

# 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.

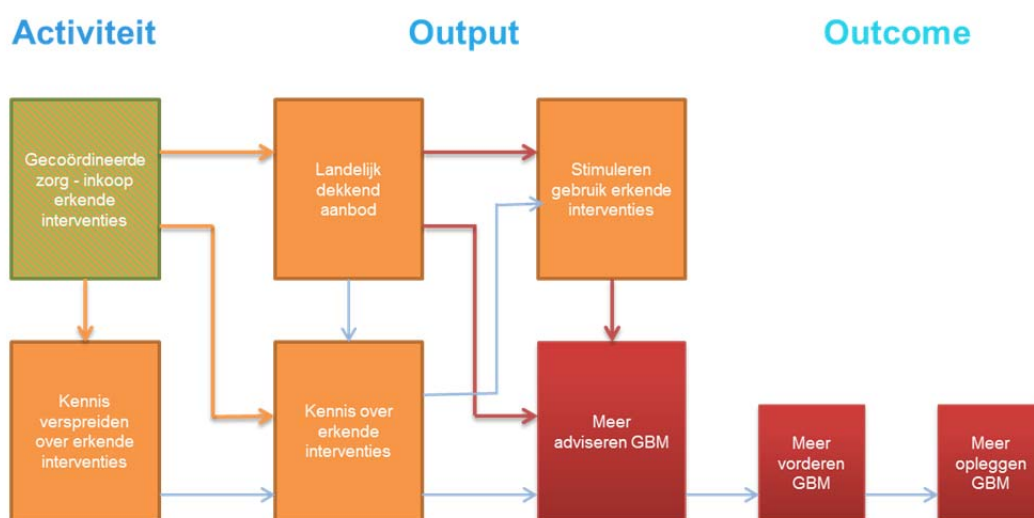
Verder valt op dat de cijfers slecht op orde zijn. De cijfers over het aantal opgelegde GBM door het OM en het aantal uitgevoerde GBM door de jeugdreclassering komen niet overeen. De interventies die in het kader van de GBM worden opgelegd worden niet geregistreerd. Hierdoor hebben de landelijke ketenpartners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