

CHIKUBA regelt passende kinderopvang

Linnaeushof 6 (II) 1098 KH Amsterdam Tel 020-5573600 Fax 020-557690

Email info@chikuba.nl www.chikuba.nl



Rapport

ONDERZOEK NAAR DE UITVOERING VAN DE SMI-REGELING IN DE G4

Bekendheid en Toegankelijkheid – I&O Research
in samenwerking met Chikuba

Juni 2016

COLOFON

Uitgave

I&O Research
Piet Heinkade 55
1019 GM Amsterdam
020-3330670

Rapportnummer

2016/80

Datum

Juni 2016

Opdrachtgever

Chikuba

Auteur(s)

Aniek de Lange MSc, I&O Research
Drs. Ankie Lempens, I&O Research

Drs Mirjam Munnecom, Chikuba

Bestellingen

Exemplaren zijn verkrijgbaar bij de opdrachtgever.

Het overnemen uit deze publicatie is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld



INHOUDSOPGAVE

1. Inleiding	6
1 1 Aanleiding	6
1 2 Leeswijzer ..	6
2. Samenvatting en resultaten Onderzoek I&O Research	8
2.1 Inleiding	8
2.2 Hoe ziet het SMI proces van screening, doorverwijzen, aanvraag tot toekenning eruit in de G4? 8	
2 3 Hoe staat het met de financiële toegankelijkheid tot het instrument?	10
2 4 Hoe staat het met de bekendheid van het instrument?	11
2.5 De SMI-regeling in de praktijk / wat zijn de kengetallen?	13
3. Desk research	19
3 1 Achtergrond SMI	19
3 2 SMI in Amsterdam ...	19
3 3 Onderzoek rondom wettelijke borging ..	20
3 4 Overheidsbeleid ...	20
3.5 Proces van aanvraag .	20
3.6 Gebruik regeling .	24
3.7 Achtergrondgegevens ..	24
4. De regeling volgens vertegenwoordigers van Beleid, Uitvoering en Indicatiestelling	28
4 1 Inleiding	28
4 2 SMI in Amsterdam .	28
5 1. SMI in Rotterdam	32
5 2. SMI in Den Haag ..	37
5.3 SMI in Utrecht ..	40
5. De regeling volgens (potentiële) verwijzers	45
5 1 Inleiding	45
5 2 Doelgroep SMI ..	45
5 3 Bekendheid .	46
5 4 Doorverwijzingen ..	49



5.5	Alternatieven	50
5.6	Succesfactoren	50
5.7	Knelpunten	51
5.8	Verbeterpunten	52
5.9	Verdieping	53
6.	Aanbevelingen - door Chikuba	57
6.1	Inleiding	57
6.2	SMI is meer dan alleen het regelen van toegang tot kinderopvang, meer dan de Wko	57
6.3	Bekendheid en toegankelijkheid van de regeling kan verbeteren door de wijkteams	57
6.4	Aanbevelingen voor maatregelen kostenbeheersing in beleid SMI	58
6.5	Aanbevelingen voor kostenbeheersing in het uitvoeringsproces	59
6.6	De beschikbaarheid van cijfers	60
6.7	Aanpassen van de bijdrage van de overheid op grond van verbruik	60
6.8	Aanbevelingen voor de ontwikkeling van instrumenten ten behoeve van de ondersteuning van gemeenten	60



1

HOOFDSTUK

Inleiding



1. Inleiding

1.1 Aanleiding

In Nederland bestaat de zogenaamde SMI-regeling. Deze regeling is bestemd voor gezinnen die geen recht hebben op kinderopvangtoeslag, bijvoorbeeld omdat maar een van de ouders werkt terwijl de andere ouder om sociale of medische redenen niet voor het kind kan zorgen. Deze regeling is belegd bij de gemeente maar kent geen wettelijke borging of geoormerkt geld.

In 2013 heeft Regioplan het beleid rondom SMI bij de gemeenten in Nederland bekeken en gekeken naar de behoefte aan wettelijke borging van de regeling. In de kamerbrief van juli 2014 waarmee dit rapport naar de kamer is gestuurd geeft de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) aan dat hij de SMI regeling niet wettelijk zal borgen, omdat gemeenten de afgelopen jaren hebben laten zien dat zij de regeling goed kunnen uitvoeren. Wel zijn de bekendheid en de financiële toegankelijkheid van de regeling een punt van aandacht.

Nu, ongeveer twee jaar later, heeft het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid Chikuba gevraagd een onderzoek te doen naar de opzet, regelgeving en uitvoering van de SMI-regeling binnen de G4. Specifieke aandacht gaat daarbij uit naar de bekendheid en (financiële) toegankelijkheid van de regeling. Chikuba heeft I&O Research gevraagd om in samenwerking dit onderzoek uit te voeren.

De vragen zijn beantwoord vanuit toepassing van vier verschillende onderzoeksmethoden. Als eerste is desk research gedaan om informatie te verzamelen over het proces en de (financiële) toegankelijkheid in alle gemeenten. Daarnaast zijn er diepte-interviews uitgevoerd, waarbij in elke gemeente drie mensen zijn geïnterviewd: vertegenwoordiger(s) vanuit het beleid, vanuit de uitvoering en vanuit de screening. Ten derde zijn er telefonische interviews gehouden met (potentiele) verwijzers en als laatste is er een focusgroep gehouden met verwijzers, ter verdieping op de telefonische interviews.

1.2 Leeswijzer

We starten met het hoofdstuk dat de samenvatting en de belangrijkste resultaten weergeeft. De hoofdvragen van onderzoek worden hierin achtereenvolgens langsgelopen en vervolgens schematisch en per gemeente weergegeven.

