstemming.
- Problemen rondom de invulling van de GBM.
- Bereidheid van aanbieders om medewerking te verlenen aan de uitvoering van de GBM.
- Onduidelijkheid over de mogelijkheden om een GBM mee in te vullen.
- Niet in alle arrondissementen/regio's zijn gedragsinterventies (tijdig) beschikbaar.

Om de laatstgenoemde belemmering op te lossen, heeft het ministerie van Veiligheid en Justitie in 2009 besloten tot het instellen van de pilot zorginkoop GBM: het landelijk inkopen van gedragsinterventies die in het kader van de GBM kunnen worden ingezet. Het onderhavige onderzoek evalueert deze pilot en moet ook in deze context worden gezien. Met het inzetten van de pilot wordt beoogd één van de knelpunten bij de uitvoering van de GBM op te lossen.

1.4 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 wordt de onderzoeksopzet beschreven, evenals de verantwoording van het onderzoek.

Vervolgens beschrijven we in hoofdstuk 3 de beleidslogica achter de zorginkoop. Naast het beschrijven van de veronderstellingen van de pilot Zorginkoop GBM, wordt in dit hoofdstuk beschreven aan welke criteria goede zorginkoop moet voldoen op basis van theorieën over zorginkoop. Op basis van de gereconstrueerde beleidslogica en de theorie over zorginkoop wordt een toetsingskader voor de praktijk van de pilot zorginkoop gepresenteerd.

In hoofdstuk 4 worden de feiten, namelijk het aanbod van gedragsinterventies voor de GBM, het gebruik van de interventies, de adviezen en opleggingen GBM weergegeven.

De praktijk van de pilot zorginkoop wordt beschreven in hoofdstuk 5.

In hoofdstuk 6 gaan we in op de knelpunten en de meerwaarde van de pilot zorginkoop.

We sluiten het rapport af met een samenvatting en conclusies op de onderzoeksvragen in hoofdstuk 7.

2 Onderzoeksaanpak

In dit hoofdstuk beschrijven we het doel van het onderzoek, de onderzoeksvragen en de wijze waarop het onderzoek is aangepakt.

2.1 Doel en onderzoeksvragen

Het doel van het onderzoek was na te gaan hoe het proces van zorginkoop voor de GBM verloopt in de praktijk, of het doel – het landelijk tijdig beschikbaar komen van passende zorg - wordt bereikt en om te toetsen of de zorginkoop verloopt volgens plan.

De volgende hoofdvragen worden in het onderzoek beantwoord.

- A Welk model van zorginkoop was vooraf bedacht en aan welke criteria moet zorginkoop theoretisch voldoen?
- B Loopt het inkoopproces conform bedoelingen?
- C Is voldoende passende zorg tijdig beschikbaar?
- D Hoe vaak wordt er gebruik gemaakt van de ingekochte zorg?
- E Welke knelpunten doen zich voor?

Deze hoofdvragen zijn verder geoperationaliseerd in subvragen (zie bijlage 1).

2.2 Onderzoeksaanpak

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden zijn verschillende methoden ingezet (zie tabel 2.1). We maken in het design onderscheid tussen:

- methoden om te achterhalen hoe de zorginkoop theoretisch plaats moet vinden (reconstructie beleidslogica en opstellen toetsingskader): documentenanalyse en interviews met beleidsmakers, landelijke ketenpartners en inkopers;
- methoden om te achterhalen hoe de zorginkoop in de praktijk verloopt (het proces van de zorginkoop): documentenanalyse, interviews met beleidsmakers, landelijke ketenpartners, inkopers, regionale ketenpartners, vragenlijst zorgaanbieders
- methoden om te achterhalen wat de uitkomst van de pilot zorginkoop is: analyse registratiegegevens, dossieronderzoek, vragenlijst zorgaanbieders, interviews regionale ketenpartners.

Tabel 2.1. Onderzoeksmethoden

Onderzoeksvraag	Analyse documenten	Interviews beleidsmakers, inkopers, landelijke ketenpartners	Vragenlijst /interviews betrokken organisaties	Analyse registraties	Dossieronderzoek
Hoe zou de zorginkoop theoretisch moeten verlopen?					
Proces conform bedoelingen?					
Voldoende passende zorg beschikbaar?					
Gebruik zorg onder GBM?					
Knelpunten?					

2.2.1 Reconstructie beleidslogica

De algemene aanname bij de pilot zorginkoop van gedragsinterventies voor de GBM is dat door het realiseren van een landelijk dekkend aanbod van gedragsinterventies, dat tijdig beschikbaar is het aantal GBM zal toenemen. De interventies moeten beschikbaar zijn voor jeugdigen in alle arrondissementen⁶. Om de aannames achter deze beleidslogica te achterhalen is de logica verder geëxpliciteerd met behulp van een beleidswetenschappelijke benadering (Leeuw 2003⁷). Op basis van documentenanalyse en interviews met de ketenpartners hebben we de aannames met gebruik van argumentatieanalyse gereconstrueerd en gepresenteerd in een stroomdiagram. Het gaat om het achterhalen van de aannames voor het beleggen van de inkoop van de gedragsinterventies bij een gespecialiseerde organisatie zou leiden tot het meer en eerder beschikbaar zijn van de interventies en het meer opleggen van de GBM. De aannames betreffen activiteiten/processen die actoren (de ketenpartners) moeten uitvoeren om de uitkomst te realiseren.

De volgende documenten zijn geanalyseerd:

- Beleidsdocumenten (ter voorbereiding van de pilot zorginkoop GBM) (zie bijlage 2);
- Notulen Landelijke projectgroep implementatie GBM;
- Handleiding Zorginkoop;
- theorieën over zorginkoop (MSU+).

Daarnaast hebben interviews plaatsgevonden met drie beleidsmedewerkers van het ministerie van V&J, de inkooporganisatie DForZo en de verschillende ketenpartners die betrokken waren in de landelijke projectgroep implementatie GBM:

- Raad voor de Kinderbescherming;
- Jeugdzorg Nederland (namens jeugdreclassering);
- NIFP;
- OM;
- Zittende Magistratuur (ZM, rechter).

De achterliggende aannames die bij de reconstructie van de beleidslogica zijn gevonden, zijn teruggekoppeld in een gesprek met beleidsmedewerkers van het ministerie van Veiligheid en Justitie. Op basis van de aannames en het MSU+ model (zie hoofdstuk 3.2) is de beleidslogica in een schema gezet en is een toetsingskader geformuleerd waarin zowel toetsingscriteria zijn opgenomen voor de aannames in de beleidslogica als criteria voor goede zorginkoop. De uitvoering van de zorginkoop in de praktijk is vervolgens beschreven en geëvalueerd met behulp van dit toetsingskader. Ook de outcome is getoetst aan de geformuleerde criteria hiervoor in het toetsingskader.

Noot 6 In de aanbestedingsprocedure wordt arrondissementen en regio's door elkaar gebruikt. Daarnaast werken de ketenpartners met verschillende regio-indelingen. Zo heeft de Raad cijfers aangeleverd op het niveau van regio's die meerdere arrondissementen omvatten. Het doel van de pilot inkoop is dat er een landelijk dekkend aanbod wordt gerealiseerd in de verschillende arrondissementen. In het onderzoek trekken we conclusies – waar mogelijk – op het niveau van de arrondissementen. Echter bij sommige onderdelen van het onderzoek refereren we aan regio's. Het gaat hierbij om een geografisch gebied wat meerdere arrondissementen omvat.

Noot 7 Leeuw, F.L. (2003). Reconstructing Program Theories: Methods Available and Problems to be Solved. American Journal of Evaluation, 24, No 1, pp. 5-20.

2.2.2 Documentenanalyse

Om inzicht te krijgen in het proces van de zorginkoop GBM in de praktijk hebben we analyse uitgevoerd op documenten die betrekking hebben op de inkoop van de interventies en de procedures:

- De offertes.
- De beoordeling van de offertes.
- De raamovereenkomsten en gemaakte productieafspraken.

2.2.3 Analyse registratiegegevens

Om inzicht te krijgen in het beschikbare aanbod, de opgelegde GBM en de ontwikkelingen op dit gebied zijn registratiegegevens van de inkoopafdeling, de Raad voor de Kinderbescherming, de Jeugdreclassering en de aanbieders van de erkende interventies opgevraagd en geanalyseerd.

Registratie inkoopafdeling

Bij de inkooporganisatie zijn de volgende registratiegegevens opgevraagd:

- Aantal offranden per segment en interventie.
- Aantal gecontracteerde zorgaanbieders.
- Ingekochte gedragsinterventies per zorgaanbieder.
- Gedeclareerde gedragsinterventies per zorgaanbieder in het kader van GBM.

Registratiegegevens Raad voor de Kinderbescherming

Om zicht te krijgen op de mate waarin een GBM wordt geadviseerd, zijn bij de Raad de volgende registratiecijfers opgevraagd:

- Aantal opgestarte uitgebreide strafonderzoeken GBM (USO GBM onderzoeken) per regio in 2009, 2010 en 2011.
- Aantal geadviseerde GBM per regio in 2009, 2010 en 2011.

Registratiegegevens Jeugdreclassering

Om het aantal opgelegde GBM per regio te achterhalen zijn de volgende registratiegegevens van de Jeugdreclassering opgevraagd:

- Aantal opgelegde GBM per regio in 2009, 2010 en 2011.

Registratiegegevens OM

Bij de beleidsdirectie zijn het aantal opleggingen GBM per arrondissement in 2009, 2010 en 2011 opgevraagd. Dit zijn gegevens van het OM.

Registratiegegevens zorgaanbieders

Bij de zorginstellingen waarmee contract zijn afgesloten over het leveren van gedragsinterventies in het kader van de GBM zijn registratiegegevens opgevraagd over:

- Aantal uitgevoerde erkende interventies via GBM in 2010 en 2011 en lopende interventies.
- Aantal uitgevoerde erkende interventies in een ander kader in 2010 en 2011.

2.2.4 Dossieronderzoek

Om op casuïstiekniveau inzicht te krijgen in de mate waarin de beschikbaarheid van erkende gedragsinterventies een rol speelt bij het adviseren van de GBM, is dossieronderzoek uitgevoerd naar de uitgebreide strafonderzoeken GBM (USO GBM) (inclusief haalbaarheidsonderzoek jeugdreclassering en/of PJ rapportage NIFP) en de adviezen van de Raad.

Uit het totaal aantal opgestarte USO GBM onderzoek uit de eerste helft van 2009 en uit de eerste helft van 2011 is een ad random steekproef getrokken van elk 50 dossiers. In Kinderbescherming Bedrijfsprocessen Systeem (KBPS) is in deze dossiers gezocht naar advies van de Raad, USO GBM onderzoek, haalbaarheidsonderzoek, Pro Justitia rapportage NIFP, vonnis en/of besluit indien aanwezig.

Uit deze steekproef bleken 12 dossiers uit 2009 niet volledig (geen Raadsadvies aanwezig) en/of toch geen USO GBM onderzoek en in 2011 betrof dit 13 dossiers. Er is een aanvullende ad random steekproef getrokken zodat er in totaal 50 dossiers gescreend zijn voor 2009 en 50 dossiers voor 2011.

De verdeling van de bestudeerde dossiers per regio van de Raad voor de Kinderbescherming en per jaar is weergegeven in bijlage 5. Voor het dossieronderzoek is een screeningslijst opgesteld (zie bijlage 5).

2.2.5 Enquête zorgaanbieders

Bij de 36 zorgaanbieders waarmee DForZo contracten heeft afgesloten voor het leveren van gedragsinterventies zijn de registratiegegevens opgevraagd en is een beperkte vragenlijst uitgezet met vragen over het inzetten van gecontracteerde interventies in een ander kader dan de GBM, tevredenheid met de pilot zorginkoop en ervaren knelpunten. 26 zorgaanbieders (72%) hebben de vragenlijst geretourneerd of hebben de informatie aangeleverd in een telefonisch interview (de vragenlijst is bij sommige zorgaanbieders n.a.v. het telefonisch interview ingevuld, zie 2.2.6). Alle zorgaanbieders die geen informatie hebben aangeleverd, zijn meerdere malen benaderd via de mail en telefonisch en waren of niet te bereiken of hebben de informatie niet tijdig aangeleverd.

2.2.6 Interviews

Interviews met beleidsmakers en ketenpartners

Voor de reconstructie van de beleidslogica zijn beleidsmakers en ketenpartners geïnterviewd (zie 2.2.1). Deze interviews zijn tevens benut voor het in kaart brengen van de ervaringen van de betrokken partijen met de pilot Zorginkoop, of de uitvoering in de praktijk verloopt volgens de beleidslogica en eventuele knelpunten.

Interviews met de afdeling Inkoop van DForZo

Het interview met een medewerker van de afdeling inkoop van DForZo is deels benut voor het achterhalen van de beleidslogica en om in kaart te brengen hoe de inkoop van de gedragsinterventies in de praktijk verloopt.

Telefonische interviews met uitvoerende partijen

Om inzicht te krijgen in de werking van de pilot zorginkoop in de praktijk hebben in vijf geselecteerde regio's telefonische interviews plaatsgevonden met zeven teamleiders van de

jeugdreclassering, zes teamleiders van de Raad en 13 zorgaanbieders⁸. Twee zorgaanbieders en een teamleider van de jeugdreclassering waren niet bereikbaar in de periode van het veldwerk. De selectie van de vijf regio's⁹ heeft plaatsgevonden op basis van de registratiegegevens van de Raad en het dossieronderzoek. Hierbij is de regio-indeling van de aangeleverde registratiegegevens van de Raad gehanteerd. Deze regio's zijn geografisch groter dan de indeling in arrondissementen.

Omdat het doel van de pilot zorginkoop was een landelijk aanbod van erkende interventies te creëren, is bij de selectie van de regio's gekozen voor regio's waarbij voorafgaand aan de pilot geen of weinig aanbod aan gedragsinterventies beschikbaar was. In regio's waar voorafgaand aan de pilot zorginkoop voldoende aanbod aan interventies beschikbaar was, wordt geen effect van de pilot zorginkoop verwacht op het aanbod. Hiermee moet bij de interpretatie van de variabelen rekening worden gehouden.

Er is gekozen voor:

- drie regio's waar in 2009 weinig GBM werden opgelegd, waar weinig aanbod van interventies was in 2009 en waar in 2011 geen toename van de GBM adviezen is (of zelfs een afname) (Zeeland en Zuid-Holland Zuid, Midden-West Brabant en Overijssel);
- een regio waar in 2009 weinig GBM werden opgelegd, waar weinig aanbod interventies was in 2009 en waar in 2011 wel een lichte toename van de GBM adviezen is vast te stellen (Gelderland);
- een regio waar geen aanbod erkende interventies was in 2009 maar wel relatief veel GBM werd geadviseerd en dit in 2011 op hetzelfde niveau is gebleven (Friesland en Flevoland).

De verdeling van de geïnterviewde respondenten over de regio's is als volgt:

Tabel 2.1 Aantal respondenten telefonische interviews per regio

Regio	Teamleider Raad	Teamleider jeugdreclassering	Zorgaanbieder ¹⁰
Zeeland Zuid-Holland Zuid	1	1	2
Midden-West Brabant	1	2	5
Overijssel	1	2	1
Gelderland	1	1	6
Friesland en Flevoland	2	1	3
totaal	6	7	13¹⁰

Noot 8 Sommige regio's zijn opgesplitst in subregio 's op uitvoerend niveau bij de Raad of de jeugdreclassering. Vandaar dat in sommige regio's meerdere teamleiders zijn geïnterviewd. Sommige zorgaanbieders leveren de interventies in meerdere regio's.

Noot 9 We hebben hierbij de regio indeling volgens welke we cijfers van de Raad hebben ontvangen gehanteerd (Zie bijlage 6, tabel 2).

Noot 10 Zorgaanbieders hebben aanbod in meerdere regio's

3 Beleidslogica en theorie over zorginkoop

Dit hoofdstuk beschrijft de beleidslogica achter de zorginkoop. De veronderstellingen van de pilot Zorginkoop GBM zijn expliciet gemaakt. Daarbij was de centrale vraag: 'Hoe kan de pilot Zorginkoop GBM bijdragen aan een toename van het aantal opgelegde GBM?'

Naast het beschrijven van de veronderstellingen besteden we ook aandacht aan de theorie omtrent zorginkoop: aan welke criteria moet goede zorginkoop voldoen? Tenslotte presenteren we - op basis van de gereconstrueerde beleidslogica en de theorie over zorginkoop - een toetsingskader voor de praktijk van de pilot zorginkoop.

3.1 Beleidslogica zorginkoop

Een belangrijke bron van informatie voor het uitwerken van de beleidslogica waren de beleidsdocumenten ter voorbereiding van de pilot, notulen van de landelijke projectgroep GBM, de impactanalyse en de evaluatiestudie van de wet GBM¹¹. Daarnaast zijn gesprekken gevoerd met beleidsmedewerkers en de verschillende ketenpartners die vertegenwoordigd waren in de landelijke projectgroep GBM¹².

Beleidslogica – Wat is dat?

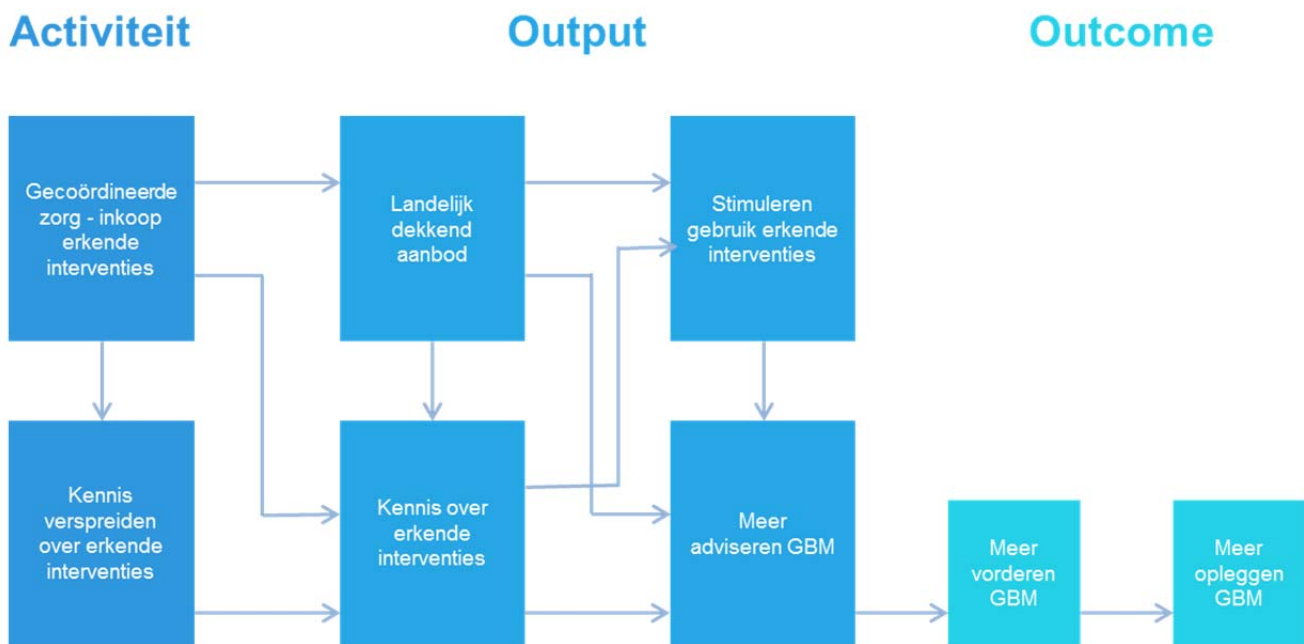
Achter de pilot Zorginkoop GBM gaat een (impliciete) logica schuil over de werking en de verwachte opbrengst van de zorginkoop van erkende gedragsinterventies voor de GBM door een landelijke zorginkooporganisatie. Een dergelijke beleidslogica is geen wetenschappelijke theorie, maar een logische opeenvolging van activiteiten, output en outcomes en de randvoorwaarden waaraan moet worden voldaan. Beleidslogica's zijn meestal niet expliciet als zodanig beschreven: het belang van allerlei projecten, programma's en interventies wordt vaak als vanzelfsprekend neergezet. Als de logica niet deugt, bestaat echter het risico dat het beleid berust op een verkeerd getekende 'kaart' van de werkelijkheid, met een grote kans op falen. Om de pilot Zorginkoop GBM goed te kunnen evalueren, is daarom de impliciete beleidslogica expliciet gemaakt. We beperken ons tot een beperkte reconstructie van de beleidslogica. Belangrijk punt daarbij is - zoals in de inleiding aangegeven - dat het tekort aan zorgaanbod slechts één van de knelpunten is bij de implementatie van de GBM.

Noot 11 Een volledige weergave van bestudeerde documenten is te vinden in bijlage 3.

Noot 12 De werkzaamheden van de landelijke projectgroep GBM zijn per 1 januari 2011 beëindigd. De projectgroep was ingesteld voor de periode van de implementatie van de GBM. Per 1 januari 2011 heeft ook de projectgroep implementatie gedragsmaatregel bij het ministerie van Veiligheid en Justitie hun werkzaamheden beëindigd (zie ook hoofdstuk 5).

De beleidslogica van de pilot Zorginkoop GBM

De beleidslogica wat betreft de pilot Zorginkoop GBM gaat er vanuit dat de zorginkoop van erkende gedragsinterventies voor de GBM leidt tot een landelijke dekkend aanbod van erkende interventies die tijdig beschikbaar zijn, wat zal leiden tot een groter aantal opgelegde GBM maatregelen. In het onderstaand schema is dit opgesplitst in activiteiten, output en outcome.



Bron: DSP-groep

Hieronder gaan we dieper in op de onderdelen en paden in het schema: de voorwaarden waaraan voldaan moet worden en welke activiteiten van de verschillende ketenpartners worden verwacht.

Gecoördineerde zorginkoop erkende gedragsinterventies

Inkoop vier erkende interventies

Er is in de pilot Zorginkoop GBM gekozen voor de inkoop van vier erkende gedragsinterventies, die gericht zijn op het verminderen van recidive (zie 5.2 indeling in segmenten):

- Functional Family Therapy (FFT);
- Multi System Therapy (MST);
- Multi Dimensional Therapy (MDFT).

Nieuwe Perspectieven bij Terugkeer (NPT). Het gaat hier om erkende gedragsinterventies die geschikt zijn voor een doelgroep met een matig en hoog recidive risico. Voor de beschrijving van de interventies naar doel, doelgroep, wijze van behandeling verwijzen we naar bijlage 3. Een van de belangrijkste redenen om te kiezen voor deze erkende interventies ligt in de achterliggende

doelstelling van het ministerie van Veiligheid en Justitie, namelijk het verminderen van recidive van jeugdige delinquenten¹³.

De reden waarom het departement alleen deze vier interventies wilde inkopen komt voort uit de wens van het programma Aanpak Jeugdcriminaliteit om voor de GBM alleen te werken met de (voorlopig) erkende gedragsinterventies. Met de keuze voor de inkoop van erkende gedragsinterventies voor de GBM is hierop een voorschot genomen. (Omdat in 2009 het beschikbare pakket aan erkende interventies nog beperkt was is daaraan toegevoegd dat ook gedragsinterventies waarvoor in 2009 nog een erkenning wordt aangevraagd ook kunnen worden ingekocht, zie hoofdstuk 3 en 4).

Voorafgaand aan de inkoop van de vier erkende gedragsinterventies is door Significant in samenwerking met Boer en Croon een overzicht gemaakt van het aanbod van de vier erkende interventies in de verschillende arrondissementen. Om te voldoen aan de Europese aanbestedingsnormen is het aanbod door DForZo –na consultatie van de ketenpartners - ingedeeld in vier segmenten op basis van de vier erkende gedragsinterventies die voor de doelgroep GBM geschikt werden geacht, omdat het binnen een aanbestedingskader niet mogelijk is om ‘merken’ in te kopen (zie verder in 4.1 en 5.2).

Vanaf de beginperiode bestaat echter wel het misverstand dat in het kader van de GBM alleen erkende gedragsinterventies konden worden ingezet¹⁴.

Zorginkoopmodel

In opdracht van het ministerie van Veiligheid en Justitie heeft Boer en Croon samen met Significant drie zorginkoopmodellen uitgewerkt:

- 1 Een model met een op zichzelf staande onafhankelijke inkooprelatie d.w.z. het kerndepartement voert zelf de inkoop uit.
- 2 Een model gebaseerd op de bestaande praktijk bij volwassenen d.w.z. het ministerie van V&J stelt de uitgangspunten en doelstellingen vast voor de zorginkoop en besteedt de inkoop uit bij DForZo, het zogenaamde gecoördineerde inkoopmodel.
- 3 Een model gebaseerd op de huidige jeugdzorgpraktijk d.w.z. het ministerie van V&J stelt de uitgangspunten en doelstellingen vast voor de zorginkoop en besteedt deze vervolgens uit aan een partij in het toeleidingsproces van de GBM.