Hoofdstuk 4 is het resultaat van deskresearch. We bespreken kort het beleid rondom de regeling, de globale gang van zaken rondom het proces van aanvraag van de SMI in de G4-gemeenten en bevindingen uit eerder onderzoek.

Hoofdstuk 5 en 6 geven de resultaten van de raadpleging onder direct betrokkenen bij de regeling weer. Hoofdstuk 5 geeft weer hoe vertegenwoordigers vanuit het beleid, de uitvoering en de indicatiestelling tegen de regeling aankijken en hoofdstuk 6 bespreekt de ervaringen en opinies van (potentiele) verwijzers. Tot slot volgt hoofdstuk 7 met aanbevelingen van Chikuba.

2

HOOFDSTUK

Samenvatting en resultaten Onderzoek I&O Research

2. Samenvatting en resultaten Onderzoek I&O Research

2.1 Inleiding



“Het is een belangrijke regeling: als een ouder huilend van blijdschap de deur uit gaat, omdat ze het echt niet meer aankon en je weet: met dit beetje extra steun is de ontwikkeling van dit kind geholpen.” (Indicering - Utrecht)

Hoe functioneert de SMI-regeling in de vier grote steden en hoe zijn de bekendheid en financiële toegankelijkheid van de regeling? Deze hoofdvragen staan centraal in deze brede verkenning naar de SMI in de G4 waarvoor deskresearch is uitgevoerd en gesprekken zijn gehouden met de betrokken beleidsmedewerkers, uitvoerders en indicatiestellers enerzijds en met professionals die met de doelgroep voor de regeling werken anderzijds: de (potentiële) verwijzers.

In dit onderzoek staan de volgende onderzoeksvragen centraal:

- 1 Hoe ziet het SMI proces van screening, doorverwijzen, aanvraag tot toekenning eruit in de G4?
 - In hoeverre sluit de Regeling SMI aan bij andere gemeentelijke voorzieningen?
 - Wie verwijzen door?
 - Doen ouders zonder doorverwijzing aanvraag?
 - Waar wordt de aanvraag gedaan en wat gebeurt er na de aanvraag?
 - Hoe is de screening georganiseerd?
 - Wie doet de indicering en hoe verloopt dat?
 - Onder welke voorwaarden wordt SMI ondersteuning geboden?
- 2 Hoe staat het met de financiële toegankelijkheid tot het instrument?
 - Is er een ontwikkeling zichtbaar ten opzichte van 2013?
 - Worden er inkomenseisen gesteld? En zo ja welke?
 - Is er sprake van een budgetplafond? En wordt die bereikt?
 - Is er sprake van een eigen bijdrage?
- 3 Hoe staat het met de bekendheid van het instrument?
 - Is het instrument bekend? Bij stakeholders en bij ouders?
 - Hoe is binnen de structuur van de regeling de bekendheid van de regeling ingebed?
 - Welke alternatieven kennen verwijzers?
- 4 Hoe werkt de SMI-regeling in de praktijk - Kengetallen?
 - Welke bedragen zijn per gemeente gemoeid met de uitvoering?
 - Uit welke 'pot' wordt de SMI bekostigd? Bijvoorbeeld het gemeentefonds of is er andere financiering?
 - Hoeveel kinderen/gezinnen krijgen op dit moment SMI-ondersteuning?

Dit hoofdstuk beschrijft de belangrijkste bevindingen en conclusies aan de hand van de hoofdvragen van onderzoek.

2.2 Hoe ziet het SMI proces van screening, doorverwijzen, aanvraag tot toekenning eruit in de G4?

Hoewel gemeenten vrij zijn in de inrichting van de regeling, zijn er in de vier steden veel overeenkomsten in het proces en de voorwaarden er rondom.



Zo is er in alle steden een onderscheid tussen de fase van screening – waarbij eerst wordt vastgesteld of 1. de aanvrager geen beroep kan doen op de wet kinderopvang, en 2. beroep kan worden gedaan op voorliggende voorzieningen en/of op het sociaal netwerk voor de opvang – en de fase van indicatiestelling, die in alle gevallen door de GGD wordt uitgevoerd. De regeling is in de meeste steden qua toekenningsduur begrensd, variërend van 9 maanden (in Rotterdam) tot 1 jaar (in de andere steden) en in twee van de vier steden is er ook een limiet aan het aantal toe te kennen dagdelen gesteld. In alle steden zijn uitzonderingen op deze regels mogelijk, alleen in Rotterdam wordt er het meest strikt mee omgegaan.

In alle steden vindt de indicatiestelling plaats op basis van de problematiek van de ouder, waarbij erkend wordt dat zorgen om de ontwikkeling van het kind daarbij de achterliggende drijfveer zijn voor toekenning van de opvang. Alleen in Den Haag is kindproblematiek een uitsluitingsgrond voor de reguliere SMI-route: de aanvrager wordt in dat geval doorverwezen naar de afdeling die de jeugdwet uitvoert. Rotterdam gaat het verst in implementatie van de kindproblematiek: daar geldt de SMI-plus regeling voor gezinnen bij wie er – naast ouderproblematiek – ook sprake lijkt te zijn van kindproblematiek. Voor deze kinderen wordt kinderopvang in kleinere groepen en met extra begeleiding ingezet.

Waarin verschillen de steden?