Noot 13 Het doel was de recidive te verminderen met 10% en in dat kader moeten gedragsinterventies die in strafrechtelijk kader aan de jeugdige worden aangeboden, worden beoordeeld en erkend door de Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie. In het plan van aanpak van de implementatie van de GBM wordt melding gemaakt van de verwachting dat in 2008 het definitieve pallet van justitieel erkende gedragsinterventies zal worden vastgesteld. De uitkomsten daarvan zouden betrokken worden bij het zoeken naar een oplossing voor financiering van een aantal zorgmodulen dat in 2008 nog vanuit de Zorgverkeringswet wordt gefinancierd (Plan aanpak Implementatie van de gedragsbeïnvloedende maatregel (april 2008). Intern document Ministerie van V&J).

Noot 14 In het Staatsblad 2008, 23. Artikel 4, derde lid, van het Besluit is wel bepaald dat alleen erkende gedragsinterventies van het programma deel uit kunnen maken. Dit onderdeel van het Besluit is echter nog niet in werking getreden. Dit betekent dat in het kader van de GBM ook andere zorgmodulen kunnen worden ingezet. In communicatie van het ministerie van V&J is dit later bijgesteld. Zo is in het najaar 2010 ook een publicatie verschenen over de mogelijkheid om residentiële zorg in een open setting in te zetten in het kader van de GBM. In de methodische handreiking GBM van Jeugdzorg Nederland (2011) staat aangegeven dat de GBM bij voorkeur een erkende interventie moet omvatten.

Vooraf zijn in samenspraak met de ketenpartners (Ministerie van V&J, Raad, NIFP, IPO, MO-groep en DForZo en de vier licentiehouders van FFT, MST, MDFT en NPT) de voorwaarden waaraan het inkoopmodel moest voldoen geformuleerd:

- 1 Toezicht en sturing door het kerndepartement moet mogelijk zijn zodat zij haar verantwoordelijkheid kan delegeren.
- 2 Het inkoopmodel dient optimaal aan te sluiten bij bestaande inkooprelaties en contractvormen.
- 3 Het inkoopmodel dient pragmatisch en snel te zijn, gericht op tijdelijkheid en zonder bureaucratie.
- 4 Het inkoop model moet aansluiten bij de werkwijze van BJZ.
- 5 Het inkoopmodel moet landelijke beheersing van het budget mogelijk maken.
- 6 Het inkoopmodel dient een optimale slagingskans te hebben gezien het strategisch belang van de resultaten van inkoop voor de GBM.

Het gecoördineerde zorginkoopmodel waarbij de inkoop wordt uitbesteed aan DForZo kwam als voorkeursmodel uit de bus. Dit model voldoet van de drie onderzochte modellen het meest aan alle vooraf geformuleerde randvoorwaarden¹⁵. In dit gecoördineerde zorgmodel is DForZo primair verantwoordelijk voor de inkoop (Boer & Croon, 2009)¹⁶.

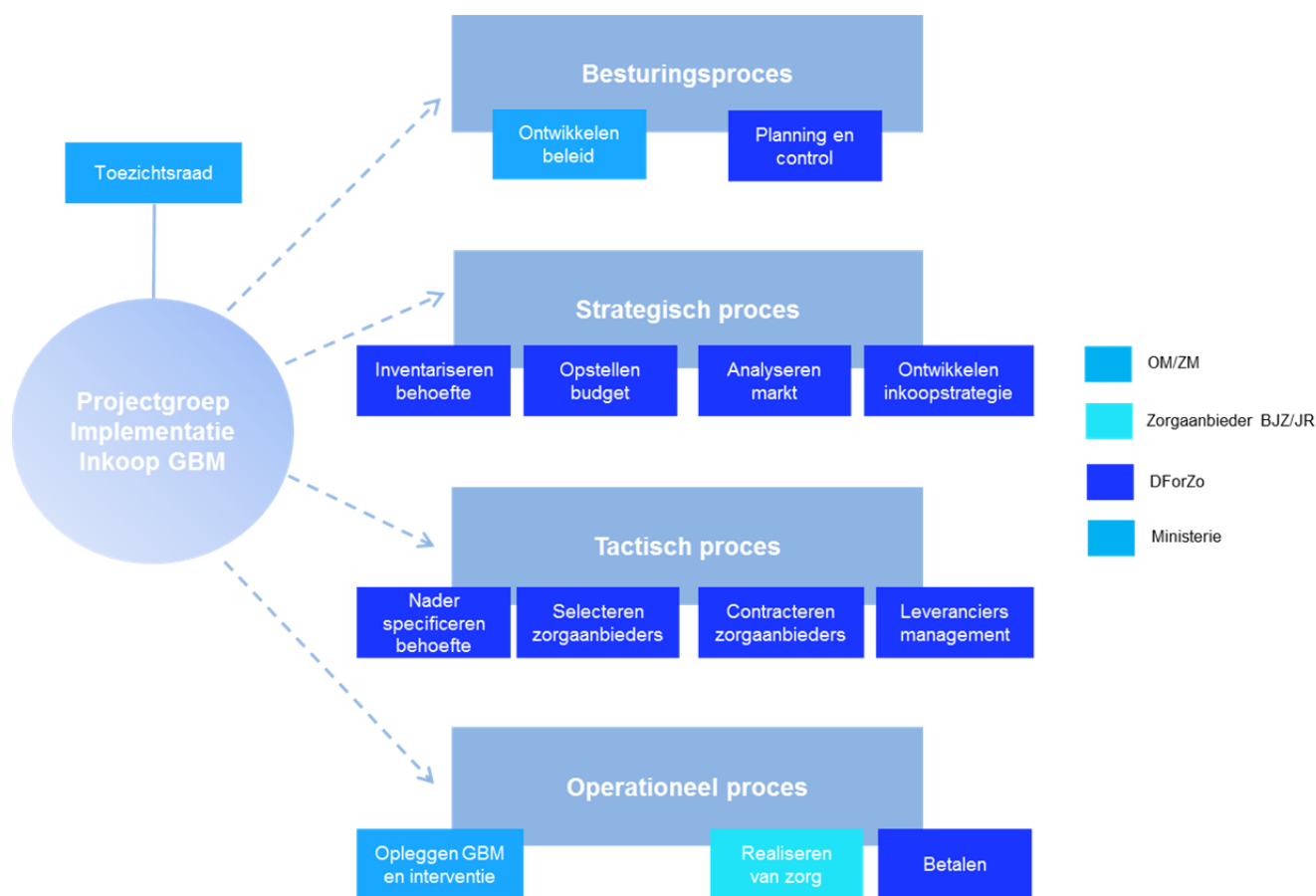
Er is sprake van gecoördineerde inkoop omdat verschillende organisaties uit de jeugdzorg en de justitiële keten een belangrijk invloed uitoefenen op de inrichting en uitvoering van de inkoopfunctie. Er wordt expliciet op basis van vastgelegde verantwoordelijkheden bij de inkoop rekening gehouden met de wensen en behoeften van deze ketenpartners zoals de Raad, BJZ, OM en ZM.

Het gekozen inkoopmodel moest, vanwege enerzijds de noodzaak tot snelle implementatie van de inkoop en de beschikbaarheid van de interventies en anderzijds de relatief kleine omvang van het in te kopen volume, snel en zonder veel bureaucratie operationeel worden. De keuze voor het gecoördineerde model is mede ingegeven vanuit het strategische belang hoe in de toekomst om te gaan met inkoop van zorg voor jeugdigen met een strafrechtelijke titel. Door de inkoop te beleggen bij DForZo in de vorm van een pilot kan gedurende 2 jaar ervaring worden opgedaan met de inkoop van zorg in het strafrechtelijke kader voor jeugdigen.

De taken en verantwoordelijkheden van DForZo, het kerndepartement van het ministerie van V&J en de ketenpartners zijn in onderstaande figuur weergegeven.

Noot 15 Randvoorwaarden: sturing en toezicht op verantwoordelijkheid, optimale aansluiting bij bestaande inkooprelaties en contractvormen, pragmatisch, snel, gericht op tijdelijkheid en zonder bureaucratie (deels), aansluiten bij de werkwijze van BJZ, landelijke beheersing van het budget, optimale slagkans (deels).

Noot 16 Boer & Croon (2009). Inkoop gedragsinterventies voor de gedragsbeïnvloedende maatregel. Amsterdam: Boer & Croon.



In dit gecoördineerde inkoopmodel worden de taken en verantwoordelijkheden ten aanzien van de inkoopprocessen als volgt vorm gegeven (Boer & Croon, 2009):

- **Besturingsproces**
Het kerndepartement is eindverantwoordelijk voor het inkoopbeleid.
DForZo stelt het inkoopbeleid op met behulp van inhoudelijke expertise uit de Landelijke Projectgroep GBM.
DForZo en Kerndepartement stellen gezamenlijk de informatiebehoefte vast rondom de Planning en Control.
- **Strategische Inkoopproces**
De uitvoering en besluitvorming gebeurt door DForZo.
DForZo voert de marktanalyses uit en bepaalt de inkoopstrategie.
De jeugdreclassering, Raad voor de Kinderbescherming, OM/ZM en het kerndepartement leveren input voor de activiteiten door deelname aan het inkoopteam of via regelmatige consultatie als Projectgroep.
- **Tactische inkoopprocessen (contracteercyclus)**
De uitvoering en besluitvorming vindt plaats door DForZo.
De Projectgroep levert input voor bijvoorbeeld de te stellen specificaties, selectie en gunningscriteria en contracten door deelname aan het inkoopteam of via consultatie als Projectgroep.

- **Operationele inkoopprocessen**

Het vonnis wordt opgelegd door de rechter.

De jeugdreclassering is verantwoordelijk voor de plaatsing van de jeugdige bij de zorgaanbieders.

De jeugdreclassering roept de zorg af (d.w.z. bepaalt welke zorg nodig is en welke zorgaanbieder die moet bieden) binnen de door DForZo gesloten contracten.

De zorgaanbieder levert de gedragsinterventies.

DForZo is verantwoordelijk voor de betalingen en volgt de afroep van zorg en daarmee de budgetuitnutting.

Voor de inrichting en uitvoering van de volledige inkoopfunctie van de gedragsinterventies spelen dus de verschillende organisaties in de justitiële keten en de jeugdzorg een rol. Daarom wordt expliciet bij de inkoop rekening gehouden met de wensen en behoeften van de relevante ketenpartners. In het oorspronkelijke model was het de bedoeling om de ketenpartners uit te nodigen om deel te nemen aan een Projectgroep Implementatie Inkoop GBM. Bij de realisatie van de pilot is echter geen aparte Projectgroep voor implementatie zorginkoop GBM opgezet maar is deze taak belegd bij de reeds bestaande landelijke projectgroep GBM. Deze is in januari 2011 opgeheven (zie ook hoofdstuk 5).

Realiseren van een landelijk dekkend aanbod

De opdracht die DForZo heeft meegekregen van het ministerie van V&J voor de zorginkoop van de vier erkende gedragsinterventies was het realiseren van een landelijk dekkend aanbod van deze interventies. De interventies moeten beschikbaar zijn voor jeugdigen in alle arrondissementen. Omdat het in alle vier de gevallen gaat om ambulante interventies en in drie van de vier gevallen om interventies waarbij het gezin van de jeugdige betrokken wordt, zijn er beperkingen aan de reistijd die een jeugdige/gezin c.q. werker moet afleggen voor de behandeling. Dit betekent dat in elk arrondissement minimaal één zorgaanbieder de desbetreffende interventie moet aanbieden. Daarnaast is het van belang dat de interventie kan worden gestart binnen 30 dagen na het vonnis.

Kennis verspreiden over (beschikbaarheid) van erkende interventies

Zoals eerder aangegeven is de beschikbaarheid van interventies slechts een van de factoren die nodig zijn om meer GBM te kunnen opleggen. Het realiseren van een landelijk dekkend aanbod draagt slechts deels bij aan het succes van de GBM. Het toeleidingsproces, dat uitmondt in het vonnis van een GBM, is cruciaal. Dit proces, dat de vraag naar gedragsinterventies bepaalt, vormt feitelijk de start van het inkoopproces. De verschillende ketenpartners moeten kennis hebben over de erkende gedragsinterventies en de beschikbaarheid van de interventies. Daarnaast is de samenwerking en afstemming tussen de ketenpartners doorslaggevend.

Binnen het zorginkoopmodel is de rol van kennisverspreiding over de beschikbaarheid van de erkende interventies neergelegd bij de Landelijke Projectgroep GBM. DForZo en het kerndepartement koppelen de resultaten van de zorginkoop terug aan de projectgroep. Zij hebben de verantwoordelijkheid in het kader van de implementatie van de GBM om de informatie binnen hun organisatie verder te verspreiden. Daarnaast hebben de zorgaanbieders (en de licentiehouders van de erkende interventies) de verantwoordelijkheid om hun aanbod kenbaar te maken bij de regionale ketenpartners.

Stimuleren gebruik erkende gedragsinterventies

Door de inkoop van de erkende gedragsinterventies wordt beoogd om het gebruik van de erkende gedragsinterventies – ook in andere kaders dan de GBM – te stimuleren. Omdat zorgaanbieders meer ervaring en kennis krijgen over en met het uitvoeren van de erkende interventies kunnen de interventies ook in andere kaders meer worden gebruikt. Voorwaarde hierbij is dat de Raad en de jeugdreclassering vaker één van de erkende gedragsinterventies binnen een GBM adviseren.

Adviseren, vorderen en opleggen van GBM

Zoals eerder aangegeven is het toeleidingsproces naar de GBM cruciaal in het meer opleggen van GBM. De veronderstelling is dat door het realiseren van een landelijk dekkend aanbod van erkende interventies voor de GBM, die tijdig beschikbaar zijn en het verspreiden van kennis over (de beschikbaarheid van) deze interventies en het opbouwen van meer ervaring met het uitvoeren van deze interventies er meer GBM worden geadviseerd. Dit gebeurt op basis van het onderzoek van de Raad en/of NIFP en het haalbaarheidsonderzoek van de jeugdreclassering. Verondersteld wordt dat er vervolgens meer GBM worden gevorderd door het OM en meer GBM worden opgelegd door de rechter.

3.2 Zorginkoop: theoretische overwegingen en het MSU+ model

Het is niet alleen van belang om te kijken of de gecoördineerde zorginkoop zoals beschreven in 3.1. wordt uitgevoerd conform het plan, maar ook om te toetsen of de zorginkoop voor de GBM voldoet aan theoretische voorwaarden voor goede zorginkoop. Dit is een randvoorwaarde om aan de doelstelling: realiseren van een landelijk dekkend aanbod te kunnen voldoen.

Zorg wordt in Nederland al langere tijd ingekocht, maar door strikte wet- en regelgeving is deze inkoop nooit echt geprofessionaliseerd. Sinds een decennium verandert de inkoop van zorg, waardoor zorginkoop zich ontwikkelt richting een (eigen) professie. Hierbij wordt uiteraard aansluiting gezocht bij de bestaande inkooptheorie. Maar: zorginkoop (een verzekeraar of overheid die voor zorgconsumenten behandelingen inkoopt) verschilt van reguliere inkoop (bijvoorbeeld: een bedrijf dat voor zichzelf grondstoffen of schoonmaakdiensten inkoopt).

Significant (2008) noemt de volgende verschillen¹⁷:

- In de zorgsector heeft degene die bestelt in de regel veel meer keuzevrijheid voor de leverancier dan in de reguliere inkoop (bijvoorbeeld bij de inkoop van goederen en schoonmaak), waarbij veelal alleen uit gecontracteerde leveranciers kan worden gekozen.
- Zorginkopers hebben ook te maken met een maatschappelijk belang dat dient te worden behartigd.
- Een belangrijke rol van de wetgever en toezichthouders (vanwege het publieke belang), en een – daarmee samenhangende – nog steeds gereguleerde situatie, waarin prijsplafonds, budgetafspraken en vrije tarieven door elkaar heen lopen.
- Marktwerking langs drie assen (zorgverzekeringsmarkt, zorginkoopmarkt en zorgverlenersmarkt), die elkaar beïnvloeden.
- Veel zorgaanbieders met wie zaken moeten worden gedaan, vanwege de spreiding van de verzekerden.
- Invloed van koepels en belangenverenigingen.

Noot 17 Zorginkoop heeft de toekomst. Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, 2008.

Uit deze zes verschillen komt naar voren dat zorginkoop complexer is dan reguliere inkoop door het bedrijfsleven. Het aantal belanghebbenden is groter en door het publieke belang is bovendien sprake van een grotere mate van regulering. Door deze verschillen ziet een goed inkoopproces voor zorg er anders uit dan een goed inkoopproces in het bedrijfsleven. Een keuze voor een inkooptheorie met een focus op publieke inkoop ligt om deze reden voor de hand.

Het onderzoeksprogramma Purchasing Excellence Publiek (PEP) heeft geleid tot het MSU+ model, welke specifiek is ontwikkeld voor de publieke inkooptaak. Bij de inkoop van gedragsinterventies voor de GBM is namelijk sprake van inkoop door een overheid in het publieke maatschappelijke domein. Wij hebben het MSU+ model gekozen als toetsingskader voor de inkoop door DForzo. Het MSU model is een inkoopmodel waarmee inkooporganisaties met elkaar vergeleken kunnen worden. MSU staat voor Michigan State University. De '+' van MSU+ is een Nederlandse aanvulling op het inkoopmodel door het programma 'Purchasing Excellence Publiek (PEP)¹⁸. Het programma PEP is opgezet en uitgevoerd door de Nederlandse Vereniging voor Inkoopmanagement (NEVI) en de Projectdirectie Professioneel Inkopen en Aanbesteden (PIA) van het Ministerie van Economische Zaken.

Het MSU+ model beschrijft acht strategische processen voor de inkoopfunctie en zes voor de ondersteunende processen. Ieder proces heeft tien volwassenheidsniveaus (van niveau 0 tot en met niveau 10). Met behulp van de daarbij behorende criteria zijn auditors in staat de inkooporganisatie te meten. Tijdens de analyse wordt het huidige inkoopvolwassenheidsniveau van de inkoopfunctie van de aanbestedende dienst bepaald en vergeleken met het te bepalen ambitieniveau.

Het MSU+ model stelt dat de volgende strategische processen alle goede mate van professionaliteit of ontwikkelingsniveau moeten hebben:

- 1 Nemen van een besluit over inbesteden (zelf doen) of uitbesteden
- 2 Ontwikkelen van een strategie per inkooppakket
- 3 Optimaliseren van het leveranciersbestand
- 4 Ontwikkelen en managen van de leveranciersrelatie
- 5 Optimaliseren van product-/procesinnovatie en -ontwikkeling
- 6 Integratie van leveranciers in het orderrealisatieproces
- 7 Het verbeteren van de leveranciersprestaties en het bewaken en vergroten van de kwaliteit
- 8 Strategisch kostenmanagement

Naast de strategische processen zijn de volgende ondersteunende processen van belang voor effectieve en doelmatige inkoop voor publieke doelen:

- 1 Vaststellen van plannen en beleid voor inkoop
- 2 Inrichting van de inkooporganisatie
- 3 Ontwikkelen van inkoopprocedures
- 4 Prestatie-indicatoren voor Inkoop
- 5 Informatietechnologie voor Inkoop
- 6 Human Resource Management (HRM)

Noot 18 Stuurgroep PEP, "Purchasing Excellence Publiek MSU+ model", 2007-2008, NEVI, PIA.

Het MSU+ model is zeker bruikbaar voor de inrichting of beoordeling van inkoopprocessen, maar heeft - ondanks de vertaling naar het publieke domein - onmiskenbaar nog de basis van een regulier inkoopproces, dus van goederen in de maakindustrie. Om deze reden hanteren wij het model niet met als doel het volwassenheidsniveau vast te stellen, maar beperken wij ons tot het beoordelen of en hoe de strategische en ondersteunende processen plaatsvinden en geven we in hoofdstuk vijf ook een beschrijving van hoe deze processen in het kader van de inkooppilot GBM plaatsvinden.

3.3 Toetsingskader

Op basis van de theorie over zorginkoop en de beleidslogica komen we tot het volgende toetsingskader voor de pilot Zorginkoop GBM. De criteria uit het MSU+ model hebben we geherformuleerd zodat ze relevant zijn voor de situatie van de zorginkoop voor de GBM.

Activiteit	Actor	Criterium
Voorwaarde erkende interventies		
Erkende gedragsinterventies zijn onderdeel van de GBM	Raad/NIFP jeugdreclassering OM ZM	De Raad/NIFP nemen erkende gedragsinterventies op (in het merendeel van) de adviezen GBM op basis van het haalbaarheidsonderzoek van de jeugdreclassering. Het OM neemt erkende gedragsinterventies op (in het merendeel van) de eisen GBM. De rechter neemt erkende gedragsinterventies op in (het merendeel van) de vonnissen GBM.
Gecoördineerde zorginkoop conform model		
De inkoop wordt uitgevoerd conform het gecoördineerd zorginkoopmodel	kerndepartement DForZo Landelijke Projectgroep GBM Regionale ketenpartners	De taken en verantwoordelijkheden ten aanzien van de inkoopprocessen worden vormgegeven zoals bedoeld, wat betreft het besturingsproces en de strategische, tactische en operationele inkoopprocessen.
Criteria goede zorginkoop		
Besluit: inbesteden of uitbesteden?	kerndepartement	De keuze voor het beleggen van de inkoopfunctie bij DForZo is bewust gemaakt, alternatieven zijn overwogen.
Inkoopstrategie per segment	DForZo	De in te kopen zorg is verdeeld in pakketten, per segment is een inkoopstrategie opgesteld.
Optimaliseren leveranciersbestand	DForZo	Per arrondissement is minimaal een zorgaanbieder gecontracteerd binnen de vier segmenten
Managen leveranciersrelatie	DForZo	Er wordt actief contact gezocht en onderhouden met zorgaanbieders. De relatie met de leveranciers overstijgt duidelijk de juridische dimensie van het inkoopcontract.
Product- en procesinnovatie	Landelijke Projectgroep GBM Kerndepartement	Gekozen voor de inkoop van bewezen effectieve interventies. Tevens wordt onderzoek gedaan naar de effectiviteit.
Integratie van orderrealisatieproces	Kerndepartement DForZo Landelijke Projectgroep GBM	De juridische en logistieke belemmeringen in het proces van GBM oplegging en uitvoering worden actief gemonitord en zo mogelijk opgelost of verminderd.
Prestatie- en kwaliteitsverbetering	DForZo	De prestaties van zorgaanbieders worden gemeten en er wordt gestuurd op het verbeteren van deze prestaties.

Strategisch kostenmanagement	Kerndepartement/DForZo	De kosten van de inkoop zijn inzichtelijk en worden beheerst.
Vaststellen inkoopplannen en -beleid	Kerndepartement/DForZo	Het is duidelijk wat er moet worden ingekocht, voor wie en bij wie. Er is voldoende kennis van product, afnemer en leveranciers
Inrichting de inkooporganisatie	DForZo	De inkoop wordt uitgevoerd door een professionele inkooporganisatie, op basis van een duidelijke inkoopopdracht met duidelijke inkoopdoelen.
Ontwikkelen inkoopprocedures	DForZo	Er zijn duidelijke inkoopprocedures opgesteld, die leiden tot een ordentelijk proces.
Prestatie-indicatoren voor Inkoop	Kerndepartement DForZo	Het behalen van de inkoopdoelen is meetbaar gemaakt, zodat het succes van de inkoop kan worden vastgesteld en verbeteringen in het inkoopproces kunnen worden doorgevoerd.
Informatietechnologie voor Inkoop	DForZo	Het inkoopproces wordt met een ICT systeem ondersteund, zodat bijvoorbeeld de monitoring van leveranciersprestaties goed kan plaatsvinden.
Human Resource Management (HRM)	DForZo	De inkoop wordt uitgevoerd door professionele inkopers.
Kennisverspreiding (beschikbaarheid) erkende gedragsinterventies		
Kennisverspreiding over (beschikbaarheid) erkende interventies	Zorgaanbieders (licentiehouders erkende interventies) Landelijke Projectgroep GBM	Zorgaanbieders (en licentiehouders erkende interventies) verspreiden kennis zodat jeugdreclassering, Raad en NIFP weten welke interventies beschikbaar zijn in de regio. Projectgroep verspreidt kennis over het beschikbaar aanbod binnen hun organisatie.
Stimuleren gebruik erkende interventies	Raad jeugdreclassering NIFP	Er wordt meer gebruik gemaakt van erkende interventies in alle strafrechtelijke kaders.
Output		
Er is een landelijk dekkend aanbod van interventies in de vier onderscheiden segmenten	DForZo zorgaanbieders	In alle arrondissementen is per segment minimaal een zorgaanbieder gecontracteerd.
Er worden meer GBM opgelegd (met erkende interventies)		Het aantal opgelegde GBM (met erkende interventies is toegenomen).

4 De feiten: aanbod, gebruik, adviezen en opleggingen

In dit hoofdstuk bespreken we de output volgens de criteria in het toetsingskader uit het vorige hoofdstuk. We beschrijven het beschikbaar aanbod aan erkende interventies in 2011, het gebruik van de interventies in het kader van de GBM, de GBM adviezen van de Raad en de mate waarin erkende interventies worden opgenomen in die adviezen, het aantal opgelegde en uitgevoerde GBM. We baseren ons hierbij op de informatie uit registratiegegevens van DForZo, de Raad, Jeugdzorg Nederland en het OM, en het dossieronderzoek en de interviews met ketenpartners in de geselecteerde regio's.

4.1 Beschikbaar aanbod interventies

Beschikbaar aanbod voor de pilot

Voorafgaand aan de inkoop van de vier erkende gedragsinterventies is door Significant in samenwerking met Boer en Croon een overzicht gemaakt van het aanbod van de vier erkende interventies in de verschillende arrondissementen (zie tabel 4.1). Om te voldoen aan de Europese aanbestedingsnormen is het aanbod ingedeeld in vier segmenten op basis van de vier erkende gedragsinterventies die voor de doelgroep GBM geschikt werden geacht (voor overwegingen zie 5.2). Voor elk segment is een functionele omschrijving gemaakt. .

De vier segmenten worden als volgt omschreven:

Segment 1

Functionele therapie gericht op het gezin, met als doel het voorkomen van strafrechtelijke recidive door het bereiken van een concrete gedragsverandering door jeugdige en gezinsleden en door het veranderen en versterken van de gezinsrelatie.

Een voorbeeld van een gedragsinterventie binnen dit segment is de gedragsinterventie Functional Family Therapie (FFT). Vergelijkbare gedragsinterventies kunnen binnen dit segment ook worden aangeboden.

Segment 2

Multi systemische therapie, met als doel het voorkomen van strafrechtelijke recidive door concrete gedragsverandering in de verschillende systemen die samen de omgeving bepalen waarin de jongere leeft. Deze gedragsverandering wordt bereikt door alle factoren die het probleemgedrag van de jongere in stand houden aan te pakken;

Een voorbeeld van een gedragsinterventie binnen dit segment is de gedragsinterventie Multi System Therapy (MST). Vergelijkbare gedragsinterventies kunnen binnen dit segment ook worden aangeboden.

Segment 3

Multi dimensionale gezinstherapie, met als doel het voorkomen van strafrechtelijke recidive van de jeugdige door concrete gedragsverandering en vaardigheidstraining (communicatie in het gezin, beter uiten en beheersen van emoties) door middel van het aanbieden van interventies in elk domein uit zijn of haar leven. De aanpak van de verslavingsproblematiek van de jeugdige neemt een centrale plaats in de behandeling.

Een voorbeeld van een gedragsinterventie binnen dit segment is de gedragsinterventie Multi Dimensional Family Therapy (MDFT). Vergelijkbare gedragsinterventies kunnen binnen dit segment ook worden aangeboden.

Segment 4

Cognitief-gedragsmatige begeleiding na vrijheidsbeneming voor jongeren en jongvolwassenen, gericht op de criminogene factor denkpatronen, vaardigheden en gedrag.

Een voorbeeld van een gedragsinterventie binnen dit segment is de gedragsinterventie Nieuw Perspectief bij Terugkeer (NPT). Vergelijkbare gedragsinterventies kunnen binnen dit segment ook worden aangeboden.

Bron: Handleiding Inkoop gedragsinterventies in de jeugdzorg in het kader van de gedragsbeïnvloedende maatregel. Directie Forensische Zorg DJI, augustus 2009.

In tabel 4.1 is de beschikbaarheid van aanbieders per arrondissement en per segment weergegeven.

- X = minimaal één zorgaanbieder voor betreffende aanbod. Voor betreft dit aanbieders die het betreffende aanbod in het arrondissement aanbieden. Na betreft dit aanbieders waarmee DForZo een contract heeft gesloten;
- - = geen zorgaanbieder in het arrondissement met betreffende aanbod. Na betekent dit dat er in het arrondissement geen contract is afgesloten door DForZo met een aanbieder over het betreffende aanbod.

Tabel 4.1
Bron:DForZo

Beschikbaarheid van aanbieders per arrondissement per segment

Arrondissement	Segment 1		Segment 2		Segment 3		Segment 4	
	Voor	Na	Voor	Na	Voor	Na	Voor Alleen NPT	Na NPT + alle andere interventies
Den Bosch	X	X	X	X	-	X	-	X
Breda	-	X	X	X	-	X	-	X
Maastricht	X	X	X	X	-	X	-	X
Roermond	-	X	X	X	-	X	-	X
Arnhem	X	X	X	X	-	X	-	X
Zutphen	X	X	-	X	-	X	-	X
Zwolle/Lelystad	-	X	-	X	-	X	-	X
Almelo	-	X	-	X	-	-	-	X
Den Haag	X	X	X	X	X	X	X	-
Rotterdam	X	X	X	X	-	X	-	X
Dordrecht	X	X	X	X	X	X	-	X
Middelburg	-	X	-	X	-	-	-	X
Amsterdam	X	X	X	X	X	X	X	X
Alkmaar	X	X	-	X	X	X	X	-
Haarlem	X	X	X	X	X	X	X	X
Utrecht	X	X	X	X	-	X	X	X
Leeuwarden	-	-	-	X	-	X	-	-
Groningen	X	-	X	X	-	X	-	-
Assen	X	-	X	X	X	-	-	-

Bron:

Voor: inventarisatie Significant en Boer & Croon ten behoeve van voorbereiding pilot zorginkoop

Na: registratie DForZo over gecontracteerde aanbieders

Uit de tabel is af te leiden dat er inderdaad voorafgaand aan de pilot zorginkoop geen landelijk dekkend aanbod is. Er zijn drie arrondissementen waar in 2009 in geen van de segmenten aanbod is, namelijk Leeuwarden, Almelo en Middelburg. Daarnaast zijn er drie arrondissementen met in elk geval een aanbieder in elk segment, namelijk Amsterdam, Haarlem en Den Haag. De aanname was dat doordat er geen landelijk dekkend aanbod was – de GBM niet optimaal benut werd als geschikte maatregel. Deze aanname wordt door enkele van de geïnterviewde teamleiders van de

Raad en jeugdreclassering in de geselecteerde regio's niet erkend. In twee regio's wordt gesteld dat er in 2009 geen tekort aan aanbod werd ervaren – ondanks dat het aanbod van de vier erkende interventies niet volledig beschikbaar was. Het ontbreken van aanbod was toen – en ook nu – geen reden om geen GBM te adviseren.

Beschikbaar aanbod in 2011: ingekochte interventies

Zoals eerder aangegeven is in 2009 een aanbestedingsprocedure gestart voor de inkoop van interventies in de vier onderscheiden segmenten.

Na de aanbestedingsprocedure voor 2010 is de stand van zaken opgemaakt. Omdat nog niet in alle arrondissementen minimaal een zorgaanbieder per segment was gecontracteerd heeft voor de segmenten 1, 2 en 4 eind 2010 een tweede aanbestedingsronde plaatsgevonden.

Er hebben dus twee inkooprondes plaatsgevonden: eind 2009 voor 2010 en eind 2010 voor 2011. De contracten die in 2010 zijn gesloten zijn stilzwijgend verlengd voor 2011 en 2012.

Het ministerie van V&J heeft er voor gekozen om een mantelcontract af te sluiten met aanbieders per segment. Dit om de landelijke beschikbaarheid verder te ontwikkelen en maximale flexibiliteit in te bouwen. Vanwege de complexiteit van het inschatten van de behoefte aan de interventies en de keuze van een mantelcontract, is er sprake van nul-urencontracten. Dit betekent dat het mogelijk is dat er gedurende de contractperiode geen interventies worden afgenomen bij een aanbieder waarmee wel een mantelcontract is afgesloten. Momenteel heeft DForZo nul-urencontracten afgesloten met 36 zorgaanbieders voor 10 interventies (zie bijlage 4 voor de aanbieders en de betreffende interventies).

Tabel 4.2 geeft een overzicht van de ingekochte interventies per segment weer. Met name in de aanbestedingsronde voor 2011 zijn in segment 4 meer verschillende interventies ingekocht. In 2010 was dit nog met name Nieuwe Perspectieven bij Terugkeer NPT – de interventie die als voorbeeld werd gegeven in de omschrijving van segment 4 (en agressieregulatie training: ART). In 2011 hebben aanbieders ook geoffreerd voor andere interventies die onder de beschrijving van dit segment vallen. De reden waarom breder is geoffreerd en ingekocht is ons niet bekend.

Tabel 4.2
Bron:
registratie DForZo,
zorgaanbieders

Ingekochte interventies per segment

Segment	Interventie	Aantal aanbieders
1	FFT	9
2	MST	7
3	MDFT	15 ¹⁹
4	NPT	7
	ART	3 of 4
	In Control	2
	Buitenprogramma Workwise	4
	Brains4use	1
	Leren van Delict	1
	Ouders van Tegendraadse Jeugd	1

Overigens is tevens een aantal offertes afgewezen. Dit betrof vooral interventies uit segment 4. Zo is bijvoorbeeld Tools4U afgewezen met als motivatie dat het te licht is voor de doelgroep. Uit het overzicht van DForZo is echter niet altijd duidelijk om welke interventies het gaat.

De verdeling van het aanbod per segment per arrondissement is weergegeven in tabel 4.1 (zie boven). Zoals uit tabel 4.1 is af te leiden is het niet gelukt om voor de vier segmenten in alle arrondissementen minimaal één zorgaanbieder te contracteren:

- In Almelo en Middelburg ontbreekt aanbod in segment 3 (MDFT)
- In Den Haag en Alkmaar ontbreekt aanbod in segment 4 (cognitief gedragsmatige begeleiding)
- In Leeuwarden en Groningen ontbreekt aanbod in segment 1 en 4 (FFT en cognitief gedragsmatige begeleiding)
- In Assen ontbreekt aanbod in segment 1, 2 en 4. (FFT, MST en cognitief gedragsmatige begeleiding)

Overigens geven meerdere zorgaanbieders in de interviews aan dat zij wel in de aanbesteding hebben aangegeven een aanbod te hebben in de betreffende arrondissementen maar niet het hele arrondissement te kunnen bedienen. Er is sprake van een maximale reistijd van gezinnen en/of behandelaars. Een voorbeeld daarvan is FFT; bij deze interventie moeten cliënten naar de locatie van de aanbieder komen. Eén van de geïnterviewde zorgaanbieders houdt een straal van ongeveer 30 minuten van de poli aan.

Tevens geven sommige aanbieders aan dat zij in de aanbesteding hebben aangeboden om in een bepaald arrondissement (buiten hun reguliere werkgebied) een interventie aan te kunnen bieden.

Noot 19 Volgens de informatie van DForZo biedt één aanbieder MDFT, uit hun eigen gegevens komt dit niet naar voren.

Dit vanuit de veronderstelling dat er meer GBM zouden worden opgelegd, waardoor de aanbieder in een betreffende arrondissement voldoende volume had om daar een team op te zetten of een behandelaar te detacheren (bijvoorbeeld bij de aanbesteding van Buitenprogramma Work Wise heeft een zorgaanbieder aangegeven de interventie ook in een andere regio - buiten het gebruikelijke werkgebied - te kunnen aanbieden). Door de tegenvallende aantal GBM is dit niet gelukt. Dit geldt waarschijnlijk voor meerdere interventies in segment 4.

Verder bleek in de interviews met zorgaanbieders in de geselecteerde regio's dat sommige zorgaanbieders in de loop van de pilot gestopt zijn met het aanbod vanwege een tegenvallend aantal GBM. Zo heeft bijvoorbeeld een zorgaanbieder na honorering van de offerte voor NPT na een intern onderzoek besloten om niet door te gaan met het aanbod omdat het bedrijfsrisico te groot was. Er werden te weinig GBM opgelegd en omdat er al een andere aanbieder in de regio ook voor hetzelfde aanbod een contract had. Recent heeft ook bijvoorbeeld een zorgaanbieder (provincie Overijssel) besloten om het MST-team dat speciaal is opgezet voor de uitvoering van de GBM stop te zetten vanwege het tegenvallend aantal GBM. Bij het opzetten van het team was de verwachting ongeveer 8 MST op jaarbasis in het kader van de GBM. In de totale periode van de pilot zijn slechts twee interventies uitgevoerd. Omdat ook het aantal MST in ander kader (gefinancierd door de zorgverzekeraar, zie ook hoofdstuk 5) laag is, kan het team niet blijven bestaan.

Verder bleek in de interviews met de jeugdreclassering uit twee regio's dat de erkende interventies ook worden aangeboden door zorgaanbieders in het arrondissement die geen contract hebben gesloten met DForZo. Het is niet bekend waarom deze aanbieders geen offerte hebben ingediend. Dit kan in meerdere arrondissementen het geval zijn en verklaart ook waarom in sommige arrondissementen voor de zorgpilot wel een kruisje (aanbod) in de tabellen is weergegeven en na de pilot niet.

De landelijke dekking op basis van de contracten met DForZo zoals weergegeven in de tabel 4.1, is dus een theoretische dekking op basis van de contracten en eigenlijk achterhaald. Op dit moment is er geen sprake van landelijke dekking voor de segmenten.

4.2 Aantal adviezen, opleggingen en uitvoeringen GBM

Het toeleidingsproces van de GBM loopt zoals eerder aangegeven (zie hoofdstuk 1) via een USO-GBM onderzoek (waarin wordt nagegaan of de problematiek past bij een GBM kader) door de Raad (en/of een persoonlijkheidsonderzoek door het NIFP) tot een strafadvies voor een GBM, een vordering GBM door het OM naar oplegging van de GBM door de kinderrechter.

In deze paragraaf geven we cijfers weer over het aantal USO-GBM onderzoeken door de Raad, het aantal GBM adviezen door de Raad en het aantal opgelegde GBM door de rechter. Er zijn geen cijfers beschikbaar over het aantal gevorderde GBM door het OM. Als de GBM is opgelegd geeft de jeugdreclassering de zorgaanbieders opdracht voor de uitvoering van interventies in het kader van de GBM.

Om tot een advies GBM te komen laat de Raad tevens een haalbaarheidsonderzoek uitvoeren door de jeugdreclassering. De cijfers van Jeugdzorg Nederland over het aantal uitgevoerde haalbaarheidsonderzoeken en ook over het aantal uitgevoerde GBM bleken echter niet volledig

(niet in alle jaren hebben alle bureaus jeugdzorg de cijfers aangeleverd over alle kwartalen) en moeilijk vergelijkbaar met de cijfers uit de andere bronnen omdat een andere regio-indeling wordt gehanteerd. Deze cijfers zijn daarom niet opgenomen.

Tabel 4.3 Aantal USO-GBM onderzoeken, aantal adviezen GBM en aantal opgelegde GBM van 2009 tot en met 2011²⁰

Bron:
registratiegegevens
Raad, OM

	2009	2010	2011	Totaal
Aantal opgestarte USO-GBM onderzoeken (Raad)	242	351	247	840
Aantal adviezen GBM (Raad)	98	142	122	362
Aantal opgelegde GBM (rechter)	92	93	72	257

De cijfers in tabel 4.3 geven het landelijk beeld weer. Voor de cijfers op regionaal niveau verwijzen we naar bijlage 4. In de landelijke cijfers vallen de volgende zaken op:

- Na een toename van het aantal USO GBM in 2010 met 45% tot 351, is het aantal in 2011 gezakt naar het niveau van 2009.
- In 2009 en 2010 mondt 40% van de onderzoeken uit in een advies, in 2011 49%.
- Het aantal opgelegde GBM in 2009 en 2010 is gelijk en neemt af in 2011.
- Ten opzichte van het aantal adviezen is het aantal opgelegde GBM gedaald over de hele periode: in 2009 mondt 94% van de adviezen uit in een GBM, in 2010 66%, en in 2011 59%.

4.3 Erkende interventies in adviezen GBM

In deze paragraaf beschrijven we de erkende interventies en andere interventies die worden opgenomen in de adviezen van de Raad. Om inzicht te krijgen in de mate waarin de pilot zorginkoop mogelijk invloed heeft op het adviseren van een erkende gedragsinterventie voor de GBM is dossieronderzoek uitgevoerd bij 50 uitgebreide strafonderzoeken GBM (USO-GBM) van de Raad voor 2009 (voor start zorginkoop pilot GBM) en in 2011 (tijdens zorginkoop pilot). Voor uitgebreide informatie over het dossieronderzoek verwijzen we naar bijlage 5.

Erkende interventies in adviezen GBM

In 2009 is in 20 van de door ons onderzochte afgeronde GBM onderzoeken het onderzoek uitgemond in een GBM advies (40%). In 2011 is dit aantal nagenoeg gelijk. Er zijn dat jaar 22 van de door ons onderzochte GBM onderzoeken uitgemond in een GBM advies (44%). Deze percentages zijn vergelijkbaar met de percentages op basis van de landelijke registratiegegevens (zie paragraaf 4.2).

Noot 20 In 2008 zijn 30 USO-GBM onderzoeken uitgevoerd en 15 GBM opgelegd. We hebben geen informatie over het aantal adviezen GBM in 2008.

Tabel 4.4 Erkende interventies in de adviezen GBM door de Raad in 2009 en 2011

Bron:
dossieronderzoek
Raad

Jaar	Aantal adviezen	Aantal adviezen met erkende interventie	FFT	MST	MDFT	NPT	ART	MTFC
2009	20	8	2	3	1	1	0	1
2011	22	9	0	5	2	4	1	0

Verder is opmerkelijk dat het aantal GBM adviezen waarin een erkende interventies is opgenomen zowel in 2009 als 2011 ongeveer 40% bedraagt. Een aanname bij meerdere landelijke ketenpartners was/is, bleek uit de interviews, dat een GBM moet bestaan uit tenminste een van de erkende interventies.

In de meeste gevallen worden naast de erkende interventies ook een andere behandeling/modules geadviseerd (zie bijlage 5). De combinaties zijn divers, maar bestaan grotendeels uit een gezinsgerichte behandeling/begeleiding in combinatie met individuele behandeling/begeleiding van de jongere.

Niet erkende interventies in de GBM adviezen

Als geen van de erkende interventies wordt geadviseerd dan blijkt uit de dossiers uit het dossieronderzoek in 2009 en 2011 dat vooral ITB Harde Kern (of Criem) in combinatie met een behandeling bij een ggz-instelling of andere behandelaar wordt geadviseerd (zie bijlage 5). In 2009 wordt relatief vaak Equip geadviseerd. Equip is wel opgenomen in de databank van erkende interventies van het Nederlands Jeugd Instituut en heeft het stempel theoretisch goed onderbouwd, maar behoort niet tot de interventies die in het kader van pilot Zorginkoop GBM zijn ingekocht. Andere vormen van zorg worden ingezet omdat men die voor de betreffende jongere meer passend vindt, zoals een klinische opname (gesloten plekken om af te kicken) en ambulante begeleiding verslavingszorg en (ambulante) begeleiding ggz.

Overwegingen om de erkende interventies niet op te nemen in het advies

In het dossieronderzoek zijn we tevens nagegaan of in het USO-GBM onderzoek de erkende interventies gedurende het onderzoek wel zijn overwogen en wat redenen waren om de interventie dan niet te adviseren. De volgende redenen worden genoemd in de dossiers:

- De jongere/het gezin heeft de interventie of een vergelijkbare interventie al eerder gekregen.
- De interventie is al opgestart in het kader van voorlopige schorsing van de jeugdige en loopt goed.
- De jongere/het gezin is niet gemotiveerd.
- De interventie is niet geschikt voor de jongere/het gezin.
- De interventie kan niet worden opgelegd in strafrechtelijk kader vanwege de leeftijd van de jongere.
- De interventie is niet tijdig beschikbaar.
- De interventie is niet in de regio beschikbaar.

De twee laatst genoemde redenen zijn gevonden in slechts twee dossiers uit 2009. In 2011 wordt het niet (tijdig) beschikbaar zijn van een erkende interventie geen enkele keer als reden opgevoerd om geen GBM te adviseren.

Daarnaast vonden we in de dossiers ook dat de erkende interventies die in het kader van de GBM zijn ingekocht wel werden geadviseerd maar in een ander juridisch kader dan de GBM.

4.4 Gebruik erkende interventies

In deze paragraaf beschrijven we hoeveel erkende gedragsinterventies zijn gedeclareerd bij DForZo en hoeveel interventies zijn/worden uitgevoerd volgens zorgaanbieders.

Declaraties bij DForZo

Het aantal bij DForZo gedeclareerde interventies per januari 2012 is weergegeven in tabel 4.5.

Tabel 4.5 **Aantal gedeclareerde interventies tussen januari 2010 en 2012, aantal aanbieders met een contract en aantal, dat heeft gedeclareerd**
Bron: DForZo

Erkende gedragsinterventie	Aantal gedeclareerde gedragsinterventies 2010-jan. 2012	Aantal aanbieders met contract	Aantal aanbieders dat heeft gedeclareerd
FFT	11	9	1
MST	15	7	4
MDFT	3	15	3
NPT	15 of 16	7	3
Overige interventies	0	6	0
Totaal	45 of 46	36 unieke aanbieders	8

Het aantal gedeclareerde interventies tot en met januari 2012 is beperkt. Omdat de uitgevoerde trajecten pas bij DForZo worden gedeclareerd na afronding van een traject en een traject gemiddeld 9 maanden duurt, geven deze gegevens slechts een beeld van de afgeronde en gedeclareerde interventies.

Aantal uitgevoerde en lopende interventies volgens zorgaanbieders.

Om een beter zicht te krijgen op aantallen is tevens aan de zorgaanbieders gevraagd naar het aantal lopende (en afgesloten) interventies. Van de 36 aanbieders hebben 10 – ondanks herhaalde pogingen – geen informatie aangeleverd. Tabel 4.6 bevat een weergave van de aangeleverde informatie.

Tabel 4.6 **Aantal uitgevoerde interventies in 2010, 2011 en aantal lopende interventies volgens zorgaanbieders (n=26)**
Bron: Zorgaanbieders

Interventie	2010	2011	Lopend	Totaal
Segment1: FFT	1	5	0	6
Segment 2: MST	5	8	12	25
Segment 3: MDFT	3	3	3	9
Segment 4: NPT1	1	13	4	18
Totaal	10	29	19	58

* Alle andere gecontracteerde interventies in dit segment zijn in 2010 en 2011 niet uitgevoerd in het kader van de GBM. Er zijn ook geen van die interventies lopend in het kader van een GBM.

Ook uit de gegevens van de zorgaanbieders blijkt dat het aantal uitgevoerde interventies beperkt is. Enkele kanttekeningen zijn hierbij op zijn plaats:

- De cijfers van de zorgaanbieders en DForZo zijn niet één op één vergelijkbaar omdat het bij de zorgaanbieders tevens gaat om de lopende trajecten, maar ook omdat 10 zorgaanbieders geen informatie hebben aangeleverd.
- Bovendien blijken de cijfers per zorgaanbieder niet in overeenstemming: sommige zorgaanbieders geven aan meer trajecten te hebben uitgevoerd dan gedeclareerd en omgekeerd.
- Alle zorgaanbieders die bij DForZo gegevens hebben gedeclareerd, hebben wel gegevens aangeleverd. Het vermoeden is dat de andere zorgaanbieders die niet hebben gereageerd geen interventies hebben uitgevoerd in het kader van de GBM. Dit bleek ook bij de twee zorgaanbieders die zijn geïnterviewd in de geselecteerde regio's. (Dat zou betekenen dat we weinig informatie missen in tabel 4.6.)

In de enquête bij de 36 zorgaanbieders en in de interviews met dertien zorgaanbieders in de geselecteerde regio's is navraag gedaan over de declaraties bij andere partijen dan DForZo. Uit de interviews blijkt dat zeker in de aanvangsperiode bij sommige aanbieders de declaraties voor de uitgevoerde interventies in het kader van de GBM abusievelijk bij de zorgverzekeraar zijn gedeclareerd of via de provinciale jeugdzorg gedeclareerd (en dus ook betaald). Door het beperkte aantal was bij de aanvang de routing voor de administratie niet helder. *"Behandelaars weten wel in welk kader een gedragsinterventie wordt uitgevoerd, maar checken niet of de interventie bij DForZo wordt gedeclareerd"*, aldus een zorgaanbieder of was de routing was bij afwezigheid/vervanging op de administratie niet duidelijk. Daarnaast is er een aanbieder die aangeeft dat het niet lukt om de interventies in het kader van de GBM apart te factureren. Dit is technisch niet mogelijk. We kunnen concluderen dat het aantal erkende interventies dat in het kader van de GBM is uitgevoerd wel is toegenomen in 2011 en hoger is dat het aantal interventies dat bij DForZo gedeclareerd wordt, maar dat in absolute zin het aantal ingezette interventies zeer beperkt is.

Gebruik erkende interventies in ander dan GBM-kader

In tabel 4.7 is weergegeven hoeveel van de erkende interventies ook in een ander dan GBM-kader zijn uitgevoerd. Niet alle zorgaanbieders hebben hierover cijfers aangeleverd (zes niet).