Amsterdam



“Ons succes is dat we met de SMI heel veel kinderen bereiken die - zonder toeters en bellen - naar een gewone voorziening gaan. Waar nodig wordt extra zorg ingezet, maar deze ouders en kinderen komen niet in een probleemsysteem terecht.” (Beleid – Amsterdam)

Amsterdam is de enige stad waar gastouderopvang niet mogelijk is, waar ouders en professionals uit de nuldelijn niet zelf kunnen aanmelden en waar verdergaande kwaliteitsvoorwaarden aan de kinderopvangcentra worden gesteld buiten registratie alleen. Verder valt op dat in Amsterdam de uitvoerende partij (Chikuba) ook de contractant is en dat er prijsafspraken zijn gesloten met een aantal kinderopvangcentra, waarbij deze een lagere prijs vragen voor de kinderen in de SMI-regeling. Daarnaast is alleen in Amsterdam een directe doorgaande lijn van de SMI-regeling naar de VVE, waarbij er afstemming bij plaatsing is zodat kinderen niet meer hoeven te verplaatsen binnen de kinderopvang en waarbij er met het beleid is afgestemd dat de VVE-uren in mindering worden gebracht op de kosten voor de SMI.

Rotterdam



“De plus zorg is voor kinderen voor wie wel extra zorg nodig is. Het is normale opvang, maar toch een beetje bijzonder.” (Indicering - Rotterdam)

Rotterdam onderscheidt zich doordat hier het meest nadrukkelijk plaats is voor kindproblematiek vanuit de SMI-plusregeling. Wanneer bij de indicatiestelling voor een SMI-plaatsing blijkt dat er (ook) kindfactoren spelen, dan kan de SMI-plusregeling worden toegekend. Deze – speciale – opvanggroepen worden op een vijftiental locaties in de stad aangeboden. De plusgroepen zijn gescheiden van de reguliere opvanggroepen. In Rotterdam doet de GGD zowel de voorscreening als de indicatiestelling voor de SMI regeling.

Den Haag

In Den Haag wordt de indicatiestelling uitgevoerd door de afdeling Volksgezondheid van de GGD en ligt er geen structurele en directe relatie met de Jeugdgezondheidszorg. De SMI-regeling is in Den Haag primair een ouder-regeling. De gemeentelijk uitvoerder is herkenbaar als 'Bureau Kinderopvang'. Zij regelen de kinderopvang voor de SMI en voor ouders in re-integratietrajecten. Het Bureau Kinderopvang valt onder de dienst Sociale Zaken.

Utrecht

In Utrecht is de voorscreening door de afdeling Werk & Inkomen het meest uitgebreid: hier vindt, telefonisch, zowel een contextuele als financiële voorselectie plaats. Afhankelijk van de tijd waarmee de klant de machtiging voor indicering met ondersteunende rapportage aanlevert, kan er veel tijd overheen gaan voordat de arts Volksgezondheid een voorbereide casus heeft ter indicering. De Utrechtse financiële screening is verder het meest uitgebreid, omdat hierbij naar het vermogen wordt gekeken.

2.3 Hoe staat het met de financiële toegankelijkheid tot het instrument?

Alle vier steden hebben beperkende maatregelen doorgevoerd om een te grote toeloop en te grote kosten van de regeling in te dammen, nadat de regeling rond 2012 een groei in aanvragen liet zien. In alle vier steden wordt (sindsdien) een eigen bijdrage van ouders gevraagd, waarbij er gekeken wordt naar inkomen. Hierbij gelden dezelfde regels en tabellen als bij de Kinderopvangtoeslag. Op Utrecht na, geldt nergens een inkomensdrempel, dus ook ouders met een hoog inkomen kunnen de regeling aanvragen, al zullen zij – naar draagkracht – moeten bijbetalen. Utrecht is het meest streng in het bepalen van de hoogte van de eigen bijdrage, want zij rekenen ook vermogen – waaronder eigen huis – mee.

De eigen bijdrage wordt berekend op basis van draagkracht. De draagkrachtruimte is 100% als het inkomen hoger is dan 200% van de toepassing zijnde bijstandsnorm. Tot aan deze drempel kan een bijdrage als lening worden verstrekt als het vermogen vast zit in de woning. Alles boven de draagkrachtdrempel betreft een eigen bijdrage.

Voor ouders met een minimuminkomen, die moeite hebben de eigen bijdrage te betalen, kan er in Amsterdam en Rotterdam een beroep worden gedaan op de bijzondere bijstand. Verder kan er in Amsterdam een betalingsregeling worden afgesproken, of in gezamenlijk overleg met gemeente en hulpverlener een vermindering van de ouderbijdrage. In Den Haag kan volledige kwijtschelding van de eigen bijdrage worden aangevraagd als het inkomen op de bijstandsnorm ligt. In Utrecht is er geen beroep op bijzondere bijstand mogelijk.

Sinds de beperkende maatregelen is het aantal aanvragen in de vier steden niet meer gegroeid, al lijkt er recentelijk wel weer sprake van een toename van het aantal aanvragen te zijn.

Financien mogen nooit een reden zijn om nodige opvang niet te kunnen afnemen, zo is het eensluidend oordeel van betrokken partijen bij de regeling. Maar in de praktijk blijkt de hoogte van de eigen bijdrage in alle steden voor sommige ouders een bezwaar te zijn. Uitvoerders wijzen erop dat bij meer kinderen de eigen bijdrage al snel oploopt en dat dit vooral mensen met een inkomen iets boven de norm voor bijzondere bijstand, een probleem kan vormen. In alle steden is er ervaring met ouders die het aantal dagdelen willen verminderen of zelfs van de opvang afzien, vanwege de hoge kosten, ook als hulpverleners dit toch echt als noodzakelijk hebben beoordeeld. Alleen in Den Haag kan de eigen bijdrage volledig worden vergoed door de gemeente, maar dat geldt alleen voor de laagste inkomensgroepen.