Op de vraag naar het aantal lopende trajecten hebben sommige aanbieders de productieafspraken weergegeven en anderen het aantal lopende trajecten. Deze cijfers zijn daarom niet onderling vergelijkbaar. We hebben daarom de cijfers van het aantal lopende trajecten en de productieafspraken niet in de tabel opgenomen.

Acht zorgaanbieders hebben aangegeven geen van de ingekochte interventies in een ander kader aan te bieden. De twintig die dit wel doen, leveren gemiddeld 50 trajecten in een ander kader.

Tabel 4.7

Bron: Zorgaanbieders

Aantal uitgevoerde interventies in 2010, 2011 en aantal lopende interventies volgens zorgaanbieders in ander dan GBM-kader (n=20)

Interventie	2010 en 2011
Segment1: FFT	474
Segment 2: MST	168
Segment 3: MDFT	342
Segment 4: NPT1	71
Totaal	1055

4.5 Samenvatting en conclusies

Landelijk dekkend aanbod

Met betrekking tot het doel om landelijk dekkend aanbod van erkende interventies in vier segmenten te realiseren kunnen we de gegevens als volgt samenvatten:

- Niet in alle arrondissementen is per segment een zorgaanbieder gecontracteerd.
- Niet in alle arrondissementen wordt het hele arrondissement bediend.
- Sommige aanbieders zijn gestopt met de gecontracteerde interventie.
- Alleen MST is landelijk dekkend beschikbaar, maar ook hier niet in alle arrondissementen compleet dekkend.

Ondanks dat de pilot Zorginkoop GBM heeft geresulteerd in het vergroten van het aanbod, en dan vooral van MST en MDFT, is het niet gelukt om een landelijk dekkend aanbod te realiseren. Vooral in de arrondissementen waar geen aanbod was voor de pilot is dit niet gelukt. Ook is er niet in alle uithoeken van het arrondissement aanbod en het kan ook zijn dat er wel extra aanbod is gerealiseerd, maar dat dit inmiddels weer is stopgezet vanwege de geringe vraag.

De aanname dat een bredere beschikbaarheid van het aanbod van erkende gedragsinterventies leidt tot een toename van het aantal uitgebreide strafonderzoeken dat uitmondt in een advies GBM, wordt niet onderbouwd.

Erkende interventies in adviezen en gebruik van erkende interventies

Met betrekking tot de veronderstelling dat een landelijk dekkend aanbod van erkende interventies leidt tot het meer opnemen van erkende interventies in adviezen GBM, meer GBM worden geadviseerd en opgelegd, kunnen we uit de cijfers de volgende conclusies trekken:

- Volgens jeugdreclassering/Raad in sommige regio's is zelden een GBM niet geadviseerd omdat het geschikte aanbod niet beschikbaar was. Zij bestrijden daarmee de aanname dat het tekort aan aanbod één van de oorzaken is van een tegenvallend gebruik van de GBM.
- Ongeveer de helft van de USO GBM leidt tot een advies GBM door de Raad.
- De Raad/NIFP nemen erkende gedragsinterventies niet op in 60% van de adviezen GBM op basis van het haalbaarheidsonderzoek van de jeugdreclassering.
- Het aantal adviezen GBM dat uitmondt in opgelegde GBM neemt af van 94% in 2009 tot 59% in 2011.

- In 2010 en 2011 zijn 165 GBM opgelegd. Uit het dossieronderzoek blijkt dat bij 40% een erkende interventie onderdeel uitmaakt van het advies. Als we dit percentage toepassen op het totale aantal GBM komen we uit op (40% van 165 bedraagt) 66 maal een erkende interventie. Uitgangspunt hierbij is dat rechter als hij of zij het advies voor GBM overneemt ook het advies voor de erkende interventie overneemt.
- Uit de cijfers van de zorgaanbieders (voor zover aangeleverd) in combinatie met de gegevens van DForZo blijkt dat minimaal 66 erkende interventies zijn opgestart sinds 2010. Op basis van het vermoeden dat de zorgaanbieders die geen gegevens hebben aangeleverd verder niet voorkomen in de declaratiegegevens van DForZo schatten we dat dit aantal in werkelijkheid niet veel hoger is. Daarnaast komt het voor dat in een GBM meerdere erkende interventies zijn opgenomen. De schatting is dat in maximaal ongeveer de helft van de GBM minimaal één erkende interventie wordt uitgevoerd. Het aantal uitgevoerde erkende interventies in het kader van de GBM is hiermee beperkt.

5 De zorginkoop GBM in de praktijk

In dit hoofdstuk beschrijven we de uitvoering van de pilot zorginkoop in de praktijk. We geven eerst een korte beschrijving van het gecoördineerde zorginkoopmodel in de praktijk. Vervolgens beschrijven of de zorginkoop voldoet aan de toetsingscriteria voor goede zorginkoop. We maken daarbij gebruik van informatie uit de documentenanalyse, de interviews met de landelijke ketenpartners, de interviews met de Raad en de jeugdreclassering (in de geselecteerde regio's) en uit de ingevulde vragenlijsten van en interviews met de zorgaanbieders. Tot slot bespreken we het stimuleren van kennis over de (ingekochte) erkende interventies.

5.1 De gecoördineerde zorginkoop in de praktijk

In 3.1 is beschreven hoe het gecoördineerde zorginkoopmodel zou moeten verlopen. In deze paragraaf beschrijven we hoe het model in de praktijk gedurende de periode van de pilot is uitgevoerd en toetsen we de uitvoering aan de hand van het toetsingskader uit hoofdstuk 3. We focussen daarbij op de taken en verantwoordelijkheden.

Besturingsproces

Het kerndepartement is eindverantwoordelijk voor het inkoopbeleid. Zij hebben de opdracht verleend aan DForZo en hadden regelmatig overleg met DForZo. Als doel voor de zorginkoop is bepaald het realiseren van een landelijk dekkend aanbod van erkende interventies die in de GBM kunnen worden ingezet.

DForZo heeft het inkoopbeleid opgesteld met behulp van inhoudelijke expertise uit de Landelijke Projectgroep GBM en de licentiehouders van de erkende interventies. De geïnterviewde ketenpartners op landelijk niveau waren er niet van op de hoogte over in welke mate alle ketenpartners hierbij betrokken zijn geweest. Gedurende de looptijd van de pilot zijn de deelnemers namens de ketenpartners gewijzigd. Bovendien waren sommige ketenpartners enkel agenda lid. De meeste geïnterviewde ketenpartners waren wel op de hoogte van de pilot rondom zorginkoop voor de GBM maar waren niet op de hoogte van de redenen voor gemaakte keuzen in het inkoopbeleid en van de resultaten van de inkoop. Het is opmerkelijk dat alleen de respondent van de Raad hier wel van op de hoogte was.

DForZo en het Kerndepartement hebben vastgelegd dat in elk arrondissement in elk van de vier onderscheiden segmenten minimaal één aanbieder moet worden gecontracteerd. Om landelijke beschikbaarheid verder te ontwikkelen en maximale flexibiliteit in te bouwen ten aanzien van de beschikbaarheid heeft het kerndepartement besloten een mantelcontract te sluiten met de zorgaanbieder voor het leveren van interventies die voldoen aan de eisen van erkende interventies volgens de Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie. Omdat het te complex was om de behoefte aan gedragsinterventies vooraf in te schatten, zijn er geen garanties aan de zorgaanbieder gegeven met betrekking tot het aantal af te nemen gedragsinterventies. Van tevoren is aangegeven dat het mogelijk is dat gedurende de contractperiode geen gedragsinterventies bij

een zorgaanbieder worden afgenomen, waarmee wel een mantelcontract is gesloten. Het betreft zogenaamde nul-urencontracten met declaratie achteraf.

In 2010 is door het kerndepartement besloten een tweede aanbestedingsprocedure uit te zetten om de lege vlekken die door de eerste aanbesteding (2009) nog niet waren opgelost, te vullen. De contracten die waren afgesloten voor 2010 zijn in 2011 schriftelijk verlengd. In de tweede aanbestedingsprocedure voor 2011 is tevens een reiskostenvergoeding (voor de zorgaanbieder per cliënt die op een bepaalde afstand van de instelling woont) en een vergoeding voor de ontwikkeling en het onderhoud van de interventie toegevoegd (mits er minimaal een traject in 2011 werd uitgevoerd). De bestaande contracten zijn eind 2011 voor een laatste maal verlengd.

De werkzaamheden van de projectorganisatie bij het kerndepartement zijn begin 2011 beëindigd. De projectorganisatie was aanspreekpunt van DForZo en had als taken en verantwoordelijkheden de product- en procesinnovatie, de integratie van het orderrealisatieproces, de prestatie en kwaliteitsverbetering, het strategisch kostenmanagement, het vaststellen van de inkoopplannen en -beleid en de prestatie indicatoren voor inkoop. Deze taken zijn belegd bij de lijnorganisatie van het ministerie van V&J.

Strategisch Inkoopproces

De uitvoering en besluitvorming gebeurt door DForZo. DForZo heeft van tevoren een marktanalyse laten uitvoeren en de inkoopstrategie bepaald.

De jeugdreclassering, Raad voor de Kinderbescherming, OM/ZM en het kerndepartement leverden input via de Landelijke Projectgroep GBM. De werkzaamheden van de Landelijke Projectgroep GBM en de projectorganisatie bij het kerndepartement zijn afgerond begin 2011. In een memo van juni 2010 wordt gewezen op de verlenging van de pilot zorginkoop in 2011 en de beëindiging van de werkzaamheden van de Landelijke Projectgroep GBM. Als gevolg daarvan moet op het ministerie van V&J een passende structuur worden gevonden om de ontwikkeling van beleid en de problemen met betrekking tot het operationele proces van de inkoop te bespreken. In de memo worden aanbevelingen gedaan om dit te realiseren.

- verbreden van de instroom (niet alleen GBM, maar ook andere strafmodaliteiten);
- indien dit niet mogelijk is beëindigen van de zorginkoop voor GBM omdat de inspanningen die moeten worden verricht om de zorginkoop in de lucht te houden en het afbreuk risico te groot zijn;
- zorgen voor een passende tijdelijke structuur na beëindiging van het project implementatie waarbij DForZo voldoende wordt geïnformeerd over de ontwikkeling in de vraag (na omzetting van de pilot in een bredere zorginkoop zou deze structuur opnieuw herijkt moeten worden);
- zorgen (landelijk afgedwongen) voor een goed overleg tussen de Bureaus Jeugdzorg en de zorgaanbieders bijvoorbeeld door dit op te leggen in de contracten met de zorgaanbieders en de afspraken met provincies.

Een besluit om de instroom te verbreden (door ook zorg in te kopen voor andere modaliteiten) is op dat moment niet genomen. De ministeries van V&J en VWS besloten dat vraagstuk niet los van de bredere context van de stelselherziening van de jeugdzorg te behandelen. Ook het beëindigen van de zorginkoop voor GBM werd door het ministerie van V&J niet wenselijk geacht. Eerst zou een goede evaluatie van de zorginkoop moeten plaatsvinden. Ook bleek in de contacten van de

beleidsdirectie met de zorgaanbieders dat verlenging van de pilot zinvol was. Daarop is besloten om de contracten in 2011 te verlengen en de beslissingen voor het beëindigen van de pilot op basis van de evaluatie te nemen. Er is niet gekozen voor een aparte tijdelijke begeleidingsgroep voor de pilot zorginkoop. Doordat de Landelijke Projectgroep GBM haar werkzaamheden per 2011 stopte, had DForZo in 2011 geen rechtstreekse lijnen meer met de landelijke vertegenwoordigers van de ketenpartners. In 2011 hebben geen gezamenlijke overleggen meer plaatsgevonden met vertegenwoordigers van de Raad, jeugdreclassering, NIFP, OM of ZM over de (inkoop voor) de GBM. Wel vond bilateraal overleg plaats van DForZo met de directie Control Bedrijfsvoering en Juridische Zaken en de directie justitieel jeugdbeleid. De beleidsdirectie had naast haar structurele overleggen met de betrokken ketenpartners wel contact (niet structureel) met de landelijke licentiehouders van de erkende interventies en zorgaanbieders.

Tactische inkoopprocessen (contracteercyclus)

De tactische inkoopprocessen (specificeren, selecteren en contracteren) zijn uitgevoerd door DForZo. Offertes voor interventies die (nog) niet erkend waren door de Erkenningscommissie zijn aan het bureau van de Erkenningscommissie voorgelegd. DForZo heeft na het vastleggen van de contracten werkbezoeken afgelegd. Vooral bij die zorgaanbieders die interventies hebben geleverd is duidelijk sprake van een relatieontwikkeling van DForZo met de aanbieders. Het is onduidelijk in welke mate de Landelijke Projectgroep Implementatie in het eerste jaar van de pilot input heeft geleverd over bijvoorbeeld te stellen specificaties, selectie en gunningscriteria en contracten.

Operationele inkoopprocessen

Het vonnis wordt opgelegd door de rechter. De jeugdreclassering is verantwoordelijk voor de plaatsing van de jeugdige bij de zorgaanbieders. Met het zelf inkopen van de gedragsinterventies is een formele indicatiestelling door Bureau Jeugdzorg niet meer nodig. De jeugdreclassering is verantwoordelijk voor de schriftelijke opdrachtverlening naar de zorgaanbieder. Deze opdrachtverlening is tevens de betalingstitel voor DForZo om de geleverde interventie in het kader van de GBM te vergoeden. De jeugdreclassering geeft de zorgaanbieders de opdracht de interventie uit te voeren binnen de door DForZo gesloten contracten.

De zorgaanbieder levert de gedragsinterventies. Na afronding van de interventie wordt gedeclareerd bij DForZo. DForZo is verantwoordelijk voor de betalingen en volgt de afroep van zorg en daarmee de benutting van het budget.

We merken op dat binnen de gecoördineerde zorginkoop voor GBM sprake is van een strikte scheiding tussen de tactische en operationele inkoop. DForZo voert de tactische inkoop uit en de jeugdreclassering de operationele inkoop op basis van het vonnis door de rechter. In de meeste gevallen koopt de inkooporganisatie een product in dat ze graag wil hebben. Het inkopen van interventies voor de GBM is complex. Om dat goed te kunnen doen moeten de levering (supply) en de relatie goed zijn. Omdat DForZo niet de operationele inkoop doet, heeft zij nauwelijks mogelijkheden om daarop te sturen.

5.2 Toetsing Strategische processen

In deze paragraaf beschrijven we de toetsingscriteria voor goede zorginkoop met betrekking tot de strategische processen. De toetsingscriteria zijn opgesteld op basis van het MSU+ model voor goede zorginkoop. Het gaat om de volgende onderdelen uit het toetsingskader:

- Overwogen keuze inbesteden of uitbesteden
- Inkoopstrategie per segment
- Optimaliseren leveranciersbestand
- Managen leveranciersrelatie
- Product- en procesinnovatie
- Integratie van orderrealisatieproces
- Prestatie- en kwaliteitsverbetering
- Strategisch kostenmanagement

Overwogen keuze inbesteden of uitbesteden

In paragraaf 3.1 is beschreven dat er drie modellen voor zorginkoop zijn overwogen en getoetst aan een aantal vooraf opgestelde criteria. We kunnen op basis van de documentenanalyse en de interviews met beleidsmakers vaststellen dat de keuze voor gecoördineerde zorginkoop en het beleggen van de inkoopfunctie bij DForZo bewust is gemaakt en dat alternatieven zijn overwogen.

Indeling van in te kopen zorg in segmenten

Het ministerie heeft er bewust voor gekozen om de zorginkoop te beperken tot vier erkende gedragsinterventies: FFT, MST, MDFT, NPT (zie paragraaf 3.1). Alle vier deze gedragsinterventies kenmerken zich door een landelijke netwerkpartner, waarbij MST, MDFT en FFT als enige namens de Amerikaanse partner, na een opleidingstraject uitvoeringslicenties mag uitgeven aan andere zorgaanbieders. Het is dus een 'franchiseformule' waarbij de gedragsinterventies kunnen worden gezien als 'merk'.

Omdat het totale bedrag voor de inkoop van de interventies voor de invulling van de gedragsmaatregel ruimschoots de drempel voor Europese aanbesteding overschreed, betekende dit dat de Europese aanbestedingsprocedure moest worden gevolgd. Vanuit de beleidsdoelstellingen van het ministerie (investeren in een beperkt aantal aantoonbaar recidive verminderende interventies) lag het het meest voor de hand om de inkoopprocedure aan te laten sluiten bij het beleid van de Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie. In dat geval zou het betekenen dat in de offerteprocedure wordt aangegeven dat alleen de vier genoemde interventies worden ingekocht. Dit zou vanuit Europese aanbestedingsrichtlijnen leiden tot een drietal fricties:

- 1 Bij een Europese aanbesteding is het niet toegestaan om merknamen voor te schrijven. De kenmerken van het betreffende merk moeten daarom functioneel worden beschreven, of, indien dit echt niet mogelijk is, moet de merknaam worden aangevuld met de opmerking 'of vergelijkbaar'.
- 2 Bij een Europese aanbesteding moet de leverancier in de gelegenheid worden gesteld om aan te kunnen tonen dat deze een geschikte gedragsinterventie kan regelen conform de functionele omschrijving. De keuze voor alleen door de erkenningscommissie erkende interventies betekent een selectieve werking op de markt. Dit is geen probleem mits alle leveranciers een gelijke kans krijgen om een gedragsinterventie in te dienen om erkend te worden en iedereen die aan de kwaliteitscriteria voldoet ook daadwerkelijk een erkenning

krijgt. De Erkeningscommissie is echter niet vrij toegankelijk. Een interventie kan alleen ingediend worden door een beperkt aantal ketenpartners.

- 3 Door het alleen inkopen van erkende interventies wordt via de Erkeningscommissie een norm gesteld. Binnen het Europese aanbestedingsrecht mogen alleen algemeen erkende normen expliciet als norm worden opgenomen. Dus niet de erkenning op zich maar de kwaliteitscriteria van de Erkeningscommissie moeten als eis worden opgenomen.

Het departement heeft met DForZo de volgende oplossingen bedacht voor bovenstaande fricties:

- 1 De inkoopprocedure is opgedeeld in vier segmenten. Per segment is een functionele omschrijving gemaakt van de gedragsinterventie (zie paragraaf 3.2).
- 2 Binnen het inkoopproces kunnen interventies die nog niet het oordeel Erkend of Voorlopig erkend door de Erkeningscommissie hebben gekregen door het beoordelingsteam van de inkoopprocedure ter toetsing aan de Erkeningscommissie worden voorgelegd.

Voor de strategievorming per segment heeft het departement (en DForZo) de verschillende netwerkpartners van de gedragsinterventies geconsulteerd. Er heeft overleg plaatsgevonden met het Bureau van de Erkeningscommissie Gedragsinterventies justitie en met GGZ Nederland en er heeft een schriftelijke vragenronde plaatsgevonden onder de netwerkpartners van de gedragsinterventies.

Samengevat: er is gekozen voor het indelen van de in te kopen zorg in vier segmenten en tussen de segmenten zijn verschillen gemaakt in de inkoopstrategie. De gekozen strategie is toegelicht.

Optimaliseren leveranciersbestand

Er is een duidelijke keuze gemaakt voor zorgaanbieders binnen en buiten de al door DForZo gecontracteerde aanbieders (in het kader van de volwassenenzorg). Tevens is bewust gekozen voor een relatief groot aantal zorgaanbieders. De doelstelling van de pilot zorginkoop is het realiseren van een landelijk dekkend aanbod per segment. Zorgaanbieders hebben doorgaans een beperkt regionaal werkgebied. Het doel was om minimaal per arrondissement één zorgaanbieder per segment te contracteren.

In de inkoopprocedure is tevens opgenomen dat indien in één of meer segmenten onvoldoende of geen offertes worden ontvangen, DForZo gericht partijen kan vragen alsnog een aanbieding te doen voor een bepaald arrondissement. Dit is ook gebeurd in de tweede aanbestedingsronde voor 2011. Voor MST is niet opnieuw een aanbesteding gedaan, maar heeft DForZo gericht aan reeds gecontracteerde aanbieders verzocht om de interventie ook aan te bieden in een arrondissement waar nog geen aanbod voorhanden was. In de tweede aanbestedingsronde is DForZo ook gericht partijen gaan benaderen – met een extra regeling voor reiskosten en start/ontwikkelkosten. Dit waren vooral partijen waarmee DForZo al contracten heeft voor het leveren van forensische zorg bij volwassenen.

Conclusie: DForZo heeft het aantal aanbieders, dat de erkende interventies kan aanbieden uitgebreid. Dit heeft alleen niet geleid tot een volledig landelijk dekkend aanbod per segment.

Managen leveranciersrelatie

DForZo heeft volgens de respondent van DForZo intensief contact gezocht en onderhouden met de zorgaanbieders. Er zijn verschillende werkbezoeken afgelegd om de zorgaanbieders te leren kennen en bekend te raken met de interventies. De werkbezoeken zijn zowel afgelegd bij de zorgaanbieders als bij de landelijke licentiehouders van de interventies. Na contractverlening zijn alle zorgaanbieders periodiek aangeschreven over het onderhanden werk. De respondent van DForZo geeft aan dat door het onderhouden van contacten met zorgaanbieders (vooral die zorgaanbieders die geleverd hebben) en het hiermee verkregen vertrouwen heeft bijgedragen aan de instandhouding van het aanbod, ook na het tegenvallend aantal opleggingen. Door dat er met deze aanbieders sprake is van relatieontwikkeling is men bij DForZo ook teleurgesteld over het tegenvallend aantal opleggingen.

De geïnterviewde zorgaanbieders zijn het niet allemaal eens over het traject na de contractverlening. Vooral zorgaanbieders die geen interventie hebben uitgevoerd in het kader van de GBM geven aan dat na de contractverlening (c.q. schriftelijke verlenging) geen contact meer te hebben gehad met DForZo. Andere zorgaanbieders geven wel aan dat er nog regelmatig contact is geweest met DForZo via de mail of telefoon en/of dat er een werkbezoek is afgelegd.

Op basis van de verkregen informatie kan geconcludeerd worden dat de contactlegging tot de contractverlening zorgvuldig is verlopen. Bij de aanbieders waar uiteindelijk geen gebruik van hun aanbod is gemaakt is het contact verder beperkt gebleven. Met zorgaanbieders die wel interventies hebben uitgevoerd is goed contact onderhouden.

Product- en procesinnovatie

Het bestuursdepartement heeft zoals eerder aangegeven gekozen voor erkende gedragsinterventies of vergelijkbare interventies die aan dezelfde criteria voldoen. De gedragsinterventies zijn gericht op het terugdringen van recidive voor een doelgroep met matig tot hoog recidiverisico. De Erkenningscommissie heeft de (voorlopig) erkende interventies getoetst op een groot aantal kwaliteitscriteria. Bij deze interventies vindt ook effectiviteitsonderzoek plaats. Tot nu toe is de effectiviteit in Nederland echter nog niet goed bewezen. In segment 1, 2 en 3 zijn alleen offertes ingediend voor de betreffende erkende interventies (namelijk FFT, MST en MDFT). Voor segment 4 stellen we vast dat in de eerste aanbestedingsronde vooral geoffreerd is voor NPT en ART. In de tweede aanbestedingsronde zijn ook offertes ingediend en gehonoreerd voor andere interventies, namelijk In Control, Buitenprogramma Workwise, Brains4Use, Leren van Delict en Ouders van Tegendraadse Jeugd²¹.

Samengevat: door de inzet van erkende interventies die gericht zijn op het verminderen van recidive is de kans op effectiviteit zo groot mogelijk. Er moet nog wel onderzoek gedaan worden naar de effectiviteit van deze interventies in Nederland.

Integratie van orderrealisatieproces

Vanuit de projectorganisatie bij het kerndepartement is in het eerste jaar van de pilot actief gestuurd op het opheffen van knelpunten, bijvoorbeeld door het instellen van een

Noot 21 De eerste vier interventies zijn ook erkend door de Erkenningscommissie van Justitie en Ouders van Tegendraadse Jeugd is door de erkenningscommissie van het NJI als theoretisch veelbelovend bestempeld.

reiskostenvergoeding omdat uit consultatie bleek dat de reistijd een belemmering was voor het uitvoeren van de interventie. Deze sturing is echter na het opheffen van de projectorganisatie alleen op grote lijnen belegd bij de beleidsdirectie, zodat in 2011 weinig tot geen sturing meer plaatsvond. Er zijn geen duidelijke communicatielijnen afgesproken tussen de verschillende ketenpartners (zie ook boven). Ook door het ontbreken van betrouwbare actuele cijfers over de benutting van de in het kader van de pilot ingekochte interventies was het lastig om de voortgang op hoofdlijnen in de gaten te houden.

Conclusie: tot 2011 is de pilot goed uitgevoerd, daarna werd het met het opheffen van de projectorganisatie onvoldoende.