Het aanvragen van bijzondere bijstand of verlaging van de eigen bijdrage lijkt gemakkelijker te gaan in de steden waar de uitvoering van de regeling bij de gemeente zelf ligt (bij de diensten Werk en Inkomen / Sociale Zaken) dan in Amsterdam, waar de uitvoerende organisatie haar cliënten soms ziet 'verdwalen' bij de aanvraag van inkomensondersteuning.


Zonder uitzondering geven de betrokken partijen in de vier steden aan dat financiële en schuldenproblematiek onder de doelgroep voor de regeling groot is en alleen maar toeneemt. Omdat het over het algemeen een doelgroep betreft die minder vaardig is met 'papierwerk', menen de stakeholders dat aanvragers zich mogelijk laten afschrikken. Ook sommige professionals die met de doelgroep te maken hebben, geven aan dat zijzelf de administratieve lasten van de regeling al hoog vinden. Dit geldt het sterkst in Utrecht en wordt veroorzaakt door het wat strengere beleid aldaar.

Niettemin zien betrokkenen ook de zin in van het vragen van enige tegenprestatie – zowel in de vorm van de eigen bijdrage als in daden (werken aan verbetering van de probleemsituatie), omdat dit toch de drempel van noodzaak iets verhoogt en zodat de regeling niet voor ieder wissewasje wordt aangevraagd, zoals in het verleden wel eens het geval was. Toch zijn er vooral zorgen over de afschrikkende werking van de kosten ('je weet niet wie je niet ziet'), vooral in gevallen waarbij de noodzaak van de opvang (ook) sterk bij het kind ligt.

Qua beteugeling van de regeling zien zij meer heil in beperking van de duur van de toekenning dan in het verhogen van de kosten voor ouders, ook omdat beperking van de duur een inhoudelijk relevante prikkel geeft – zowel aan de ouder als aan de hulpverlener – namelijk dat er aan het onderliggend probleem moet worden gewerkt en dat er perspectief op verbetering moet zijn. Bij een te strikte hantering van de duur van de regeling echter, wordt de mogelijkheid tot maatwerk beperkt. Alle betrokken partijen geven aan dat juist maatwerk van groot belang is, aangezien niet alle problematiek immers oplosbaar is (verstandelijke beperking, auditieve beperking, lichamelijk handicap, ernstige chronische ziekte) en ook bij behandelbare problematiek langdurig kan zijn. Hierbij spelen soms ook wachtlijsten voor zorg en behandeling een rol.

Geen enkele gemeente hanteert een budgetplafond. Wel zijn er budgetten gereserveerd die dienen als richtlijn om de ontwikkelingen te monitoren.

2.4 Hoe staat het met de bekendheid van het instrument?

 | **43%** is bekend met de SMI-regeling

De regeling is bij iets minder dan de helft van de potentiële verwijzers bekend – 43% van de ondervraagde verwijzers kent de regeling. Onder de geïnterviewde huisartsen en psychiaters is de regeling het minst bekend. De bekendheid per stad is het hoogst in Amsterdam en het laagst in Den Haag.



Voor de toekomst ziet de indicatiestellende partij graag een grotere en meer centrale rol voor het wijkteam: "bij het wijkteam komt alles samen; dat is de ruggengraat van het preventief zorgstelsel". (Indicering - Amsterdam)

Het vergroten van de bekendheid bij wijkteammedewerkers¹ wordt door alle betrokken partijen het meest van belang geacht. Zij vormen in het nieuwe gedecentraliseerde zorgstelsel immers de belangrijkste toe- en ingang tot zorg aan gezinnen, waarvandaan een groot deel van de (vroeg)signalen zullen (moeten) komen en waar alle zorg samenkomt. De toename van aanvragen die in sommige steden wordt gezien, komt dan ook veelal vanuit de wijkteams, zo wordt aangegeven². Daaruit blijkt dan impliciet dat de regeling daar zijn bekendheid wel heeft gevonden, maar beleidsmakers, uitvoerders en indicatiestellers rond de regeling wijzen erop dat er niet altijd overeenstemming is over het doel van de regeling: de regeling wordt soms te gemakkelijk aangevraagd, waar de wijkteams - met de ouders samen - ook zelf tot alternatieve oplossingen hadden kunnen komen. Ook ontstaat soms de indruk dat de regeling als een oplossing an sich wordt gezien, waarbij het benodigde perspectief vanuit de tijdelijkheid van de regeling uit het oog wordt verloren. Soms uit onmacht (er zijn wachtlijsten voor behandeling) of onvoldoende kennis (de wijkteammedewerkers krijgen te maken met zware complexe problematiek en weten niet hoe dit aan te pakken) en soms uit onbekendheid met de bedoelde tijdelijkheid van de regeling. Aangezien de wijkteams in de meeste steden nog niet lang operationeel zijn, hebben alle partijen er begrip voor dat de juiste inbedding van de regeling in de wijkteams nog moet groeien.

Of de regeling bij ouders voldoende bekend is, is in dit onderzoek niet onderzocht. Van verwijzende professionals die de regeling kenden, gaf een meerderheid aan dat ouders niet goed bekend zijn met de regeling. Er is in alle steden enige aandacht voor de regeling via de gemeentelijk website en in Rotterdam is er een laagdrempelige flyer ontwikkeld alsook de mogelijkheid om online gemakkelijk aan te melden. Vanuit de verwijzers komen de volgende suggesties om de bekendheid van de regeling te vergroten:

- gebruik een meer herkenbare naam (Bureau Kinderopvang Den Haag is hier een goed voorbeeld van);
- geef voorlichting aan Arbo-artsen en werkgevers;
- laat informatie regelmatig terugkeren bij bijeenkomsten van professionals, ook binnen organisaties kunnen daar terugkerende vergadering voor benut worden;
- stel hiervoor ambassadeurs aan binnen organisaties of 1 ambassadeur per stad die zich daarmee volledig bezighoudt;
- leg folders, flyers neer bij huisartsen en hang posters op.

In hoeverre dient de gespecialiseerde volwassenenzorg – medisch specialisten - actief geïnformeerd te worden over de regeling? En hoe zit dat met paramedici (fysiotherapeuten) en professionals vanuit het onderwijs en bijvoorbeeld kraamhulp? In alle steden – behalve in Amsterdam – mogen zij een casus aandragen voor aanvraag van de SMI regeling (in afstemming met de ouders). Stakeholders verschillen van inzicht over de vraag of zij geëigend zijn te fungeren als verwijzers, of dat zij beter kunnen terugverwijzen naar de huisarts of naar het wijkteam. In alle steden is men het erover eens dat de partij die verwijst, in ieder geval goed op de hoogte moet zijn van het doel van de regeling. Dit enerzijds om onnodig werk bij de uitvoering te voorkomen en anderzijds om ouders geen valse hoop te bieden.

Een deel van het antwoord op deze vraag is wellicht gelegen in de inbedding van de regeling in de lokale keten van zorg rondom jeugd en gezin. Deze inbedding verschilt sterk naar stad en hangt veelal samen met de afdeling waarbij de regeling is ondergebracht. Bij een goede inbedding in de JGZ, waarbij deze idealiter ook nog zitting heeft in de wijkteamstructuren en de afdeling die over financiën gaat ook van de partij is, lijkt de cirkel behoorlijk rond. De inbedding in de JGZ lijkt van groot belang, aangezien hier ook het kinddossier ligt.

¹ In de verschillende gemeenten wordt gesproken van sociale wijkteams, buurtteams of gebiedsteams; in het rapport hanteren we hiervoor steeds de term 'wijkteams' en 'sociale wijkteams'.

² Dit is in de interviews in Rotterdam en Utrecht aangegeven, maar niet consequent als onderzoeksvraag in het project meegenomen en uitgevraagd en is dus geen harde bevinding.

Den Haag wijkt daarin het meest af – daar is een bewuste scheiding aangebracht tussen de SMI en de zorg rondom jeugd en gezin. In deze stad is de bekendheid onder potentiële verwijzers het kleinst. De inbedding van de regeling in de keten rondom jeugd en gezin lijkt het sterkst in Rotterdam en Amsterdam en in deze steden zijn ook de bekendheid en het gebruik van de regeling het hoogst.




2.5 De SMI-regeling in de praktijk / wat zijn de kengetallen?

De kengetallen rondom het gebruik en de kosten van de SMI worden in de vier steden dermate verschillend bijgehouden, dat een onderlinge vergelijking op basis van de beschikbaar gestelde informatie niet te maken is. Voorbeelden: in het ene geval wordt er geregistreerd op aantallen aanvragen na de eerste screening, in het andere geval worden ook de afvallers na screening geregistreerd; dat levert een onvergelijkbaarheid in het aantal afwijzingen op. Ook worden de gemiddelde kosten per kind, het aantal toewijzingen per leeftijdsgroep, de gemiddelde toekenningduur en aantal dagdelen niet of op verschillende wijzen bijgehouden en datzelfde geldt voor de kosten, baten en budgetberekening per stad. Voor dit onderzoek is een aantal kengetallen opgevraagd, maar die konden binnen de beperkte looptijd van het onderzoek niet volledig worden aangeleverd. Er worden in elke stad wel kengetallen bijgehouden en geanalyseerd, maar de mate waarin en de wijze waarop verschilt dusdanig dat de beschikbare gegevens zich niet lenen voor vergelijking.

Ook de mate van interne uitwisseling van kengetallen voor beleidsdoeleinden verschilt: in de ene stad worden aard en omvang van de aanvragen nauwkeurig en regelmatig gemonitord en besproken, in de andere stad zijn er geen recente gegevens bekend en ligt de regeling al geruime tijd bij steeds wisselende verantwoordelijke personen, waardoor het overzicht ontbreekt.

De noodzaak voor eenduidige registratie en analyse van het gebruik ontbreekt, aangezien er geen verantwoordingsplicht is richting het Rijk. Zo wordt er alleen bijgehouden wat het beleid van de screenende en uitvoerende partij verlangt, of wat partijen zelf noodzakelijk vinden (en zij eventueel verplicht zijn in het kader van accountantscontrole) en dat verschilt op basis van het bestuurlijk draagvlak dat de regeling in een bepaalde tijd kent.

In alle gevallen zijn de betrokken personen wel geïnteresseerd in meer zicht op 'wat doen we nu eigenlijk en voor wie?', omdat daarvan voor lokale beleidsuitvoering kan worden geleerd. In sommige steden vindt dan ook meer of minder frequent casuïstiekoverleg plaats, met dit doel. Behoeft aan vergelijking in werkwijze, uitvoering, cijfers en getallen, tips en trucs met andere steden, is er zeker ook. Meer samenwerking en afstemming (landelijk, dan wel tussen de steden) lijkt dan ook wenselijk.