Prestatie- en kwaliteitsverbetering

De prestaties van de zorgaanbieders worden niet bewaakt en geanalyseerd. Er is geen duidelijk actueel overzicht van het aantal uitgevoerde interventies. Vanwege de lage verwachte vraag is bewust gekozen voor nul-urencontracten met declaratie achteraf. Andere aspecten, zoals tijdigheid en rechtmatigheid van levering worden in beperkte mate bewaakt. In de loop van de pilot is bijvoorbeeld minder gecontroleerd op het leveren van de interventie binnen 30 dagen na vonnis. Er heeft ook weinig feedback plaatsgevonden over waarom wel of niet bij de gecontracteerde aanbieders door de jeugdreclassering een interventie is ingekocht.

Concluderend kunnen we stellen dat aan deze eis onvoldoende is voldaan.

Strategisch kostenmanagement

DForZo heeft jaarlijks een duidelijk budget meegekregen voor de inkoop. Door de sterk achterblijvende opleggingen is dit budget nooit ten volle benut. De overgebleven middelen zijn teruggestort.

De budgetten waren: 2010: 1 miljoen euro, 2011 3 miljoen euro (inclusief 1,5 miljoen euro MTFC door Leger des Heils) en 2012 2,4 miljoen euro. Voor 2012 heeft DForZo zich voor 50% als risicodragend partner opgeworpen om zeker te stellen dat zorgaanbieders door hen geleverde productie gegarandeerd betaald zullen krijgen (wat niet vanzelfsprekend is wanneer het volume boven de 2,4 miljoen uitkomt).

De kosten van de inkoop zijn dus inzichtelijk maar het aantal uitvoeringen kan onvoldoende worden beheerst en daarmee de kosten ook niet. Dit leidt vooralsnog niet tot problemen doordat het aantal opleggen en de daarin uitgevoerde interventies sterk achterblijft op de begroting.

5.3 Toetsing ondersteunende processen

In deze paragraaf toetsen we de of de ondersteunende processen in de gecoördineerde zorginkoop voldoen aan de toetsingscriteria voor goede zorginkoop. Het gaat om de volgende toetsingscriteria:

- Vaststellen van plannen en beleid voor inkoop
- Inrichting van de inkooporganisatie
- Ontwikkelen van inkoopprocedures
- Prestatie-indicatoren voor Inkoop
- Informatietechnologie voor Inkoop
- Human Resource Management (HRM)

Vaststellen inkoopplannen en -beleid

Ten aanzien van de inkoop is duidelijk bepaald dat met vier segmenten gewerkt wordt en uitsluitend erkende gedragsinterventies ingekocht worden.

In de tweede inkoopfase zijn voor segment 4 naast NPT ook met zorgaanbieders voor meerdere andere interventies contracten afgesloten. Deze interventies zijn echter tot op heden nog niet ingekocht. Het inkoopbeleid is onvoldoende gebaseerd op een analyse van de (verwachte) vraag. De inkopers hebben door bezoeken aan zorgaanbieders kennis over de in te kopen producten vergaard.

Conclusie: de erkende interventies en de segmenten zijn duidelijke criteria voor de inkoop. Tevens zijn de inkopers op de hoogte van het soort producten dat ze inkopen. De inkoop is echter onvoldoende gebaseerd op de vraag. De verwachte vraag bleek gedurende de loop van de pilot te hoog geschat.

Inrichting van de inkooporganisatie

DForZo heeft een gespecialiseerde inkoopafdeling met ruime ervaring in zorginkoop. Deze ervaring is beschikbaar gesteld bij de inkoop van de erkende interventies voor de GBM. Er is sprake van een duidelijke en goed onderhouden relatie tussen DForZo en de opdrachtgever (het ministerie van Veiligheid en Justitie). De inkoopdoelen zijn duidelijk, namelijk het realiseren van een landelijk dekkend aanbod aan erkende interventies in de vier segmenten.

Conclusie: De inkoop wordt uitgevoerd door een professionele inkooporganisatie, op basis van een duidelijke inkoopopdracht met duidelijke inkoopdoelen.

Ontwikkelen van inkoop procedures

De inkoopprocedure is goed opgezet en goed uitgevoerd. Bijna alle zorgaanbieders geven of in de vragenlijst of in de interviews aan tevreden te zijn over de inkoopprocedure. Zij vonden de aanbestedingsprocedure helder en het contact met DForZo verliep goed. Meerdere zorgaanbieders gaven aan dat het wel veel werk was, vooral in verhouding tot het aantal afgenomen interventies.

Ongeveer de helft van 26 zorgaanbieders die de enquête hebben ingevuld zijn ontevreden en vier matig tevreden over de pilot Zorginkoop GBM. De redenen die zij hiervoor geven hebben geen betrekking op de inkoopprocedures op zichzelf, maar op het feit dat er geen productgaranties zijn afgesproken, er uit is gegaan van een te hoog aantal opgelegde GBM, er geen interventies zijn afgenomen en de administratieve lasten dus niet in verhouding staan tot wat het oplevert. Acht zorgaanbieders geven aan tevreden te zijn. Als toelichting geven zij allemaal dat de procedure goed was opgezet en uitgevoerd.

Conclusie: de inkoopprocedures zijn goed opgezet en uitgevoerd, met de kanttekening dat er uitgegaan is van een te hoog aantal opgelegde GBM. Hierdoor hebben de zorgaanbieders een verkeerd beeld gekregen van te verwachten productie. Dit leidt tot ontevredenheid bij zorgaanbieders.

Prestatie-indicatoren voor inkoop

Het behalen van het belangrijkste inkoopdoel (landelijk dekkend aanbod) is meetbaar gemaakt en na de eerste inkoopronde in schema's en kaartjes teruggekoppeld aan de Landelijke Projectgroep Implementatie GBM en de opdrachtgever (het Kerndepartement). Na de eerste inkoopronde heeft

eind 2010 een tweede inkoopronde plaatsgevonden (zie boven). In die inkoopronde zijn ook aanvullende regelingen zoals de reiskostenvergoeding en vergoeding voor ontwikkeling en het in stand houden van de interventie opgenomen om knelpunten in de inkoop op te lossen. De resultaten van deze tweede inkoopronde zijn niet in mooie schema's en overzichten gecommuniceerd aan de ketenpartners omdat de werkzaamheden van de Landelijke Projectgroep Implementatie al waren gestaakt. Er is alleen teruggekoppeld aan het departement. Men is er van uitgegaan dat een landelijk dekkend aanbod is gerealiseerd. Uit dit onderzoek blijkt dit niet helemaal het geval en blijkt de landelijke dekking in sommige arrondissementen theoretisch (zie 4.1).

Conclusie: Het doel van de inkoop: het realiseren van een landelijk dekkend aanbod is een meetbare prestatie.

Informatietechnologie voor inkoop

DForZo beschikt over een uitgebreid ICT systeem voor de declaratie van forensische zorg voor volwassenen. Hiervan is bewust geen gebruik gemaakt bij de inkoop van de gedragsinterventies voor de GBM omdat de geringe omvang het gebruik van dit systeem niet rechtvaardigt. De administratieve lasten zouden daardoor voor de zorgaanbieders onevenredig groot zijn. De geïnterviewde zorgaanbieders die interventies hebben uitgevoerd in het kader van de GBM geven inderdaad aan dat er weinig administratieve lasten zijn voor de declaratie van uitgevoerde interventies. Na afronding van de interventie kan een declaratie worden ingediend bij DForZo. Er is sprake van een vaste prijs. Wel is er enige onduidelijkheid bij de zorgaanbieders of afgebroken trajecten ook kunnen worden gedeclareerd.

De bewuste keuze om gebruik te maken van een meer eenvoudige administratie, duidt op een goed functionerende inkoopfunctie, want er wordt flexibel ingespeeld op de (nieuwe) praktijk van kleinschalige inkoop. Dit betekent wel dat er voor deze pilot geen ondersteuning van een ICT systeem is, waardoor ook geen goede monitoring kan plaatsvinden. Er is geen gemakkelijk toegankelijk overzicht van het aantal gedeclareerde interventies. En nog belangrijker: er is geen zicht op het aantal interventies dat momenteel wordt uitgevoerd. Pas na afronding van een traject wordt aan DForZo een declaratie gestuurd. De mate waarin het beschikbare budget dus in de loop van het jaar geconsumeerd wordt is niet duidelijk. Doordat het aantal opgelegde GBM echter achterblijft bij de verwachting is dit – wat dit aspect betreft - geen probleem.

Conclusie: gezien de omvang is terecht niet gekozen voor een uitgebreid ICT systeem. Maar er is geen ander eenvoudig systeem ontwikkeld, waardoor het ontbreekt aan zicht op het aantal opgelegde GBM.

Human Resource Management

De inkoop is belegd bij een professionele inkooporganisatie met een goede naam. De beleidsdirectie heeft heel bewust gekozen voor samenwerking met DForZo. Er was geen reden om de competenties van de inkopers bij DForZo (zoals opleidingsniveau, carrièreplanning, teambeloning, integriteit) nader te onderzoeken. Er hebben tijdens de looptijd van de pilot wisselingen in het personeel plaatsgevonden. Dit heeft de kennis over de geschiedenis van de pilot verzwakt, maar we hebben geen aanwijzingen gekregen dat het tactische inkoopproces hieronder geleden heeft.

5.4 Verspreiden kennis erkende interventies

Voorwaarde voor het gebruik van de erkende interventies is dat de ketenpartners die de interventies moeten adviseren en moeten onderzoeken in het haalbaarheidsonderzoek op de hoogte zijn van de zorginkoop voor GBM – van de mogelijkheid om de ingekochte interventies in te zetten in het kader van de GBM zonder aparte indicatiestelling – en kennis hebben van de erkende interventies.

Binnen de gecoördineerde zorginkoop is deze taak/verantwoordelijkheid belegd bij de Landelijke Projectgroep GBM en bij de gecontracteerde zorgaanbieders (en licentiehouders van de interventies).

In de interviews met de landelijke ketenpartners bleek dat het OM, ZM en NIFP slechts beperkt op de hoogte waren van de pilot Zorginkoop GBM. Deze ketenpartners hebben – aldus de respondenten – geen informatie ontvangen over de resultaten van de inkoop en dus ook niet binnen hun eigen organisatie verder verspreid. De beleidsmakers geven aan dat ten tijde van de projectorganisatie bij de beleidsdirectie meerdere (regionale) informatiebijeenkomsten voor de ketenpartners zijn georganiseerd over de GBM. Zorginkoop en het inzetten van erkende gedragsinterventies was daar een onderdeel van.

De Raad is wel op de hoogte gesteld van de resultaten van de inkoop en heeft een overzicht gemaakt van de interventies die kunnen worden ingezet in het kader van de GBM (zie bijlage 4). Deze informatie is ook doorgestuurd aan de regio's. Uit de interviews met de teamleiders in de geselecteerde regio's bleek dat drie van de zes teamleiders niet bekend zijn met de pilot Zorginkoop GBM. Zij geven als reden aan dat de jeugdreclassering verantwoordelijk is voor de opdrachtverlening van interventies en ook in het haalbaarheidsonderzoek kijkt welke interventies mogelijk zijn. Deze teamleiders weten ook niet in welke mate de gedragsdeskundigen wel op de hoogte zijn van de pilot Zorginkoop GBM. Een geïnterviewde teamleider van de Raad geeft aan bekend te zijn met de zorgaanbieders in de regio met wie een contract is afgesloten. De Raad en de jeugdreclassering in deze regio zijn bij aanvang van de pilot benaderd door diverse zorgaanbieders over het gecontracteerde aanbod. Een andere teamleider geeft aan door het Landelijk Bureau van de Raad op de hoogte te zijn gesteld over de pilot Zorginkoop GBM. Een derde teamleider is op de hoogte via de GBM-dagen voor de Raad en de jeugdreclassering. Deze teamleiders geven ook aan door nauw contact met de jeugdreclassering op de hoogte te zijn van welk aanbod beschikbaar is voor de GBM.

De Bureaus Jeugdzorg zijn na de eerste aanbestedingsronde schriftelijk geïnformeerd door de projectleider van het Kerndepartement over de resultaten van de inkoop. Volgens de respondent van de landelijke ketenpartners is de zorginkoop pilot van de (erkende) interventies in kader van GBM in een landelijke studiedag met vertegenwoordigers van de BJJ geagendeerd. Hoe die regionale vertegenwoordigers de informatie weer hebben teruggekoppeld aan alle jeugdreclasseringsmedewerkers verschilt volgens de respondent per regio. In het magazine jeugdreclassering-Actueel is dit onderwerp besproken. Uit de interviews met de teamleiders in de geselecteerde regio's bleek dat twee teamleiders – die recent als teamleider werkzaam zijn – niet op de hoogte zijn van de pilot Zorginkoop GBM. Zij weten echter wel door contacten met de zorgaanbieders in de regio welke zorgaanbieders de erkende interventies uitvoeren in het kader van de GBM. De zorgaanbieders benaderen de teamleiders actief met informatie over de

interventies en het sneller kunnen starten van de interventies als die in het kader van de GBM worden opgelegd. Alle andere teamleiders van de jeugdreclassering zijn op de hoogte van de pilot zorginkoop, maar enkele teamleiders weten niet welke zorgaanbieders vanuit de pilot zijn gecontracteerd.

DForZo heeft aan de gecontracteerde zorgaanbieders nadrukkelijk meegegeven om hun aanbod onder de aandacht te brengen van de ketenpartners in hun regio. In de aanbestedingsprocedure was als voorwaarde opgenomen dat de zorgaanbieder aantoonbaar dient samen te werken met de justitiële ketenpartners en er m.a.w. dus een bestaande relatie was met bijvoorbeeld de jeugdreclassering voor een ander zorgaanbod. De achterliggende gedachte hierbij was dat het daardoor voor zorgaanbieder gemakkelijker zou zijn om hun aanbod kenbaar te maken bij de regionale ketenpartners. Zorgaanbieders geven in de interviews aan dat ze regelmatig contact hebben met de jeugdreclassering en de Raad in ketenoverleggen. Dit is nadrukkelijker het geval bij zorgaanbieders waarbij de ingekochte interventies ook in andere kaders dan de GBM worden opgelegd.

Conclusie: De zorgaanbieders hebben informatie verspreid over hun aanbod aan erkende interventies maar de link met de pilot zorginkoop is niet altijd duidelijk. De mate waarin de regionale ketenpartners Raad en jeugdreclassering op de hoogte zijn van de pilot zorginkoop verschilt per regio. Dit betekent dat de kennis over de pilot zorginkoop en de mogelijkheden om erkende interventies in te zetten in het kader van de GBM niet landelijk verspreid is.

5.5 Stimuleren gebruik erkende interventies

De verwachting was dat door de inkoop van de erkende interventies in het kader van de GBM de kennis en ervaring met deze interventies toe zou nemen en deze interventies ook in andere kaders meer zouden worden benut. Op basis van de interviews met de ketenpartners in de geselecteerde regio's bestaat de indruk dat er in sommige regio's inderdaad een stimulerende werking is uitgegaan voor het gebruik van erkende interventies. Er is meer kennis bij de ketenpartners over de interventies en er zijn meer aanbieders die de interventies kunnen uitvoeren. In andere regio's is dit effect minder. Dit is met name het geval in de regio's waar het niet gelukt is om een dekkend aanbod te realiseren en/of waar de interventies niet langer meer kunnen worden aangeboden vanwege het tegenvallend aantal opleggingen GBM.

6 Knelpunten en meerwaarde zorginkoop

In dit hoofdstuk bespreken we achtereenvolgens de knelpunten die genoemd zijn door de landelijke vertegenwoordigers van de ketenpartners, de jeugdreclassering en de Raad in de interviews in de geselecteerde regio's en de zorgaanbieders (zowel in de enquête als in de interviews in de geselecteerde regio's). Daarna gaan we in op de meerwaarde van de landelijke inkoop van interventies volgens de verschillende ketenpartners. Ook hier bespreken we eerst de genoemde meerwaarde door de landelijke vertegenwoordigers, vervolgens door de regionale vertegenwoordigers van Raad en jeugdreclassering en tot slot van de zorgaanbieders. We ronden het hoofdstuk af met de gevolgen van het niet-continueren van de pilot volgens de respondenten.

6.1 Knelpunten

6.1.1 Knelpunten genoemd door Raad en jeugdreclassering

In de interviews met de teamleiders van de Raad en de jeugdreclassering in de geselecteerde regio's is gevraagd naar ervaren knelpunten met betrekking tot de zorginkoop van erkende interventies voor GBM. De door de respondenten genoemde knelpunten zijn weergegeven in tabel 6.1.

Tabel 6.1
Bron: interviews Raad
en jeugdreclassering
in geselecteerde
regio's

Genoemde knelpunten door de teamleiders van de Raad en de jeugdreclassering in de geselecteerde regio's

Genoemde knelpunten	Raad (n=6)	jeugdreclassering (n=7)
Weinig GBM geadviseerd	4	2
Aanbod is niet dekkend (niet alle interventies en niet in alle uithoeken regio/arrondissement)	3	3
Complexiteit toeleidingsproces	2	1
Overige ketenpartners niet enthousiast over GBM	1	2
Ondanks pilot kunnen zorgaanbieders geen plek vrijhouden	2	

GBM wordt weinig geadviseerd

Bijna alle respondenten (zowel van de Raad als de jeugdreclassering) benoemen dat er weinig GBM worden geadviseerd. De belangrijkste redenen die daarvoor genoemd worden zijn dat de populatie die in aanmerking komt voor de GBM in hun regio beperkt is, dat het GBM niet altijd het best passend kader bij de jongere is en de complexiteit van het toeleidingsproces (zie verder).

Geen dekkend aanbod

Niet in alle regio's/arrondissementen zijn de ingekochte interventies beschikbaar. In sommige arrondissementen zoals Middelburg en Almelo heeft de pilot niet geresulteerd in aanbod van alle erkende interventies in het arrondissement. Ook zijn sommige aanbieders gestopt met het aanbod. Er wordt nog steeds aanbod gemist. Zo is er in het arrondissement Almelo en Middelburg geen MDFT beschikbaar. Ook blijkt de jeugdreclassering en de Raad niet altijd op de hoogte van het beschikbaar aanbod via de pilot Zorginkoop GBM. Een respondent van de jeugdreclassering signaleert bijvoorbeeld dat FFT niet beschikbaar is terwijl volgens de informatie van DForZo een contract is afgesloten met een zorgaanbieder (van buiten de regio) voor het bieden van FFT in het betreffende arrondissement. Zoals eerder aangegeven zijn sommige aanbieders (recent) ook gestopt met hun aanbod.

Daarnaast signaleren de respondenten van de reclassering dat het lastig is en blijft om in de uithoeken van de provincie/arrondissement aanbod te realiseren. Dit is niet anders nu dan voor de start van de pilot Zorginkoop GBM. Interventies worden wel in het arrondissement aangeboden maar de radius is beperkt vooral in verband met reistijd.

Opvallend is dat drie respondenten van de jeugdreclassering in drie verschillende regio's benoemen dat sommige aanbieders van erkende interventies – zoals MST – geen contract hebben met DForZo. Terwijl zij op dit moment wel MST uitvoeren in het kader van de GBM. Het is voor deze respondenten onduidelijk waarom zorgaanbieders wel of niet de erkende interventie aanbieden vanuit de pilot Zorginkoop GBM. De jeugdreclassering is niet verplicht om de zorg in te kopen bij de zorgaanbieders waarmee DForZo een contract heeft afgesloten. Er is dus sprake van 'Maverick Buying': dat wil zeggen dat ingekocht wordt buiten contracten om bij verschillende leveranciers zonder overkoepelende (veelal veronderstelde betere) inkoopvoorwaarden (www.aanbestedingsmakelaar.nl). Dit wordt in de literatuur over inkoop als een probleem gezien. Op de vraag of er aanbod in de erkende interventies wordt gemist, merken de jeugdreclassering en de Raad op dat ze klinische verslavingszorg met opname en behandeling bij een ggz-instelling missen als aanbod. Dit wordt nu via de zorgverzekeringswet geregeld. Ook missen ze de mogelijkheid om (tijdelijk) de jongere op te nemen en specifiek aanbod voor jongeren met een licht verstandelijke beperking.

Complexiteit toeleidingsproces

Volgens de respondenten van de Raad worden weinig GBM geadviseerd en dit heeft te maken met de complexiteit van het toeleidingsproces naar een GBM advies. Het loopt stuk op de juridische context (delict niet zwaar genoeg), de samenwerking tussen de ketenpartners, de haalbaarheid van de GBM (bijvoorbeeld jongere en/of ouders zijn niet gemotiveerd). Het is in veel gevallen gemakkelijker om de gewenste interventie(s) in een andere strafrechtelijke modaliteit (namelijk bijzondere voorwaarden bij een voorwaardelijke straf of een schorsing van de preventieve hechtenis) te laten opleggen. Als daar mogelijkheid toe is, wordt afgezien van een GBM traject.

Overige ketenpartners niet enthousiast over GBM

Door meerdere respondenten van de Raad wordt benoemd dat de overige ketenpartners (NIFP, OM en/of ZM) in het arrondissement minder enthousiast zijn over de GBM en een ander kader verkiezen boven de GBM. De betreffende ketenpartner die minder enthousiast is, verschilt per arrondissement. De reden waardoor een ketenpartner minder enthousiast is heeft volgens de

respondenten deels te maken met de complexiteit van het toeleidingsproces, maar ook met de zwaarte van de stok achter de deur. Het voordeel dat het plan van aanpak van tevoren moet vastliggen, kan ook een nadeel zijn, bij sommige jongere blijkt gedurende het traject dat andere zorg meer passend is. Een reden die ook meerdere keren genoemd is, is dat er voldoende mogelijkheden zijn binnen de bijzondere voorwaarden, waardoor de meerwaarde van de GBM niet wordt gezien.

Ondanks pilot kunnen zorgaanbieders geen plek vrijhouden

Twee respondenten van de Raad geven ook aan dat er - ondanks de pilot Zorginkoop GBM in hun regio - aanbieders geen plekken kunnen vrijhouden voor het minimale aantal GBM dat nu wordt opgelegd.

6.1.2 Knelpunten genoemd door zorgaanbieders

In de enquête en in de interviews met de dertien zorgaanbieders in de geselecteerde regio's is gevraagd naar knelpunten met betrekking tot de zorginkoop van erkende interventies voor de GBM. Het gaat hierbij om door de respondenten zelf aangegeven knelpunten. Deze zijn weergegeven in tabel 6.2. We hebben alleen knelpunten opgenomen die door meer dan een respondent zijn genoemd. Tevens zijn de zorgaanbieders die zijn geïnterviewd niet meegeteld bij de uitkomsten in de enquête omdat zij dezelfde knelpunten noemden in de enquête als in de interviews. De interviews zijn een verdieping van de enquête

Tabel 6.2

Bron: enquête
zorgaanbieders en
interviews
zorgaanbieders in de
geselecteerde regio's

Genoemde knelpunten door de zorgaanbieders in de enquête en de interviews in de geselecteerde regio's

Genoemde knelpunten	Enquête ²² (n=13)	Interviews (n=13)	Totaal (n=25)
Te weinig GBM opgelegd	11	13	24
Ketenpartners zien geen meerwaarde GBM	1	7	8
Bedrijfsrisico zorgaanbieders/geen productie-afspraken		5	5
Toeleidingstraject GBM (te) complex	2	3	5
Geen erkende interventies in GBM	1	3	4
Interventie al gestart in ander kader voor uitspraak GBM/of wordt uitgevoerd in ander kader	1	3	4
Alleen interventies voor GBM kader ingekocht	1	2	3

Noot 22 De zorgaanbieders die zowel geïnterviewd zijn als een enquête ingevuld hebben, zijn alleen meegeteld bij de interviews om dubbeltellingen te voorkomen.

Genoemde knelpunten	Enquête (n=13)	Interviews (n=13)	Totaal (n=25)
Zorgaanbieder te laat betrokken bij beoordeling passende aanbod	1	2	3
Projectorganisatie te vroeg gestopt		2	2
Geen contactpersoon bij beleidsdepartement na afronding projectorganisatie		1	2
Onvoldoende bekendheid van de beschikbaarheid erkende interventies via zorginkoop		2	2
Motivatie jongeren voor interventie onvoldoende/jongeren ronden voortraject niet goed af		2	2

We lichten de vaakst genoemde knelpunten toe, waarbij we er een aantal samenvoegen.

Te weinig oplegging GBM en bij oplegging niet de interventie waarvoor de zorgaanbieder contract heeft afgesloten

Ook door de zorgaanbieders wordt als belangrijkste knelpunt voor de zorginkoop genoemd het beperkt aantal GBM dat wordt opgelegd. Sommige aanbieders geven expliciet aan dat het volume niet in verhouding staat tot de administratieve lasten. Daarnaast komen door het volumeprobleem bij sommige aanbieders de uitvoerende teams in de knel.

"In het interne begrotingsproces zijn de te realiseren GBM wel meegenomen in de formatieberekening/kosten en opbrengsten. Het niet realiseren van GBM in relatie tot de beperking in Zorgverzekeringswet budgetten belemmert de continuïteit van de teams" (een zorgaanbieder).