	AMSTERDAM	DEN HAAG	ROTTERDAM	UTRECHT
1. Hoe ziet het SMI proces van screening, doorverwijzen, aanvraag tot toekenning eruit in de G-4?				
Aanmelding 	Een toeleider (hulpverlener, arts) doet een aanvraag SMI bij uitvoerder Particulier bureau Chikuba	Ouder(s)/verzorger(s)/hulpverleners kunnen telefonisch informatie aanvragen bij Bureau Kinderopvang en vervolgens – als men voldoet aan de voorwaarden – via de mail een aanvraag indienen.	Ouder(s)/verzorger(s)/hulpverleners kunnen zich (eventueel met hulp) aanmelden via een formulier dat zij zelf kunnen downloaden.	Ouder(s)/verzorger(s)/hulpverleners kunnen zich aanmelden door een e-mail te sturen of te bellen voor een intakegesprek.
Screening 	Uitvoerder Chikuba toetst op harde criteria door middel van een intakegesprek met de aanmelder. Bij een 'go' stuurt Chikuba een aanvraagbrief naar GGD.	De medewerker van Bureau Kinderopvang beoordeelt de situatie en verwijst door naar de GGD.	De GGD controleert of het formulier juist is ingevuld en onderzoekt of iemand recht heeft op een indicatie.	De medewerker financiële regelingen voert het intakegesprek en doorloopt telefonisch een vragenlijst. Als uit het gesprek duidelijk is dat men mogelijk in aanmerking komt voor deze bijdrage wordt er een brief gestuurd. De brief moet worden ondertekend door de ouder(s)/verzorger(s) en brieven van de specialist, hulpverlener of begeleider moeten worden opgestuurd naar de gemeente.
Uitvoering 	Door particulier bureau Chikuba	Door gemeentelijk Bureau Kinderopvang van de Dienst Sociale Zaken.	Door team Hygiëne en Indicatie van de GGD samen met subsidiebureau afdeling jeugd.	De afdeling financiële regelingen van de Afdeling Werk & Inkomen
1a. Is de SMI los georganiseerd of is er aansluiting bij andere gemeentelijke voorzieningen?				
	Inbedding in jeugdbeleid en GGZ JGZ	Geen inbedding in jeugdbeleid en geen bij JGZ GGD	Inbedding bij jeugdbeleid en GGD JGZ	Geen inbedding met Jeugdbeleid, Wel inbedding in JGZ via GGD
	Structurele afstemming met wijkteam	Geen structurele afstemming met wijkteams	Structurele afstemming met wijkteams	Geen structurele afstemming met wijkteams

1b. Wie verwijzen door?

Alleen: hulpverlener vanuit het wijkteam, de ouder-kind adviseur, maatschappelijk werk, hulpverlener binnen een welzijnsorganisatie of medisch specialist

Iedereen kan doorverwijzen

Iedereen kan doorverwijzen

Iedereen kan doorverwijzen

1c. Doen ouders zonder doorverwijzing aanvraag?

Nee

ja

ja

ja

1d. Waar wordt de aanvraag gedaan en wat gebeurt er na de aanvraag?

Per telefoon of mail bij Chikuba

Per telefoon of mail bij Bureau Kinderopvang gemeente

Per mail bij gemeente/GGD (rechtstreeks via link op de website)

Per telefoon bij Afdeling Werk en Inkomen

1e. Hoe is de screening georganiseerd?

Chikuba stemt af met verwijzer en checkt bij de ouder

Bureau Kinderopvang stemt af met de verwijzer c.q. checkt bij de ouder

GGD stemt af met de verwijzer c.q. checkt met de ouder

Afdeling Werk en Inkomen stemt af met de verwijzer c.q. checkt met de ouder

1f. Wie doet de indicering en hoe verloopt dat?

GGD jeugdartsenteam (8)

GGD Arts Volksgezondheid team

GGD duo orthopedagoog met arts maatschappij en gezondheid of arts Indicatie en advies, 3 vaste personen Ahv Screeningslijst

GGD Jeugdarts, 1 vaste persoon

Ahv Screeningslijst

Ahv Screeningslijst

Ahv Screeningslijst

1g. Onder welke voorwaarden wordt SMI ondersteuning geboden?

Doelgroep

Ouder- en kindproblematiek

Primair ouderproblematiek

Ouder- en kindproblematiek

Ouder- en kindproblematiek

Maximale omvang en duur

Duur: Maximaal 12 maanden
Omvang: Maximaal 2 dagdelen
Uitzonderingen: mogelijk

Duur: Maximaal 12 maanden
Omvang: geen richtlijn
Uitzonderingen: mogelijk

Regulier SMI: duur maximaal 9 maanden
Omvang: Maximaal 6 dagdelen
SMI-plus: 12 maanden en 8 dagdelen
Uitzonderingen: alleen in zeer uitzonderlijke gevallen

Duur: Maximaal 12 maanden, met de mogelijkheid indien nodig om opnieuw aan te vragen
Omvang: geen richtlijn
Uitzonderingen: mogelijk



	AMSTERDAM	DEN HAAG	ROTTERDAM	UTRECHT
2. Hoe staat het met de financiële toegankelijkheid tot het Instrument?				
Bijzondere bijstand	Ouders betalen de eigen bijdrage aan de uitvoerende partij, die tevens contractant is. Eigen bijdrage conform de regels van de Belastingdienst. Als mensen de eigen bijdrage niet kunnen betalen, kunnen ze in aanmerking komen voor bijzondere bijstand.	Ouders betalen eigen bijdrage zelf aan kinderopvangcentrum. Eigen bijdrage wordt vastgesteld op basis van regels van de Belastingdienst. Voor ouders met een bijstandsuitkering wordt de eigen bijdrage voor 100 % vergoed op basis van maximum uurtarief. Ouders die geen bijstandsuitkering ontvangen en de eigen bijdrage niet kunnen betalen, kunnen een verzoek doen voor 100% vergoeding. Dit verzoek wordt beoordeeld door een sociaal case manager.	Ouders betalen eigen bijdrage zelf aan kinderopvangcentrum. Eigen bijdrage wordt vastgesteld op basis van regels van de Belastingdienst. Als mensen eigen bijdrage niet kunnen betalen, dan kunnen ze in aanmerking komen voor bijzondere bijstand.	Ouders betalen deze zelf aan het kinderopvangcentrum. Naast inkomstenstoets voor het vaststellen van de eigen bijdrage, is er een vrijlating op de bijstandsnorm en wordt gekeken naar kosten voor verzekering en wonen. Er wordt ook gekeken naar eigen vermogen. Als mensen de eigen bijdrage niet kunnen betalen, kunnen ze niet in aanmerking komen voor bijzondere bijstand.
2a. Is er een ontwikkeling zichtbaar ten opzichte van 2013?				
	Lichte groei	Stabiel	Groei	Lichte groei
2b. Worden er inkomenselisen gesteld, zo ja, welke?				
	Nee	Nee	Nee	Ja, als inkomen na aftrek van drempel, woonlasten en ziektekostenverzekering boven 115 % van minimumloon ligt, wordt de regeling niet toegekend, maar kan lening worden verstrekt.
2c. Is er sprake van een budgetplafond en wordt dat bereikt?				
	Geen plafond, geen budget	Geen plafond, geen budget	Geen plafond, wel budget	Geen plafond, wel budget
2d. Is er sprake van een eigen bijdrage?				
	Ja	Ja	Ja	Ja

	AMSTERDAM	DEN HAAG	ROTTERDAM	UTRECHT
3. Hoe staat het met de bekendheid van het instrument?				
3a. In hoeverre is het instrument bekend bij stakeholders en ouders?				
Op ranglijst steekproef onder verwijzers	Best bekend (plaats 1)	Minst bekend (plaats 4)	Plaats 3	Plaats 2
3b. Hoe is binnen de structuur van de regeling de bekendheid ingebed				
	Publicatie op gemeentelijke website, Chikuba stemt publiciteit af met gemeente, terughoudend beleid vanwege de transitie	Bureau Kinderopvang heeft eigen pagina op gemeentelijke Website, geen overige publiciteitsacties	Actueel Factsheet op gemeentelijke website waarop aanvraag kan worden gedaan, recent actief informatiebeleid richting wijkteams	Actieve informatieronde richting wijkteams
3c. Welke alternatieven kennen verwijzers?				
	Leefgezinnes Sociaal Netwerk	Sociaal netwerk wordt niet actief afgewogen bij screening of indicatiestelling	Sociaal netwerk	Opvoedondersteuning en overig gezinsondersteunend aanbod via Sociaal wijkteam, sociaal netwerk
	AMSTERDAM	DEN HAAG	ROTTERDAM	UTRECHT
4. De SMI-regeling in de praktijk / wat zijn de kengetallen?				
4a. Welke bedragen zijn er per gemeente gemoeid met de uitvoering?				
Jaar 2015	€ 2,99 miljoen	€ 1,23 miljoen	€ 1,5 miljoen	Budget € 385.000
4b. Uit welke pot wordt de SMI bekostigd? Gemeentefonds of andere financiering?				
	Gemeentefonds aangevuld met gemeentelijke middelen	Gemeentefonds	Onbekend	Onbekend
4c. Hoeveel kinderen/gezinnen krijgen op dit moment SMI-ondersteuning?				
Jaar 2015	Aantal toekenningen 731 Aantal kinderen 709	Aantal toekenningen 142 Aantal kinderen 258	Aantal toekenningen 255	Aantal toekenningen 92 (2014)

3

HOOFDSTUK

Desk research



3. Desk research

3.1 Achtergrond SMI

In 2005 is de Wet op de kinderopvang (Wko) in werking getreden. Kinderopvang is een zaak van 'de markt' en de rijksbijdrage voor kinderopvang gaat sindsdien naar ouders. Werkende ouders vormen de grootste doelgroep en daarnaast zijn er ook andere doelgroepen geformuleerd (waaronder bijvoorbeeld studerende ouders en tienermoeders). In de Wko en kwaliteitscriteria peuterspeelzalen (Wkpp) werd nog een doelgroep geformuleerd, maar die bepalingen³ zijn niet in werking getreden. De reden daarvoor is dat er geen duidelijkheid ontstond over de plaats waar de centrale indicatiestelling voor de doelgroep zou moeten plaatsvinden. Er is een tijdelijke regeling getroffen waarbij gemeenten de mogelijkheid kregen een eigen, gemeentespecifieke, regeling te treffen voor de doelgroepen die in de bepalingen zijn genoemd, de Sociaal Medische Indicatie regeling (SMI). Via het gemeentefonds werden financiën beschikbaar gesteld. Voor SMI kunnen gezinnen in aanmerking komen die geen recht hebben op kinderopvangtoeslag, bijvoorbeeld omdat maar een van de ouders werkt, terwijl de andere ouder om sociale of gezondheidsredenen tijdelijk niet in staat is om voor de kinderen te zorgen. Om ouders te ontlasten en de ontwikkeling van het kind niet te schaden, kan kinderopvang een (tijdelijke) oplossing bieden.