Naast dat er weinig GBM worden opgelegd, geeft het merendeel van de zorgaanbieders ook aan dat de interventie waarvoor zij een contract heeft gekregen bovendien niet in de opgelegde GBM wordt opgenomen. Hiervoor worden verschillende verklaringen gegeven. Een zorgaanbieder noemt de concurrentiepositie met ander aanbod in de regio: *"BJZ heeft haar eigen modaliteiten die lijken op het programma Workwise en kiest – ook in het kader van behoud van eigen organisatie in een tijd van bezuinigingen – dan eerder voor haar eigen modaliteit."* (een zorgaanbieder).

Andere aanbieders geven aan dat de interventie wel wordt geadviseerd maar in een ander kader wordt opgelegd. De gecontracteerde interventies worden bijvoorbeeld ook in het kader van de voorlopige schorsing van jeugdigen opgestart. Als deze trajecten goed lopen leidt dit vaak niet tot een GBM oplegging. De motivatie van de jongere en het gezin vragen dan niet meer om het dwingend karakter van de GBM. De interventies die niet in het kader van de GBM worden uitgevoerd, worden niet gefinancierd door justitie maar drukken op het zorgverzekeringsbudget – op basis van prestatieafspraken - van de zorgaanbieder.

Door het beperkte volume van opleggingen en de nul-urencontracten vinden meerdere aanbieders – ondanks dat de meeste tevreden zijn over de technische uitvoering van de aanbesteding,

contractlegging en declaratie indien van toepassing – dat de inkoop een beetje een wassen neus is. Er is een contract maar vervolgens komen er geen opleggingen en wordt het aanbod niet benut.

Als belangrijkste verschil tussen de zorginkoop van de erkende interventies voor de GBM en de inkoop van deze interventies in andere kaders noemen de zorgaanbieders dat er in het kader van de zorgverzekeringswet en de AWBZ vooraf regionale productieafspraken worden gemaakt.

Niet alle ketenpartners in alle regio's zien meerwaarde in een GBM

Bijna de helft van de zorgaanbieders geven als knelpunt dat niet in alle arrondissementen alle ketenpartners de GBM omarmt hebben. In sommige arrondissementen is de jeugdreclassering geen voorstander, in andere biedt het OM weerstand en in weer andere arrondissementen is de rechtbank minder enthousiast over het product GBM. Uit de interviews blijkt dat hierin duidelijke verschillen zijn tussen arrondissementen. Dit is vooral goed zichtbaar voor zorgaanbieders die in meerdere arrondissementen een aanbod hebben. In de meeste arrondissementen blijft het aantal opleggingen achter bij de verwachtingen maar de fase waarin de GBM strandt – of de ketenpartner die niet zo enthousiast is over de GBM – verschilt per arrondissement (zie ook dit knelpunt in 6.1.1).

Toeleidingstraject GBM (te) complex en zorgaanbieders aan het eind van het traject

Meerdere zorgaanbieders geven aan dat het aantal GBM opleggingen achterblijft vanwege de complexiteit van het toeleidingsproces. Er zijn veel partijen betrokken die in korte tijd tot een advies en een plan van aanpak moeten komen. Dit leidt er volgens de respondenten toe dat er in het proces op verschillende momenten GBM sneuvelen. *"Er kan in het voortraject veel mis gaan waardoor het in veel onderzoek niet tot een advies of tot een oplegging GBM komt"*, aldus een zorgaanbieder. Als er mogelijkheid is om de interventie in een ander kader toe te passen dan wordt daar voor gekozen. Sommige aanbieders geven hierbij aan dat deze interventies dan niet door justitie worden betaald maar drukken op het zorgverzekeringsbudget (zie ook boven). Daarnaast geven sommige zorgaanbieders aan het frustrerend te vinden pas aan het einde van het toeleidingsproces te worden betrokken bij het onderzoek en daardoor weinig invloed te kunnen uitoefenen op de interventies die in een GBM kunnen worden opgelegd.

Projectorganisatie te vroeg gestopt

Meerdere zorgaanbieders geven aan dat volgens hen de projectorganisatie net te vroeg gestopt is. In de eerste 2 jaar is er veel geïnvesteerd door het ministerie van V&J, maar de implementatie van de GBM begon pas na twee jaar te landen in de organisaties. Op dat moment viel echter de steunstructuur weg en dus ook de stimulering van de maatregel.

6.1.3 Knelpunten genoemd door landelijke vertegenwoordigers van de ketenpartners

In de interviews met de landelijke vertegenwoordigers van de ketenpartners is niet expliciet gevraagd naar knelpunten met betrekking tot het aanbod aan interventies en de pilot zorginkoop, maar is wel door de respondenten een aantal knelpunten benoemd.

De landelijke (vertegenwoordigers van de) ketenpartners signaleren dat het *beperkte volume* een probleem is voor de zorgaanbieders die geïnvesteerd hebben in de interventies, die nu nauwelijks worden afgenomen. Het is voor zorgaanbieders tevens een probleem om expertise te ontwikkelen

en te behouden als deze interventies heel weinig worden ingezet (bij deze doelgroep). Daarnaast signaleert de jeugdreclassering dat het voor de jeugdreclassering lastig is om zorgaanbieders aan een afspraak te binden om aanbod beschikbaar te houden binnen een bepaalde termijn als er nauwelijks beroep op hen wordt gedaan vanuit dit kader.

Alle ketenpartners vinden het echter op zich geen probleem dat het aantal opleggingen GBM sterk achterblijft bij de verwachtingen. De GBM is volgens de respondenten een van instrumenten die kan worden ingezet. Het is een goed instrument maar geschikt voor minder jongeren dan aanvankelijk geschat. Nu blijkt dat er inschattingfouten zijn gemaakt over de omvang van de doelgroep. Maar ook meer in het algemeen loopt het aantal jongeren dat veroordeeld wordt en die een Plaatsing in een Justitiële inrichting (PIJ-maatregel) krijgen opgelegd ook sterk terug.

De Raad merkt op dat er in sommige regio's nog steeds weerstand is bij regionale ketenpartners voor het adviseren/opleggen van een GBM. Zij zien de meerwaarde van de GBM niet omdat de bijzondere voorwaarden voldoende mogelijkheden bieden. Dit is dan wel een probleem voor de jongeren, want dit betekent dat een deel van de jongeren die baat zouden hebben bij een GBM de maatregel niet krijgen opgelegd. Er is volgens de Raad meer nodig dan centrale inkoop om de GBM te stimuleren.

De complexiteit van het toeleidingsproces wordt door alle ketenpartners onderkend. In de hele keten van advies-haalbaarheidsonderzoek-vordering-opleggingen vinden meerdere obstakels plaats waardoor uiteindelijk weinig GBM worden opgelegd. De meerwaarde van de GBM in relatie tot dat de ingewikkelde procedure, valt nog meer weg omdat sinds 1 april 2012 de mogelijkheden voor toezicht bij bijzondere voorwaarden zijn uitgebreid, aldus de respondenten. Er is dus nog een minder complex alternatief bijgekomen.

6.2 Meerwaarde van de pilot zorginkoop

Zowel de landelijke als de regionale ketenpartners benoemen als meerwaarde van de pilot zorginkoop dat erkende interventies (breder) landelijk beschikbaar zijn gekomen. Het is goed dat er met erkende interventies wordt gewerkt, waarvan bewezen is dat zij werken bij het voorkomen van recidive. De landelijke beschikbaarheid is ook essentieel voor de rechtsgelijkheid en de rechtszekerheid van de cliënt. Met de uitspraak krijgt de cliënt recht op de interventie en weet hij dat dit ook uitgevoerd gaat worden. Ook de zorgaanbieders (en de licentiehouders van de interventies) geven aan dat zij het een goede zaak vinden dat erkende interventies landelijk beschikbaar zijn gekomen en vanuit justitieel kader worden gefinancierd.

De geïnterviewde zorgaanbieders zijn verdeeld over de vraag of de pilot Zorginkoop GBM heeft bijgedragen aan de beschikbaarheid van de interventies. Vooral aanbieders die het aanbod voorafgaand aan de pilot uitvoerden zien geen effect van de pilot zorginkoop. Zorgaanbieders die het aanbod hebben opgezet/opgestart in het kader van de pilot Zorginkoop GBM zien wel een meerwaarde omdat er een mogelijkheid was om ontwikkelkosten en opleidingskosten via de pilot te

declareren²³. Daardoor bestond voor aanbieders de mogelijkheid om een interventie voor een nieuwe doelgroep – jongeren met een strafrechtelijke titel – te ontwikkelen.

Door de beperkte aantallen zijn de interventies in het kader van de GBM bedrijfsmatig niet interessant voor de zorgaanbieders. Wel zijn de zorginhoudelijke aspecten: de inhoudelijke meerwaarde van de interventies voor de betreffende jongeren van belang.

Meerdere zorgaanbieders noemen ook dat door de pilot zorginkoop er wel contacten/lijnen met justitie zijn ontwikkeld en dat er meer vorm is gegeven aan de financieringsstroom van Veiligheid en Justitie. Bijna alle geïnterviewde zorgaanbieders merken echter op dat er pas sprake is van een meerwaarde als het volume toeneemt en als er meer productie gegarandeerd kan worden.

6.3 Verwachte gevolgen van het niet continueren van de pilot

Bijna alle respondenten – zowel de landelijke als regionale ketenpartners en de zorgaanbieders – pleiten voor het continueren van centrale inkoop van gedragsinterventies voor het justitieel kader. Als er geen centrale landelijke inkoop is, is een landelijk dekkend aanbod moeilijker te realiseren. Zij achten dit noodzakelijk voor de rechtsgelijkheid. Jongeren die in het kader van een strafoplegging een behandeling/interventie nodig hebben, moeten dit overal in Nederland kunnen krijgen.

Het merendeel van de respondenten stelt tevens dat breder dan alleen ten behoeve van de GBM ingekocht moet gaan worden. Zij vinden het inkopen van interventies voor een specifiek juridisch kader geen goede zaak. Ze motiveren dit door te stellen dat de beschikbaarheid van zorg niet afhankelijk mag zijn van een bepaald juridisch kader. Als een jongere zorg nodig heeft in het kader van een strafrechtelijke maatregel dan moet justitie die zorg financieren. Dit gebeurt wel bij volwassenen met een strafrechtelijke maatregel en een zorgbehoefte.

Of het niet continueren van de pilot gevolgen heeft voor het aanbod bij zorgaanbieders is afhankelijk van het gegeven of de zorgaanbieder de betreffende interventie ook in voldoende mate in andere kaders inzet. De aanbieders die dit het aanbod breder inzetten, merken echter op dat het inzetten van het aanbod in justitiële kaders drukt op het zorgverzekeringsbudget van de aanbieder. Met zorgverzekeraars worden namelijk productieafspraken gemaakt.

Zorgaanbieders die speciaal voor de inzet van de interventies in het kader van de GBM teams hebben opgestart, voorzien dat bij het niet continueren van de pilot het aanbod zal verdwijnen. Bij gelijkblijvend onvoldoende volume en/of productieafspraken is dit trouwens ook het geval bij continuering van de pilot. Meerdere aanbieders voorzien dat zij het aanbod voor deze doelgroep dan niet kunnen behouden.

Noot 23 Dit werd echter alleen vergoed als er ook daadwerkelijk een interventie in het kader van de GBM is uitgevoerd.

7 Samenvatting en conclusies

In dit hoofdstuk geven we een samenvatting van de uitkomsten uit de toetsing van de criteria uit het toetsingskader en trekken conclusies over de aannames in de beleidslogica. Vervolgens beantwoorden we de onderzoeksvragen hetgeen uitmondt in de eindconclusie.

7.1 Inleiding

Om de beschikbaarheid van interventies te vergroten en daardoor het gebruik van de gedragsbeïnvloedende maatregel (GBM) te bevorderen heeft het ministerie van V&J in 2009 besloten een pilot te starten voor de inkoop van gedragsinterventies door de Directie Forensische Zorg (DForZo) van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) van het ministerie van V&J. De veronderstelling is dat door de zorginkoop van erkende gedragsinterventies voor de GBM een landelijk dekkend aanbod ontstaat van erkende interventies, die tijdig beschikbaar zijn, wat zal leiden tot een groter aantal opgelegde GBM. De landelijke beschikbaarheid is onder meer essentieel voor de rechtsgelijkheid en de rechtszekerheid van de cliënt. Naast de beschikbaarheid van interventies speelden ook andere knelpunten zoals duur GBM adviestraject, het onvoldoende ervaren van meerwaarde van de GBM door ketenpartners, onduidelijke perceptie van de zwaarte van de stok achter de deur, onduidelijkheid over de doelgroep van de GBM en onduidelijkheid over de consequenties in geval van mislukken.

Dit onderzoek betreft een evaluatie van de pilot Zorginkoop GBM. We rapporteren in dit onderzoek dus slechts over het oplossen van één van de knelpunten voor het achterblijven van het aantal verwachte GBM.

7.2 Samenvatting

7.2.1 Toetsingskader

Op basis van de theorie over inkoop en de reconstructie van de beleidslogica is een toetsingskader (zie 3.3) opgesteld. In dit toetsingskader zijn criteria geformuleerd waaraan de pilot zorginkoop moet voldoen voor goede zorginkoop en criteria voor het succesvol verlopen van de pilot. In onderstaand schema vatten we de criteria uit het toetsingskader samen en geven een beoordeling van het criterium:

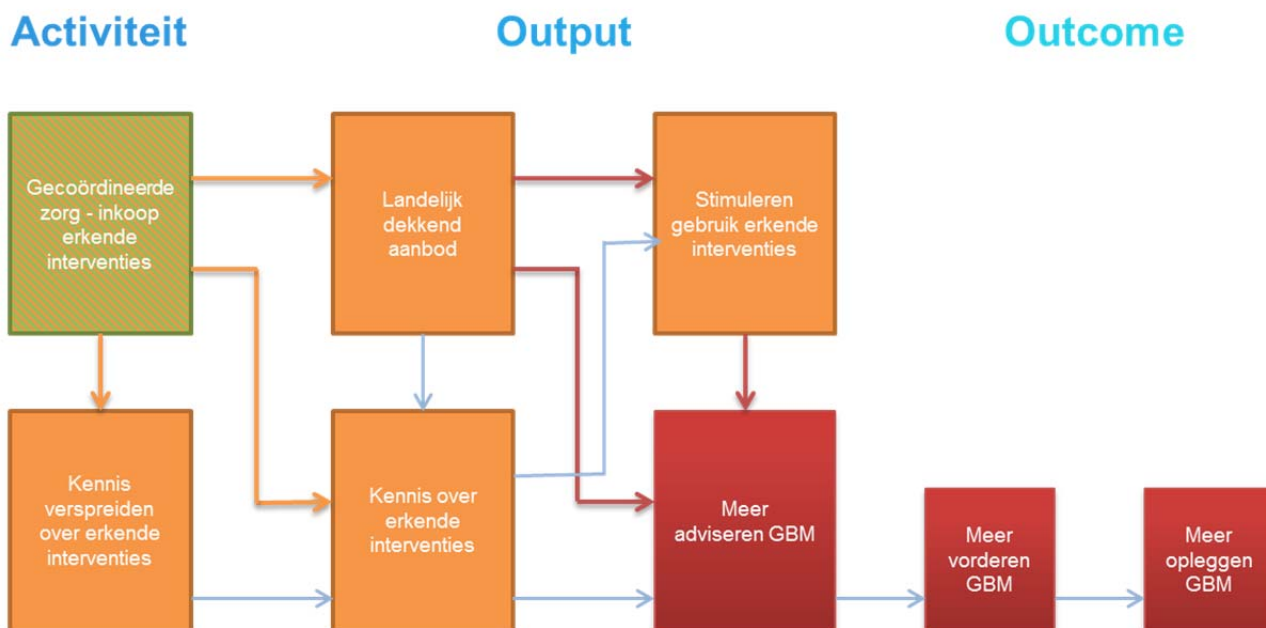
- gerealiseerd is (kleur groen)
- gedeeltelijk gerealiseerd is (kleur oranje)
- niet gerealiseerd is (kleur rood)

Activiteit	Beoordeling criterium
Voorwaarde erkende interventies	
Erkende gedragsinterventies zijn onderdeel van de GBM	De Raad/NIFP nemen in het merendeel (60%) van de adviezen GBM <i>geen</i> erkende gedragsinterventies op (op basis van het haalbaarheidsonderzoek van de jeugdreclassering). Onduidelijk is in welk percentage het OM en de Rechter erkende gedragsinterventies vervolgens opnemen in de vorderingen respectievelijk de opleggingen. Er is op basis van de informatie over het aantal uitgevoerde interventies geen reden om de veronderstellen dat dit percentage veel zal afwijken.
Gecoördineerde zorginkoop conform model	
Gecoördineerde inkoop	Het kerndepartement heeft regelmatig contact onderhouden met DForZo over de inkoop. DForZo heeft het inkoopbeleid opgesteld in overleg met de sleutelfiguren. DForZo had na stoppen Projectgroep Implementatie GBM geen rechtstreekse lijn meer met de landelijke vertegenwoordigers van de ketenpartners. De tactische en operationele inkoopprocessen zijn technisch goed verlopen. Wel is sprake van een strikte scheiding tussen beiden. DForZo voert de tactische inkoop uit om dat goed te kunnen doen moeten de levering (supply) en de relatie goed zijn. Omdat DForZo niet de operationele inkoop doet, heeft zij nauwelijks mogelijkheden om daarop te sturen.
Criteria goede zorginkoop	
Besluit: inbesteden of uitbesteden?	Het kerndepartement heeft de keuze voor het beleggen van de inkoopfunctie bij DForZo bewust gemaakt, alternatieven zijn overwogen.
Inkoopstrategie per segment	Er is gekozen voor het indelen van de in te kopen zorg in vier segmenten en tussen de segmenten zijn door DForZo verschillen gemaakt in de inkoopstrategie. De gekozen strategie is toegelicht.
Optimaliseren leveranciersbestand	DForZo heeft het aantal aanbieders, dat de erkende interventies kan aanbieden uitgebreid. Dit heeft alleen niet geleid tot een volledig landelijk dekkend aanbod per segment.
Managen leveranciersrelatie	De contactlegging tot de contractverlening door DForZo is zorgvuldig verlopen. Met zorgaanbieders die interventies hebben uitgevoerd is goed contact onderhouden.
Product- en procesinnovatie	Door de - door de landelijke Projectgroep Implementatie GBM en het Kerndepartement - gemaakte keuze voor de inzet van erkende interventies, die gericht zijn op het verminderen van recidive is de kans op effectiviteit zo groot mogelijk. Er moet nog wel onderzoek gedaan worden naar de effectiviteit van deze interventies in Nederland.
Integratie van orderrealisatieproces	De juridische en logistieke belemmeringen in het proces van GBM oplegging en uitvoering zijn tot 2011 door het Kerndepartement, DForZo en de Landelijke Projectgroep Implementatie GBM actief gemonitord en zo mogelijk opgelost of verminderd. Logistieke belemmeringen zoals reiskosten zijn opgelost. Dit geldt tot de contractering. Na de aanbestedingsronde voor 2011 en contractering is de monitoring onvoldoende gebeurd.
Prestatie- en kwaliteitsverbetering	De prestaties van zorgaanbieders worden niet door DForZo gemeten en er wordt ook niet gestuurd op het verbeteren van deze prestaties.
Strategisch kostenmanagement	De kosten van de inkoop zijn inzichtelijk maar het aantal uitvoeringen kan onvoldoende worden beheerst en daarmee de kosten ook niet. Dit heeft (nog) niet tot problemen geleid omdat het aantal opleggingen beperkt is gebleven.
Ondersteunende processen	
Vaststellen inkoopplannen en -beleid	Het is duidelijk wat, voor wie en bij wie er moet worden ingekocht. Het kerndepartement heeft bepaald welke erkende interventies in de vier segmenten kunnen worden ingekocht.

	Tevens zijn de inkopers op de hoogte van het soort producten dat ze inkopen.
Inrichting van de inkooporganisatie	De inkoop wordt uitgevoerd door een professionele inkooporganisatie, namelijk DForZo op basis van een duidelijke inkoopopdracht met duidelijke inkoopdoelen.
Ontwikkelen inkoopprocedures	DForZo heeft de inkoopprocedures goed opgezet en uitgevoerd, met de kanttekening dat er uitgegaan is van een te hoog aantal opgelegde GBM. Hierdoor hebben de zorgaanbieders een verkeerd beeld gekregen van te verwachten productie.
Prestatie-indicatoren voor inkoop	Het doel van de inkoop is door het kerndepartement meetbaar geformuleerd, namelijk komen tot een landelijk dekkend aanbod. Er zijn echter geen afspraken gemaakt over het aantal in te kopen interventies.
Informatietechnologie voor inkoop	Gezien de omvang is terecht door DForZo niet gekozen voor een uitgebreid ICT systeem. Maar er is geen ander eenvoudig systeem ontwikkeld, waardoor het ontbreekt aan zicht op het aantal opgelegde GBM.
Human Resource Management	De inkoop wordt uitgevoerd door een professionele inkoper, namelijk DForZo.
Verspreiden kennis erkende interventies	
Kennisverspreiding over (beschikbaarheid) erkende interventies	Zorgaanbieders (en licentiehouders erkende interventies) hebben informatie verspreid over hun aanbod aan erkende interventies maar de link met de pilot zorginkoop is niet altijd duidelijk. De mate waarin de regionale ketenpartners Raad en jeugdreclassering op de hoogte zijn van de pilot zorginkoop verschilt per regio.
Stimuleren gebruik erkende interventies	
Stimuleren gebruik erkende interventies	Op basis van de interviews met de ketenpartners in de geselecteerde regio's bestaat de indruk dat er in sommige regio's inderdaad een stimulerende werking is uitgegaan voor het gebruik van erkende interventies.
Output	
Er is een landelijk dekkend aanbod van interventies in de vier onderscheiden segmenten	Niet in alle arrondissement is per segment minimaal één zorgaanbieder gecontracteerd.
Er worden meer GBM opgelegd (met erkende interventies)	Het aantal opgelegde GBM (met erkende interventies) is niet toegenomen

7.2.2 De beleidslogica

Op basis van de samenvatting over de toetsingscriteria kunnen we vervolgens kijken in welke mate de aannames in de beleidslogica kloppen. Dit is weergegeven in onderstaand schema. In het schema hebben we dezelfde kleuren gehanteerd als bij de beoordeling van de criteria.



Samenvatting aan de hand van beleidslogica

Hieruit kunnen we concluderen dat hoewel de gecoördineerde zorginkoop technisch goed verlopen is tot contractering, maar het niet heeft geleid tot het gewenste resultaat, namelijk een bijdrage leveren aan het vergroten van het aantal opgelegde GBM. Bij het beantwoorden van de onderzoeksvragen wordt ingegaan wat de redenen zijn dat dit niet bereikt is.

7.3 Conclusies

De volgende hoofdvragen zijn in het onderzoek beantwoord.

- A Welk model van zorginkoop was vooraf bedacht en aan welke criteria moet zorginkoop theoretisch voldoen?
- B Loopt het inkoopproces conform bedoelingen?
- C Is voldoende passende zorg tijdig beschikbaar?
- D Hoe vaak wordt er gebruik gemaakt van de ingekochte zorg?
- E Welke knelpunten doen zich voor?

- A Welk model van zorginkoop was vooraf bedacht en aan welke criteria moet zorginkoop theoretisch voldoen?

In samenspraak met de ketenpartners (ministerie van Veiligheid en Justitie, Raad, NIFP, IPO, MO-groep en DForZo en de vier licentiehouders van FFT, MST, MDFT en NPT) zijn de voorwaarden waaraan het inkoopmodel moest voldoen geformuleerd. In opdracht van het ministerie van V&J heeft Boer en Croon samen met Significant drie zorginkoopmodellen uitgewerkt.

Het gecoördineerde zorginkoopmodel waarbij de inkoop wordt uitbesteed aan DForZo kwam als voorkeursmodel uit de bus. Er is sprake van gecoördineerde inkoop omdat verschillende organisaties uit de jeugdzorg en de justitiële keten een belangrijk invloed uitoefenen op de inrichting en uitvoering van de inkoopfunctie. Er wordt expliciet op basis van vastgelegde verantwoordelijkheden bij de inkoop rekening gehouden met de wensen en behoeften van deze ketenpartners zoals, de Raad, BJZ, OM en ZM.

In de pilot is gekozen voor gecoördineerde zorginkoop van vier erkende gedragsinterventies, die gericht zijn op het verminderen van recidive. De reden waarom het departement alleen deze vier interventies wilde inkopen komt voort uit de wens van het ministerie van V&J om voor de GBM alleen te werken met de (voorlopig) erkende gedragsinterventies. Met de keuze voor de inkoop van erkende gedragsinterventies voor de GBM is hierop een voorschot genomen.

Deze vier gedragsinterventies zijn overigens niet de enige modaliteiten die in het kader van een GBM kunnen worden opgelegd. Maar vanaf de beginperiode bestaan er misverstanden in het veld over wat wel en niet in het kader van de GBM kan worden opgelegd en of alleen erkende gedragsinterventies kunnen worden ingezet.

DForZo en het kerndepartement hebben vastgelegd dat in elke arrondissement voor elk van de vier onderscheiden segmenten minimaal één aanbieder moet worden gecontracteerd.

Goede zorginkoop moet tevens aan een aantal criteria voldoen. De strategische processen moeten een bepaalde mate van professionaliteit of ontwikkelingsniveau hebben en de ondersteunende processen moeten voldoende zijn ingericht om te komen tot doelmatige en effectieve inkoop voor publieke doelen. Op basis van het MSU+ model hebben we criteria geformuleerd waaraan de strategische en ondersteunde processen moeten voldoen (zie samenvatting toetsingskader in 7.2).

B Loopt het inkoopproces conform bedoelingen?

Op basis van de samenvatting van de beleidslogica kunnen we concluderen dat de gecoördineerde zorginkoop tot aan contractering verlopen is conform de bedoelingen.

DForZo heeft vooraf een marktanalyse laten uitvoeren en de inkoopstrategie bepaald. De inkoopprocedures zijn goed opgezet en uitgevoerd. Het ministerie van V&J heeft er voor gekozen om nul-urencontracten af te sluiten met aanbieders per segment. Dit om de landelijke beschikbaarheid verder te ontwikkelen en maximale flexibiliteit in te bouwen en vanwege de complexiteit van het inschatten van de behoefte aan de interventies. Dit betekent dat het mogelijk is dat er gedurende de contractperiode geen interventies worden afgenomen bij een aanbieder waarmee wel een mantelcontract is afgesloten. De uitgevoerde interventies worden achteraf gedeclareerd.

Dit maakt de zorginkoop voor GBM anders dan de zorginkoop in andere kaders. In de afspraken die gemaakt worden via de zorgverzekeringswet en de AWBZ over dezelfde erkende interventies worden vooraf productieafspraken gemaakt.

Doordat uit gegaan is van een te hoog aantal opgelegde GBM hebben de zorgaanbieders echter een verkeerd beeld gekregen van de te verwachten productie. Er is een (technisch goed) contract, maar omdat er geen /weinig opleggingen GBM volgen wordt het contract niet / nauwelijks benut. Hierdoor zijn de contracten bedrijfsmatig niet (erg) interessant voor de zorgaanbieders. Voor hen is er pas sprake van meerwaarde als het volume toeneemt en als er meer productie gegarandeerd kan worden. De administratieve lasten staan nu voor veel aanbieders niet in verhouding tot de opbrengst. De overschatting van de vraag leidt tot meerdere knelpunten (zie vraag 5). Er lijkt vooral sprake te zijn van een procesmatige mismatch tussen vraag- en aanbodverwachtingen. Er zijn nu veel zorgaanbieders die allemaal hebben geïnvesteerd en nauwelijks iets terugverdienen en niet de strategische voordelen terugkrijgen die ze hadden verwacht.

Daarnaast is de monitoring van de vraag en het gebruik van de ingekochte interventies in het kader van de GBM onvoldoende gemonitord. Dit is nog duidelijker aan de orde nadat de

projectorganisatie bij de beleidsdirectie en de Landelijke Projectgroep GBM haar werkzaamheden begin 2011 heeft beëindigd. DForZo had daardoor ook geen rechtstreekse lijnen meer met de landelijke vertegenwoordigers van de ketenpartners.

C Is voldoende passende zorg tijdig beschikbaar

Voor de start van de pilot was - in geen van de vier segmenten - sprake van een landelijk dekkend aanbod aan erkende gedragsinterventies.

Er hebben twee inkooprondes plaatsgevonden. DForZo heeft met 36 zorgaanbieders voor 10 interventies nul-urencontracten afgesloten. De zorgaanbieders hebben informatie verspreid over hun aanbod aan erkende gedragsinterventies. In sommige regio's heeft dit geleid tot meer gebruik van deze erkende interventies (ook los van het GBM kader).

Met betrekking tot het doel om landelijk dekkend aanbod van erkende interventies in vier segmenten te realiseren kunnen we het volgende concluderen:

- Niet in alle arrondissementen is per segment een zorgaanbieder gecontracteerd:
 - segment 1 FFT: ontbreekt in drie arrondissementen
 - segment 2 MST: is landelijk dekkend beschikbaar, maar niet in alle arrondissementen compleet dekkend.
 - segment 3 MDFT: ontbreekt in drie arrondissementen
 - segment 4 NPT e.a.: ontbreekt in 5 arrondissementen
- In het kader van een GBM wordt vooral MST en NPT opgelegd; het aantal MST is ieder jaar stijgend. Dit is ook de interventie die in alle arrondissementen beschikbaar is.
- In vier arrondissementen ontbreekt het aan aanbod in één van de vier segmenten; in de drie noordelijke provincies ontbreekt aanbod op meer dan 1 segment (namelijk 2 maal op 2 segmenten en eenmaal is alleen MST beschikbaar).
- Niet in alle arrondissementen wordt het hele arrondissement door de gecontracteerde zorgaanbieders bediend, vanwege de maximale reisduur van gezinnen/behandelaars.
- In segment 4 zijn interventies ingekocht, die geen enkele maal in het kader van de GBM zijn opgelegd, zoals ART, Workwise, InControl.
- Sommige aanbieders zijn gestopt met de gecontracteerde interventie, vanwege de geringe instroom.

Ondanks dat de pilot zorginkoop heeft geresulteerd in het vergroten van het aanbod, en dan vooral van MST en MDFT, is het niet gelukt om een landelijk dekkend aanbod te realiseren. Vooral in de arrondissementen waar geen aanbod was voor de pilot is dit niet gelukt. Ook is er niet in alle uithoeken van het arrondissement aanbod en kan het ook zijn dat er wel extra aanbod is gerealiseerd, maar inmiddels weer stopgezet vanwege de geringe vraag.

Een eis is dat het zorgaanbod binnen 30 dagen na de oplegging van een GBM dient te starten. Door de geringe instroom heeft DForZo hier niet op gemonitord. Uit de interviews met de zorgaanbieders en de regionale ketenpartners blijkt wel dat in bijna alle gevallen het aanbod tijdig kan worden ingezet.

Aanbod dat gemist wordt in de ingekochte interventies is klinische verslavingszorg met opname en behandeling bij een ggz-instelling, (tijdelijke) opname in een jeugdinrichting en specifiek aanbod voor de doelgroep met een licht verstandelijke beperking. Bijna al het aanbod dat gemist wordt past echter niet binnen de criteria van de GBM: geen intramurale interventies en alleen erkende

interventies. Wel is er inmiddels een variant van NPT voor de doelgroep licht verstandelijk gehandicapte jongeren ontwikkeld, maar die is (nog) niet landelijk beschikbaar.

D Hoe vaak wordt gebruik gemaakt van erkende zorg onder de GBM?

Verondersteld is dat een landelijk dekkend aanbod van erkende interventies leidt tot het meer opnemen van erkende interventies in adviezen GBM, meer vorderingen GBM en meer opleggingen GBM.

Het aantal opgelegde GBM is, sinds de start van de inkooppiloot, niet gestegen: in 2009 bedroeg het aantal 92; in 2010 93 en in 2011 ging het terug naar 72 opleggingen GBM (bron OM). Dit aantal blijft sterk achter bij alle verwachtingen. Dit gegeven moet echter worden geplaatst in de context van de daling van de jeugdcriminaliteit en de afname van het aantal jeugdigen dat instroomt bij het OM en veroordeeld werd in de periode 2007-2011 (jaarberichten OM 2011). Het aantal jeugdigen dat veroordeeld is, is gedaald van ruim 12.000 in 2007 naar ruim 8.000 in 2011. Dit is een afname van een derde.

Uit het dossieronderzoek blijkt dat het aantal opgestarte uitgebreide strafonderzoeken GBM door de Raad voor de Kinderbescherming in 40% van de onderzoeken in 2009 en 2010 uitmondt in een advies; in 2011 is dat 49%.

Ten opzichte van het aantal adviezen is het aantal opgelegde GBM gedaald over de gehele periode: in 2009 mondt 94% van de adviezen uit in een GBM, in 2010 66% en in 2011 59%. De aanname dat een bredere beschikbaarheid van het aanbod van erkende interventies leidt tot meer adviezen GBM en meer opleggingen GBM kan niet worden onderbouwd. Zoals eerder gezegd moet dit ook in de context van het dalend aantal veroordelingen van jeugdigen worden gezien.

Verder is opmerkelijk dat de erkende interventies slechts een beperkt deel uitmaken van de opgelegde GBM. Uit het dossieronderzoek blijkt dat de Raad en het NIFP erkende gedragsinterventies slechts in 40% van de adviezen GBM opnemen, op basis van het haalbaarheidsonderzoek van de jeugdreclassering. Uit de cijfers van de zorgaanbieders (voor zover aangeleverd) in combinatie met de gegevens van DForZo blijkt dat minimaal 66 erkende interventies zijn opgestart sinds 2010. Op basis van het vermoeden dat de zorgaanbieders die geen gegevens hebben aangeleverd verder niet voorkomen in de declaratiegegevens van DForZo schatten we dat dit aantal in werkelijkheid niet veel hoger is. Daarnaast komt het voor dat in een GBM meerdere erkende interventies zijn opgenomen. De schatting is dat in maximaal ongeveer de helft van de GBM minimaal een erkende interventie wordt uitgevoerd. Dit betekent dat er in 2011 dus ongeveer 36 opleggingen met tenminste een erkende interventie uit één van de vier segmenten, terwijl er 36 zorgaanbieders zijn gecontracteerd (voor in totaal 10 interventies in 19 arrondissementen). De spoeling per zorgaanbieder is dus erg dun.

E Wat zijn de knelpunten?

Er doen zich meerdere knelpunten voor bij de zorginkoop GBM. Hier vatten we de belangrijkste samen.

Het belangrijkste knelpunt is dat er weinig GBM wordt geadviseerd, gevorderd en opgelegd.

Als één van de redenen hiervoor wordt gegeven dat de populatie die hiervoor in aanmerking komt beperkt(er) is (dan vooraf ingeschat), omdat het delict niet zwaar genoeg is en een jongere en/of

zijn ouders niet gemotiveerd zijn, de stok achter de deur als te zwaar wordt gezien of het beschikbare aanbod al eerder is ingezet in het vrijwillig kader of een ander juridisch kader. Ook blijkt uit cijfers van het OM dat het aantal jeugdigen dat veroordeeld wordt is afgenomen. Een andere belangrijke reden is de complexiteit van het toeleidingsproces, bestaande uit de keten advies- haalbaarheidsonderzoek-vordering-oplegging. Er zijn veel partijen betrokken die in korte tijd tot een advies en een plan van aanpak moeten komen. Als gedacht wordt aan een van de vier erkende interventies en er is een mogelijkheid om dit in een ander juridisch kader te adviseren wordt afgezien van het GBM traject. Vaak wordt de interventie dan gefinancierd vanuit het zorgverzekeringsbudget.

Ook zijn niet alle ketenpartners in alle arrondissementen enthousiast over het product GBM. Naast de complexiteit van het toeleidingsproces, is dit vanwege de zwaarte van de stok achter de deur en omdat de meerwaarde ten aanzien van de mogelijkheden binnen de bijzondere voorwaarden niet wordt gezien.

Verder zijn niet in alle arrondissementen de ingekochte interventies beschikbaar (zoals Zeeland, Almelo en de drie noordelijke arrondissementen). Ook blijkt de jeugdreclassering en de Raad niet altijd op de hoogte van het beschikbare aanbod via zorginkoop.

De projectstructuur, die gekoppeld was aan de landelijke implementatie van de GBM is begin 2011 gestopt. De steunstructuur – via onder meer de landelijke projectgroep – viel daarmee weg en ook daarmee vanaf 2011 de stimulering van de maatregel.

Verder valt op dat de cijfers slecht op orde zijn. De cijfers over het aantal opgelegde GBM door het OM en het aantal uitgevoerde GBM door de jeugdreclassering komen niet overeen. De interventies die in het kader van de GBM worden opgelegd worden niet geregistreerd. Hierdoor hebben de landelijke ketenpartners geen actueel zicht hebben op de benutting van de erkende interventies in het kader van de GBM.

Een ander probleem is dat sommige aanbieders al gestopt zijn met het aanbod, vanwege de geringe instroom. Ook enkele andere aanbieders – die speciaal voor de inzet van interventies in het kader van GBM teams zijn opgestart – voorzien dat bij gelijkblijvend onvoldoende volume en/of het niet continueren van de pilot aanbod zal verdwijnen. Dit zijn vooral aanbieders die het aanbod niet in andere kaders aanbieden.

Hoofdconclusie

Het doel van het onderzoek was na te gaan hoe het proces van zorginkoop voor de GBM in de praktijk verloopt, of het doel van de zorginkoop pilot – het landelijk tijdig beschikbaar komen van passende zorg - wordt bereikt en om te toetsen of de zorginkoop volgens plan verloopt.

Het gekozen inkoopmodel; de gecoördineerde zorginkoop door DForZo van erkende interventies in vier segmenten voor de GBM, is goed verlopen tot contractlegging. Het voldoet aan de criteria voor goede zorginkoop. Er is sprake van een complexe sturingsrelatie. Door de strikte scheiding tussen de tactische inkoop (door DForZo) en de operationele inkoop (door de jeugdreclassering op basis van het vonnis) heeft DForZo weinig mogelijkheden om te sturen op de levering van de ingekochte interventies. De monitoring van de vraag en het gebruik van de interventies was - zeker na de beëindiging van de werkzaamheden van de projectorganisatie GBM bij het ministerie van V&J en van de landelijke werkgroep GBM – beperkt.

Met behulp van de pilot zorginkoop is het wel gelukt om het aanbod aan erkende interventies voor de GBM te vergroten maar niet om een landelijk dekkend aanbod van de vier interventies te realiseren. Daarnaast worden de afgesloten contracten met de zorgaanbieders weinig benut omdat het aantal GBM sterk achterblijft bij de verwachting. Bovendien maakt in de meerderheid van de opgelegde GBM de ingekochte interventies geen onderdeel uit van het maatregelenpakket. Er is sprake van een mismatch tussen de vraag- en aanbodverwachtingen.

Het belangrijkste knelpunt lijkt het geringe volume. Het onderzoek ontkracht dan ook de aanname dat door het realiseren van een landelijk dekkend aanbod van erkende interventies, die kunnen worden ingezet in de GBM, het aantal opgelegde GBM zal toenemen.

Het realiseren van aanbod blijkt onvoldoende om de GBM te stimuleren. Er is meer nodig dan het oplossen van dit ene knelpunt. Uit het onderzoek blijkt dat het achterblijven van het aantal opleggingen wordt veroorzaakt door de complexiteit van het toeleidingsproces naar een GBM. Als ook in een ander strafrechtelijk kader de erkende interventie of een ander (pakket aan geschikte) interventies kan worden opgelegd dan gaat de voorkeur daar naar uit. Daarnaast moet het achterblijven van het aantal opleggingen ook worden gezien in de context van het dalend aantal jeugdigen dat wordt veroordeeld.

Ondanks de gesignaleerde knelpunten pleiten bijna alle respondenten – zowel de landelijke als de regionale ketenpartners en de zorgaanbieders voor het continueren van de centrale inkoop van erkende gedragsinterventies binnen het justitiële kader. En dan niet alleen voor de GBM, maar breder. Als een jongere zorg nodig heeft in het kader van een strafrechtelijke maatregel moet Justitie die zorg financieren. En in het kader van rechtsgelijkheid moeten jongeren die in het kader van een strafoplegging een behandeling/interventie nodig hebben, dit overal in Nederland kunnen krijgen.

Bijlagen

Bijlage 1 Onderzoeksvragen

De vijf hoofdvragen zijn opgesplitst in 13 subvragen:

A Hoe zou de zorginkoop moeten verlopen (technisch en inhoudelijk)?

- 1 Hoe zou het proces rond de inkoop van zorg moeten verlopen? Wie dient betrokken te zijn, wat zijn de taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden? Aan welke vereisten moet de ingekochte zorg voldoen? Welk doel is geformuleerd voor de zorginkoop? Waar zitten de essentiële verschillen met andere wijzen van inkoop (bijv. AWBZ, zorgverzekering)?
- 2 Voor welke doelgroep dient de zorg ingekocht te worden? In welke context kan de maatregel opgelegd worden? Wat zijn de veronderstelde mechanismen/processen die zich moeten afspelen en welke uitkomst dient gerealiseerd te worden (beleidslogica)?
- 3 Hoe verhoudt de zorginkoop door de huidige inkooporganisatie zich tot andere vormen van zorginkoop: waar zitten de verschillen, waar de overeenkomsten?

B Loopt het inkoopproces conform bedoelingen?

- 4 Hoe loopt het proces van zorginkoop:
 - Met hoeveel aanbieders heeft de inkooporganisatie contact gehad, wie nam het initiatief hiertoe, hoe vaak is door aanbieders offerte uitgebracht en voor wat voor type interventie? Zijn deze beoordeeld en gegund conform criteria in de inkoophandleiding?
 - Hoeveel aanbieders zijn gecontracteerd? Voldoen zij aan de vereisten (uitvoeringslicentie, ervaring)? Welke productieafspraken zijn gemaakt?
 - Hoe is de sturingsrelatie van de inkooporganisatie met de zorgaanbieders vormgegeven?
 - Heeft de inkooporganisatie afstemming gezocht met ketenpartners in de jeugdzorgketen?
- 5 Loopt het proces conform bedoelingen? Op welke punten wel/niet? Welke knelpunten doen zich voor en hoe zouden ze verholpen kunnen worden?
- 6 Wat zijn de ervaringen van betrokkenen met de huidige wijze van zorginkoop? Is sprake van het beoogde overleg, afstemming en transparantie? Wat is de (ervaren) meerwaarde, ook financieel? Welke consequenties zou een niet-continuering van de gekozen vorm kunnen hebben en welke alternatieven zijn er? Wordt een (decentraal) uniform inkoopmodel of één (landelijke) inkooporganisatie wenselijk gevonden?

C Is voldoende passende zorg tijdig beschikbaar?

- 7 Hoeveel aanbod en welk aanbod is (op papier) extra beschikbaar gekomen en tegen welk tarief? Is het beschikbare aanbod regionaal beschikbaar en landelijk dekkend en dekkend voor de gehele doelgroep van de GBM? Is het aanbod voldoende en tijdig beschikbaar? Is het beschikbare aanbod minder of ongeschikt voor bepaalde doelgroepen (bijv. jeugdigen met een licht verstandelijke beperking)? In hoeverre gaat het uitsluitend om (voorlopig) erkende gedraginterventies of ook interventies die daarmee vergelijkbaar zijn? Indien ook andere dan erkende gedraginterventies binnen de aanbesteding gehonoreerd zijn: op basis van welke criteria zijn zij toegelaten? Wat zijn de ontwikkelingen in beschikbaarheid van het aanbod? Zijn de gedraginterventies ook in een ander juridisch kader zonder wachttijd beschikbaar? Welk type aanbod wordt gemist?

- 8 In hoeverre draagt de huidige wijze van zorginkoop (en met name de essentiële verschillen met andere manieren; zie onderzoeksvraag 1) naar ervaring van betrokkenen bij aan de beschikbaarheid van zorg?

D Gebruik van erkende zorg onder de GBM

- 9 Hoe vaak is daadwerkelijk gebruik gemaakt van het beschikbare aanbod (in het kader van GBM en in ander kader)? Bij welk percentage van de opgelegde GBM'en is gekozen voor de inzet van een erkende gedragsinterventie? Is dit aantal conform verwachting? Zo ja, speelt de organisatie /financiering van de inkoop hier volgens betrokkenen een rol in?
- 10 In welke mate is voor jeugdigen die geïndiceerd zijn voor bepaalde zorg die zorg daadwerkelijk ook beschikbaar? Voldoet de zorg aan de voorwaarden van het vonnis/strafadvies? Hoe lang duurt het voordat de door de rechter opgelegde zorg beschikbaar is? Wat is het gevolg van niet tijdig beschikbaar zijn²⁴? Hoe vaak vindt een terugmelding aan het OM plaats vanwege niet tot stand komen van tijdige instroom in de zorginstelling? Was er een combinatie met andere sancties en bijzondere voorwaarden?
- 11 Naar welke aanbieders en interventies zijn de jeugdigen met een GBM toegeleid en in welk arrondissement is de interventie gegeven?
- 12 Houdt de inkooporganisatie zicht op de kwaliteit van de uitvoering van de gecontracteerde zorg en hoe komt zij tot eventuele ontwikkelafspraken? Doen zich op dit punt knelpunten voor? Welke oplossingen zijn denkbaar?

E Overige knelpunten:

- 13 Doen zich knelpunten voor die sub A-D niet aan de orde zijn gekomen?

Noot 24 Indien een gedragsinterventie niet beschikbaar is zal het niet worden geadviseerd, gevorderd en opgelegd.

Bijlage 2 Documentenanalyse

Publicaties

Bijl, B., Eenshuistra, R.M., Campbell, E.E. (2011). Straffe invloed. Evaluatie van de gedragsbeïnvloedende maatregel. Duivendrecht: PI Research.

Bouman, G.A., Karssen, B., Wilkinson, E.C. (2008). Zorginkoop heeft de toekomst. Maar vraagt nog een flinke inzet van alle betrokken partijen. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg/Significant.

Directie Forensische Zorg (2009). Handleiding inkoop gedragsinterventies jeugdzorg in het kader van de gedragsbeïnvloedende maatregel. Den Haag: Directie Forensische Zorg.

Directie Forensische Zorg (2010). Handleiding inkoop gedragsinterventies jeugdzorg in het kader van de gedragsbeïnvloedende maatregel. Den Haag: Directie Forensische Zorg.

Drost, V., Everwijn, H., Jongebreur, W. & Lolkema P. (2009). Impactanalyse Gedragsbeïnvloedende maatregel. Barneveld: Significant.

Drost, V., Griff, van der M. & Jongebreur, W. (2010). Impactanalyse GBM 2010. Impact van de gedragsbeïnvloedende maatregel ruim twee jaar na invoering. Barneveld: Significant.

Jeugdzorg Nederland (2011). Methodische handreiking gedragsbeïnvloedende maatregel. Utrecht: Jeugdzorg Nederland.

Ministerie van Veiligheid en Justitie (2009). De gedragsbeïnvloedende maatregel. Bevindingen van de eerste 25 vonnissen waarin de gedragsmaatregel is opgelegd. Den Haag: Ministerie van Veiligheid en Justitie.

Ministerie van Veiligheid en Justitie (2010). Residentiële zorg binnen een gedragsmaatregel. Den Haag: Ministerie van Veiligheid en Justitie.

Ministerie van Veiligheid en Justitie (2010). Uitvoeringsproces Gedragsbeïnvloedende maatregel. Den Haag: Ministerie van Veiligheid en Justitie.

Interne memo's, notulen en publicaties

Addendum Mantelcontract GBM.

Boer & Croon (2009). Inkoop gedragsinterventies voor de gedragsbeïnvloedende maatregel. Den Haag: Ministerie van V&J.

Boer & Croon (2009). Landelijk model Toeleidingsproces GBM. Toelichting en uitwerking. Amsterdam: Boer & Croon.

Brief Directie Forensische Zorg aan zorgaanbieders GBM over tijdelijke declaratieovereenkomst voor de gedragsinterventies in het kader van de bevordering van de gedragsbeïnvloedende maatregel. 19 mei 2009.

Brief van Ministerie van V&J aan Bureaus, Jeugdreclassering over resultaten en gevolgen van de inkoopprocedure van gedragsinterventies in het kader van de gedragsbeïnvloedende maatregel, 19 oktober 2009.

Brieven verlening overeenkomst GBM 2011 en 2012.

Format eindverslag van de behandeling/interventie.

Interne memo Ministerie van Veiligheid en Justitie over beoogde resultaten november 2008-2009 en personele en financiële consequenties.

Interne memo van projectleider GBM van het ministerie van V&J aan landelijke projectgroep GBM over aandachtspunten zorginkoop, 21 juni 2010.

Interne memo. Overzicht resultaten zorginkoop eerste aanbestedingsronde 2010. Ministerie van V&J.

Memo Directie Forensische Zorg aan projectleider GBM over oplossingen witte vlekken inkoop gedragsinterventies GBM. December 2009.

Memo Significant aan Ministerie van Veilig en Justitie over pilot inkoop gedragsinterventies GBM. Mei 2009.

Ministerie van Veiligheid en Justitie (2008). Plan van aanpak Implementatie van de gedragsbeïnvloedende maatregel. Den Haag: Ministerie van Veiligheid en Justitie.

Notulen landelijke projectgroep GBM.

Opdrachtformulier zorgverlening door Bureau Jeugdzorg.

Plan van aanpak Implementatie gedragsbeïnvloedende maatregel periode oktober 2009-december 2010.

Presentatie voor Topberaad juni 2008 over wet gedragsbeïnvloedende maatregel.

Wijziging van het Wetboek van Strafrecht, het Wetboek van Strafvordering en enige andere wetten in verband met de invoering van een adolescentenstrafrecht. concepttekst.

Bijlage 3 Beschrijving erkende interventies invulling GBM

Kenmerken interventies voor de invulling van de GBM



Ministerie van Justitie

	FFT	MST	MDFT	NPT	MTFC
Doel	Gedragsverandering en recidive reductie door veranderen en versterken van gezinsrelatie	Uithuisplaatsing of detentie voorkomen	Gedragsverandering door veranderen van alle factoren die probleemgedrag in standhouden	Gedragsverandering, primair door verandering van denkpatronen, vaardigheden en gedragsproblemen. Terugdringen crimineel gedrag	Gedragsverandering door veranderen van alle factoren die gedrag in standhouden. Terugplaatsing bij ouders, doorplaatsing pleeggezin of zelfstandig wonen
Leeftijd	12-21 jaar	12-18 jaar	12-19 jaar	16-23 jaar	12-18 jaar
Recidive risico	Matig tot hoog	Hoog	Middelmatig tot hoog	Matig tot hoog	Hoog
Veiligheidsrisico	Laag tot matig	Hoog			
IQ-grens	> 70	> 70	> 70	> 70	> 75
Contra-indicatie	IQ ouders < 70, actieve tegenwerking van jongere of ouders, ernstige psychopathologische en/of verslavingsproblematiek	Zedenproblemen zonder ander anti-sociaal gedrag, acuut suïcidaal, homicidaal of psychotisch gedrag, geen vaste opvoeder, ernstige autisme-spectrumstoornis	Ernstig zedendelict, psychische of verslavingsproblematiek waarvoor klinische opname geboden is	Te laag recidiverisico, minder dan 3 delicten (1 ernstig), Geen verblijfsvergunning	Complexe psychiatrische problematiek
Verslavingsproblematiek onderdeel van interventie?	Ja, tenzij verslavingsproblematiek beeldbepalend is	Ja	Ja, sterk	Nee	Nee
Manier behandelen	Ambulant en intramuraal, max. 3 maanden voor ontslag instelling	Ambulant (eventueel wel intramuraal starten)	Ambulant. Ook: intramuraal gevolgd door ambulant	Start in instelling en wordt ambulant voortgezet na ontslag	Jongere wordt geplaatst in opvoedgezin
Hoe wordt gedragsverandering gerealiseerd?	Alle gezinsleden en voor het gezinsfunctioneren relevante anderen	Ouders, omgeving en jongere	Jongere, ouders, gezin en omgeving	Primair jongere, met steun van omgeving	Ouders, jongere en omgeving
Duur	5 tot 6 mnd	3 tot 5/6 mnd	4 tot 6 mnd	9 tot 12 mnd	6 tot 12 mnd

Kenmerken interventies voor de invulling van de GBM

	FFT	MST	MDFT	NPT	MTFC
Wie worden betrokkenen bij de behandeling?	Gezin en andere belangrijke betrokkenen	Gezin, school, sportclub, vrienden en overige relevante actoren	Gezin, school, vrienden, vrijetijdsbesteding	Gezin, werk, lokale voorzieningen, school, sportclub, etc.	Opvoedgezin, ouders cq familieleden, school, werk, sport, ouders vriendjes
Met wie vinden gesprekken plaats?	Jongeren en ouders eventueel belangrijke anderen	Alle relevante betrokkenen	1 Alleen jongere 2. Alleen de ouder(s) 3. Gezin (= jongere + ouder(s)) 4. Sleutelpersonen uit andere systemen ('omgeving') erbij	Jongere, gezin / familie, werkgever, leerkracht, peergroup en ketenpartners	Jongere, ouders, opvoedouders, school, werkgever
Op welke wijze vindt contact plaats?	Gezin wordt gebeld/bezocht vervolgens gezinsgesprekken	Alle mogelijke manieren	Gesprekken, telefoon, sms, email	Gesprek, telefoon, sms, schriftelijk	Face to face en telefonisch
Waar vindt het contact plaats?	Polikliniek / kantoor of thuis	Vooral in de thuissituatie, maar kan ook op school of op de rechtbank zijn	Thuis bij gezin, bij therapeut, rechtbank en andere geschikte plaats	Eigen omgeving en kantoor	Met vaardigheidsbegeleider tijdens activiteiten, ouders kantoor & thuis, met opvoeders in gezinscontext
Aantal contactmomenten	1/ week gezinsgesprekken en contact via telefoon of mail evt. vaker	3-5 / week	2- 3 sessies / week + diverse telefoontjes e.d. per week	Afh. van fase & risico's 1- 5 gesprekscontacten / week + andere contactvormen	24 uur per dag
Wie moet tijdens de behandeling minimaal zijn gemotiveerd?	Tenminste een van de gezinsleden moet kunnen aangeven last te ervaren. Bereidheid om naar eerste gesprek te komen is voldoende	Opvoeders moeten motiveerbaar zijn	Behandelmotivatie niet nodig bij eerste contact. Noch bij jongere, noch bij ouders. Tweespalt tussen jongere en ouders geen contra-indicatie	Jongere	In gesprek kunnen met jongere en evt. ouders is vaak voldoende, iets anders dan detentie is vaak voldoende

Kenmerken interventies voor de invulling van de GBM

	FFT	MST	MDFT	NPT	MTFC
Theoretisch kader	Systeemtheorie, gedragstherapie en elementen uit sociaal-ecologisch model	Sociaal ecologisch model en theorieën uit de gedrags- en gezinstherapie		In eigen context (sociaal ecologisch model) en op cognitieve leertheoretische basis	
Welke combinaties met andere interventies komen veel voor?	Individuele agressie-regulatietraining, psychofarmaca	Farmacotherapie (jeugdpsychiater maakt deel uit van MST team), scholing- en arbeidstoeleiding, partnerrelatietherapie, individuele interventies tijdens en afsluitend	MDFT integreert zoveel mogelijk in het eigen programma, maar het parallel volgen van andere behandelingen is mogelijk zolang de MDFT-therapeut het centrale aanspreekpunt blijft.	Jeugd-GGZ, incidenteel FFT	Geen, controle op medicatie en indien van toepassing urinecontrole

Bijlage 4 Registratiegegevens van Raad, OM, DForZo en zorgaanbieders

Tabel B4.1

Bron: Raad voor de Kinderbescherming

Aantal opgestarte USO GBM-onderzoeken 2008, 2009, 2010, 2011 per regio en totaal

Regio	2008	2009	2010	2011	Totaal
Amsterdam en Gooi en Vechtstreek	17	59	80	64	220
Friesland en Flevoland	1	7	35	29	72
Gelderland	2	22	23	22	69
Groningen en Drenthe	2	16	24	25	67
Haaglanden en Zuid-Holland Noord	5	33	39	37	114
Limburg	1	29	20	7	57
Midden- en West Brabant	0	2	13	6	21
Noord en Zuidoost-Brabant	0	19	26	13	58
Noord-Holland	1	13	23	14	51
Overijssel	0	15	22	8	45
Rotterdam-Rijnmond	1	17	21	15	54
Utrecht	0	6	22	5	33
Zuid-Holland Zuid en Zeeland	0	4	3	2	9
Totaal	30	242	351	247	870

Tabel B4.2

Bron: Raad voor de
Kinderbescherming

Aantal adviezen GBM in 2009, 2010, 2011 per regio en totaal

Regio	2009	2010	2011	Totaal
Amsterdam Gooi en Vechtstreek	24	41	24	89
Friesland en Flevoland	14	14	15	43
Gelderland	3	4	6	13
Groningen en Drenthe	4	9	7	20
Haaglanden en Zuid-Holland Noord	6	17	24	47
Limburg	7	8	4	19
Midden- en West Brabant	2	7	3	12
Noord en Zuidoost-Brabant	6	14	8	28
Noord-Holland	8	8	7	23
Overijssel	6	5	2	13
Rotterdam-Rijnmond	8	6	11	25
Utrecht	5	7	8	20
Zuid-Holland Zuid en Zeeland	5	2	3	10
Totaal	98	142	122	362

Tabel B4.3

Bron: OM

Arrondissement	2008	2009	2010	2011	Totaal
Den Bosch	1	5	15	4	25
Breda	0	5	8	2	15
Maastricht	2	2	1	1	6
Roermond	0	3	1	1	5
Arnhem	1	1	3	4	9
Zutphen	0	2	1	2	5
Zwolle	0	20	10	12	42
Almelo	0	0	1	1	2
Den Haag	2	7	8	11	28
Rotterdam	0	4	4	5	13
Dordrecht	0	2	3	0	5
Middelburg	0	1	2	0	3
Amsterdam	7	18	19	16	60
Alkmaar	0	1	3	1	5
Haarlem	0	4	3	3	10
Utrecht	0	5	3	2	10
Leeuwarden	1	9	2	2	14
Groningen	1	2	5	3	11
Assen	0	1	1	2	4
Totaal	15	92	93	72	272

Tabel B4.4
Bron: DForZO
Zorgaanbieders

Gecontracteerde aanbieders, aantal uitgevoerde en lopende interventies per zorgaanbieder en totaal in 2010- eerste kwartaal 2012

Zorgaanbieder	Segment 1	Segment 2	Segment 3	Segment 4			
	FFT	MST	MDFT	NPT	ART	Workwise	In Control
Zorgaanbieder A	-	-	-	-	-	0	-
Zorgaanbieder B	0	-	-	-	-	-	-
Zorgaanbieder C	-	-	0	-	-	-	-
Zorgaanbieder D	2	-	-	-	-	-	-
Zorgaanbieder E	-	-	?	-	-	-	-
Zorgaanbieder F	-	-	-	?	-	-	-
Zorgaanbieder G	?	-	?	-	-	-	-
Zorgaanbieder H	-	-	-	0	-	-	-
Zorgaanbieder I	-	1	0	-	-	-	-
Zorgaanbieder J	-	12	-	-	-	-	-
Zorgaanbieder K	?	-	-	-	-	-	-
Zorgaanbieder L	0	-	-	-	-	-	-
Zorgaanbieder M	-	-	-	-	0	-	-
Zorgaanbieder N	-	-	-	-	-	0	-
Zorgaanbieder O	-	-	0	-	-	-	-
Zorgaanbieder P	-	-	-	-	?	-	-
Zorgaanbieder Q	-	-	2	-	-	-	-
Zorgaanbieder R	-	-	-	-	-	0	0
Zorgaanbieder S	-	-	?	-	-	-	-
Zorgaanbieder T	?	-	-	?	-	?	?
Zorgaanbieder U	0	-	-	-	-	-	-
Zorgaanbieder V	-	-	0	-	-	-	-
Zorgaanbieder W	-	?	-	8	-	-	-
Zorgaanbieder X	-	-	?	-	-	-	-
Zorgaanbieder Y	-	1	-	-	-	-	-
Zorgaanbieder Z	2	-	-	-	-	-	-

Zorgaanbieder	Segment 1	Segment 2	Segment 3	Segment 4			
	FFT	MST	MDFT	NPT	ART	Workwise	In Control
Zorgaanbieder AA	-	-	4	-	-	-	-
Zorgaanbieder BB	-	-	?	-	-	-	-
Zorgaanbieder CC	-	-	-	1	-	-	-
Zorgaanbieder DD	-	-	-	9	-	-	-
Zorgaanbieder EE	-	-	1	-	-	-	-
Zorgaanbieder FF	-	-	0	-	-	-	-
Zorgaanbieder GG	2	5	-	-	-	-	-
Zorgaanbieder HH	-	5	1	-	-	-	-
Zorgaanbieder II	-	1	1	-	-	-	-
Totaal	6	25	9	18	0	0	0

? = gecontracteerd, geen gegevens aangeleverd over uitgevoerde en lopende interventies

Tabel B4.5

Bron:DForZo

Aantal gecontracteerde aanbieders per arrondissement per segment

Arrondissement	Segment 1	Segment 2	Segment 3	Segment 4
Den Bosch	3	2	1	4
Breda	1	1	1	3
Maastricht	1	1	1	2
Roermond	1	1	2	2
Arnhem	2	2	2	5
Zutphen	2	2	1	1
Zwolle/Lelystad	1	1	2	2
Almelo	1	1		2
Den Haag	1	1	3	
Rotterdam	1	2	1	2
Dordrecht	1	1	1	1
Middelburg	1	1		1
Amsterdam	1	1	3	1
Alkmaar	1	1	1	
Haarlem	2	1	4	1
Utrecht	2	1	3	2
Leeuwarden		1	1	
Groningen		1	1	
Assen		1		

Bijlage 5 Dossieronderzoek

B1 Onderzoeksmethode

Om inzicht te krijgen in de mate waarin het beperkte en niet tijdig beschikbare aanbod van interventies een rol speelde bij het niet adviseren c.q. opleggen van een GBM en/of niet adviseren van een erkende interventie als onderdeel van de GBM is in maart 2012 dossieronderzoek uitgevoerd naar de uitgebreide strafonderzoeken GBM (USO GBM) en de adviezen van de Raad voor de Kinderbescherming.

Steekproef dossieronderzoek

Om het effect van de pilot zorginkoop te onderzoeken zijn in het dossieronderzoek twee steekproeven van USO-GBM onderzoeken onderzocht: een uit de eerste helft van 2009 (voor de start van de pilot zorginkoop GBM) en een uit de eerste helft van 2011 (na de tweede aanbestedingsronde in de pilot zorginkoop GBM). Uit het totaal aantal USO GBM onderzoeken in die twee periodes is door de Raad voor de Kinderbescherming een at random steekproef getrokken van 50 USO GBM onderzoeken in 2009 en 2011, een totaal aantal van 100 USO GBM onderzoeken. In het Kinderbescherming Bedrijfsprocessen Systeem (KBPS) is gezocht naar advies van de Raad, USO GBM onderzoek, haalbaarheidsonderzoek, Pro Justitia rapportage NIFP, vonnis en/of besluit indien aanwezig.

Uit deze steekproef bleken 12 dossiers uit 2009 niet volledig en/of toch geen USO GBM onderzoek en in 2011 betrof dit 13 dossiers. De onderzoekers hebben daarom aanvullend een nieuwe at random steekproef getrokken zodat er in totaal twee maal 50 dossiers geselecteerd zijn. Voor het analyseren van de dossiers en stukken uit het KBPS is een screeningslijst opgesteld.

In de dossiers zijn de volgende variabelen opgezocht:

- Jaar USO-GBM
- Dossier- en parketnummer
- Regio / subregio
- Leeftijd jongere
- Geslacht
- Beschikbare documenten
- Afgerond USO GBM, ja/nee
- Advies GBM, Ja/nee
- De inzet van erkende interventies
- Overwegingen voor het adviseren van interventies
- Vonnis kinderrechter; GBM ja/nee, erkende interventies en redenen

De verdeling van de bestudeerde dossiers per regio van de Raad voor de Kinderbescherming en per jaar is weergegeven in tabel B5.1.

Tabel B5.1 Aantal gescreende dossiers per jaar en per regio

Regio	Aantal gescreende dossiers		
	2009	2011	Totaal
Amsterdam en Gooi en Vechtstreek	12	7	19
Friesland en Flevoland	2	9	11
Gelderland	4	3	7
Groningen en Drenthe	3	7	10
Haaglanden en Zuid-Holland Noord	9	8	17
Limburg	6	-	6
Midden- en West Brabant	2	-	2
Noord en Zuidoost-Brabant	3	3	6
Noord-Holland	3	4	7
Rotterdam-Rijnmond	6	5	11
Utrecht	-	3	3
Zuid-Holland Zuid en Zeeland	-	1	1
Totaal	50	50	100

Tabel B5.2 Sekse van jongeren per jaar

Geslacht	2009	2011	Totaal
Man	48	43	91
Vrouw	2	7	9
Totaal	50	50	100

Tabel B5.3 Leeftijd van jongeren per jaar

Leeftijd	2009	2011	Totaal
14	1	-	1
15	5	3	8
16	5	17	22
17	28	15	43
18	11	14	25
19	-	1	1
Totaal	50	50	100

B2 Aantal onderzoeken en adviezen

Tabel B5.4 Totaal aantal USO GBM onderzoeken, adviezen GBM

	2009			2011		
	GBM advies			GBM advies		
Regio's	Ja	Nee	Totaal	ja	nee	Totaal
Amsterdam Gooi en Vechtstreek	3	9	12	2	5	7
USO GBM afgerond	3	7	10	2	4	6
USO GBM niet afgerond	-	2	2	-	1	1
Friesland en Flevoland	2	-	2	6	3	9
Gelderland	1	3	4	1	2	3
Groningen en Drenthe	-	3	3	1	6	7
Haaglanden en Zuid-Holland Noord	4	5	9	5	3	8
Limburg	4	2	6	-	-	-
Midden- en West Brabant	1	1	2	-	-	-
Noord en Zuidoost-Brabant	2	1	3	1	2	3
Noord-Holland	1	2	3	2	2	4
Rotterdam-Rijnmond	2	4	6	2	3	5
Utrecht	-	-	-	2	1	3
Zuid-Holland Zuid en Zeeland	-	-	-	-	1	1
Totaal	20	30	50	22	28	50

B3 Inhoud raadsadviezen

Tabel B5.5 Inhoud GBM adviezen 2009 (n=20)

Regio	Aantal adviezen	Aantal adviezen met erkende interventie	FFT	MST	MDFT	NPT	ART	MTFC	Leerstraf
Amsterdam en Gooi en Vechtstreek	3	3	1		1	1			
Friesland en Flevoland	2	0							
Gelderland	1	1						1	
Groningen en Drenthe	0	0							
Haaglanden en Zuid-Holland Noord	4	0							
Limburg	4	2		2					
Midden- en West Brabant	1	0							
Noord en Zuidoost-Brabant	2	2	1	1					
Noord-Holland	1	0							
Rotterdam-Rijnmond	2	0							
Utrecht	0	0							
Zuid-Holland Zuid en Zeeland	0	0							
Totaal	20	8	2	3	1	1	0	1	0

Tabel B5.6 Overzicht invulling GBM met minimaal één erkende interventie in 2009

Erkende interventie i.c.m. overige interventies

FFT	Deeltijdbehandeling Bascule (GGZ)
FFT	Behandeling binnen de polikliniek van de Catamaran (GGZ) en Jeugdreclassering.
MST	Onvw jeugddetentie, vw jeugddetentie, ITB HKJ (voortzetting traject), individuele cognitieve gedragstherapie
MST	ITB Harde Kern, individuele behandeling, herstelbemiddeling via SIB, onderwijs op veldwijk, zinvolle vrijetijdsbesteding, vw jeugddetentie
MST	Ambulante hulpverlening verslavingszorg novadic kentrion, loopbaantraject YOR voor passende opleiding en nazorg, Equip.
MDFT	Equip
NPT	---geen aanvullende interventie---
MTFC	Jeugdreclassering

Tabel B5.7 Overzicht invulling GBM zonder erkende interventies in 2009

Geadviseerde interventies	Aantal
<i>Jeugdreclassering</i>	
Jeugdreclassering begeleiding (incl.1 x WSG)	8
Maatregel Hulp en Steun (MHS)	2
<i>Justitiële gedragsinterventies</i>	
Individuele Traject Begeleiding Harde Kern (ITB HK)	8
Cognitief gedragstherapeutische programma (Equip)	3
Equiptraining met ouderbegeleiding	1
Ambulant uitgevoerde training door de JJI	1
<i>Behandeling GGZ/ jeugdzorg</i>	
Intensieve gezinsbehandeling	1
Behandeling niet nader gespecificeerd/ met meerdere opties	3
Ambulante behandeling individueel	4
Cognitieve gedragstherapeutische therapie	1
individuele (psycho)therapie	1
Plaatsing op een crisisplek	1
<i>(Licht) verstandelijk gehandicapten zorg (residentieel)</i>	
Residentieel	1
<i>Verslavingszorg</i>	
Ambulante behandeling individueel	1
Ambulante begeleiding individueel	1
Voorlichting verslavingsrisico's en consequenties van alcohol- en drugsgebruik	1
Urinecontroles door verslavingszorg	1
<i>Lokale voorzieningen</i>	
Dagbesteding (o.a. school en/of werk)	7
Adequate vrijetijdsbesteding	4
<i>Overige interventies</i>	
Contactverbod ouder	1
Contactverbod mededaders	2
Geen uitgang zonder begeleiding van een volwassene	1
Meewerken aan controle door de politie	1

Tabel B5.8 Inhoud GBM adviezen 2011 (n=22)

Regio's	Aantal adviezen	Aantal adviezen met erkende interventie	FFT	MST	MDFT	NPT	ART	MTFC	Leerstraf
Amsterdam en Gooi en Vechtstreek	2	1				1			
Friesland en Flevoland	6	2		1	1				
Gelderland	1	1		1					
Groningen en Drenthe	1	0							
Haaglanden en Zuid-Holland Noord	5	1			1				
Limburg	0	0							
Midden- en West Brabant	0	0							
Noord en Zuidoost-Brabant	1	1				1			
Noord-Holland	2	1		1					
Rotterdam-Rijnmond	2	1		1		1	1		
Utrecht	2	1		1		1			
Zuid-Holland Zuid en Zeeland	0	0							
Eindtotaal	22	9	0	5	2	4	1	0	0

Tabel B5.9 Overzicht invulling GBM met minimaal één erkende interventie in 2011

Erkende interventie in combinatie met overige interventies

MST	Individuele behandeling GGZ, begeleiding jeugdreclassering
MST	Individuele Equip training
MST	ITB Harde kern, individuele behandeling GGZ, dagbesteding, MHS, eventueel begeleid wonen traject
MDFT	ITB Harde Kern met elektronisch toezicht inclusief GPS
MDFT	ITB Harde Kern, meewerken aan de noodzakelijk geachte consulten GGZ ten aanzien van medicatie, Jeugdreclassering, MHS
NPT	Behandeling en sociale vaardigheidstraining op basis van psychomotorische therapie (PMT), MHS, begeleiding jeugdreclassering
NPT	muziektherapie en een avondklok
NPT*	Individuele (cognitieve) gedragstherapie, outreachende begeleiding (SPV-traject van De Bascule, Care Express of NPT)
MST + NPT	ITB+
MST + NPT + ART	Drugshulpverlening GGZ (MDFT indien niet toereikend)

*NPT wordt in deze GBM niet expliciet geadviseerd, maar als mogelijke invulling van de GBM gegeven.

Tabel B5.10 Overzicht invulling GBM zonder erkende interventies in 2011

Geadviseerde interventies	Aantal
<i>Jeugdreclassering</i>	
Jeugdreclassering begeleiding	4
Maatregel Hulp en Steun (MHS)	7
<i>Justitiële gedragsinterventies</i>	
Individuele Traject Begeleiding Harde Kern (ITB HK)	5
Individuele Traject Begeleiding Criminaliteit in Relatie tot Integratie van Etnische Minderheden (ITB-Criem)	1
Elektronisch toezicht	1
<i>Behandeling GGZ/ jeugdzorg</i>	
Residentiële behandeling	3
Dagbehandeling	2
Poliklinische behandeling	1
Behandeling niet nader gespecificeerd/ met meerdere opties	4
Ambulante behandeling individueel	2
Cognitieve gedragstherapeutische therapie	1
Gezinsbegeleiding/ouderbegeleiding	3
Nadere psychiatrische diagnostiek en evt. medicatie	1
<i>(Licht) verstandelijk gehandicapten zorg (residentieel)</i>	
Residentieel	1
<i>Verslavingszorg</i>	
Ambulante behandeling individueel	2
Urinecontroles door verslavingszorg	3
Residentiele behandeling/opname	1
<i>Lokale voorzieningen</i>	
Huisvesting / zelfstandig wonen	1
Begeleid kamer traject	1
Adequate vrijetijdsbesteding	1
<i>Overige interventies</i>	
Contactverbod mededaders	2



DSP-groep BV
Van Diemenstraat 374
1013 CR Amsterdam

T +31 (0)20 625 75 37
dsp@dsp-groep.nl
www.dsp-groep.nl

KvK A'dam 33176766

DSP-groep, opgericht in 1984, is een onafhankelijk landelijk bureau voor onderzoek, advies en management, met zestig medewerkers. We werken in opdracht van de overheid (ministeries, provincies en gemeenten), maar ook van maatschappelijke organisaties op landelijk, regionaal en lokaal niveau.

Werkvelden

De werkvelden waarop we de meeste expertise hebben opgebouwd zijn veiligheid, jeugd, sport, kunst en cultuur, onderwijs, openbare ruimte en groen, sociaal beleid, stedelijke vernieuwing, welzijn, wonen en wijkgericht werken.

Dienstverlening

We ondersteunen onze opdrachtgevers bij complexe vraagstukken. We kunnen onderzoek doen, een registratiesysteem of monitor ontwikkelen, een advies uitbrengen, een beleidsvisie voorbereiden, een plan toetsen of tijdelijk het management voeren. DSP-groep geeft ook trainingen, workshops en lezingen.

Meer weten?

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