3.2 SMI in Amsterdam

In 2012 voerde DSP-groep een onderzoek uit naar de SMI in Amsterdam. Zij concluderen dat betrokken instellingen en ouders tevreden zijn over de werkwijze. De inrichting wordt beschreven als grondig, fraudebestendig en klantvriendelijk voor de aanmelder en voor de ouders. De groep die bereikt wordt kent een veelheid in de aard van problemen. DSP constateert dat het doel en de doelgroep van de regeling op verschillende manieren geïnterpreteerd kunnen worden. Verder zijn de maatregelen die zijn getroffen om de kosten te beheersen waarschijnlijk effectief geweest.

³ Artikel 1.6

1 Een ouder heeft voor een berekeningsjaar aanspraak op een kinderopvangtoeslag, indien de ouder in dat jaar *k* behoort tot een bij algemene maatregel van bestuur aangewezen categorie personen met een lichamelijke, zintuiglijke, verstandelijke of psychische beperking en voor wie bij besluit als bedoeld in artikel 23 is vastgesteld dat een of meer van deze beperkingen kinderopvang noodzakelijk maken, of *l* een kind heeft ten aanzien van wie, bij besluit als bedoeld in artikel 23, is vastgesteld dat kinderopvang in het belang van een goede en gezonde ontwikkeling van dat kind noodzakelijk is.

Artikel 1.12

1 Het college van burgemeester en wethouders stelt op aanvraag van de ouder vast of hij of zijn partner dan wel het kind van de ouder een geïndiceerde persoon is als bedoeld in artikel 6, eerste lid, onderdeel *k* of *l*, en in welke mate uit dien hoofde, voor zover andere voorzieningen geen passender oplossing kunnen bieden, kinderopvang in de zin van deze wet noodzakelijk is.

2 Een aanvraag als bedoeld in het eerste lid wordt ingediend bij het college van burgemeester en wethouders van de gemeente waar de ouder zijn woonplaats heeft als bedoeld in de artikelen 10, eerste lid en 11 van Boek 1 van het Burgerlijk Wetboek.

3 Alvorens te besluiten, wint het college van burgemeester en wethouders ten behoeve van de vaststelling van de noodzakelijkheid van kinderopvang als bedoeld in het eerste lid advies in van een onafhankelijke organisatie die beschikt over adequate deskundigheid.

4 Het besluit van het college van burgemeester en wethouders vermeldt de geldigheidsduur van de indicatie.

5 Het college van burgemeester en wethouders kan periodiek herindicatie verrichten van personen als bedoeld in het eerste lid. De herindicatie vindt plaats overeenkomstig het derde lid.

6 Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kunnen

a nadere regels worden gesteld met betrekking tot de krachtens dit artikel aan de gemeente opgedragen taken en de wijze van uitoefening daarvan,

b organisaties als bedoeld in het derde lid worden aangewezen, waarbij tevens regels kunnen worden gesteld omtrent de door die organisaties te hanteren werkwijze.

3.3 Onderzoek rondom wettelijke borging

In 2013 is door Regioplan een onderzoek uitgevoerd in opdracht van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) in het kader van de inwerkingtreding van de Wmo en stelselwijzigingen in de jeugdzorg en Awbz. Er is onderzocht of een wettelijke borging wenselijk is en daarnaast is gekeken naar de positionering van de SMI-regeling. Uit het onderzoek blijkt dat een ruime meerderheid van de Nederlandse gemeenten (90 procent) SMI-beleid voert. Daarnaast blijkt uit het onderzoek dat bij de meeste gemeenten beide doelen van de SMI centraal staan, namelijk:

- het ontlasten van ouders met een handicap of chronische ziekte;
- het ondersteunen van kinderen die als gevolg van de thuissituatie een ontwikkelingsachterstand dreigen op te lopen en voor wie kinderopvang een (tijdelijke) oplossing kan zijn.

Regioplan concludeert dat een wettelijke borging wenselijk is. De voornaamste reden hiervoor betreft het wegnemen van de rechtsongelijkheid die verbonden is aan de huidige uitvoering van de regeling. Het was, en is, namelijk zo dat de financiering van de regeling niet vast ligt. Hierdoor zijn er gemeenten die de regeling niet uitvoeren of niet uitvoeren op de manier zoals landelijk beoogd. Dat leidt tot een zekere mate van rechtsongelijkheid, aldus Regioplan.

3.4 Overheidsbeleid

Minister Asscher schreef in juli 2014 een kamerbrief over de uitkomsten van het onderzoek. Hij stelt de rechtsongelijkheid te kunnen wegnemen door samen met gemeenten te werken aan een grotere bekendheid van de SMI binnen het gemeentelijke domein. Uit de gesprekken die de minister heeft gevoerd met beleidsmakers en uitvoerders van SMI in de G4-gemeenten blijkt dat er tevredenheid is over de beleidsvrijheid en er geen behoefte is aan wettelijke borging van SMI. Minister Asscher geeft als belangrijkste aandachtspunt van de regeling de financiële toegankelijkheid tot SMI. 'Inkomenscriteria beperken de toegang tot de regeling', aldus Asscher. Hij ziet dat als onwenselijk. De minister geeft verder aan de bekendheid van de SMI binnen het gemeentelijke domein te willen vergroten en kondigde aan de situatie in 2016 opnieuw te willen beoordelen (vooral op het punt van de financiële toegankelijkheid).




Recent is besloten dat vanaf 2021 alle peuters van 2,5 tot 4 jaar recht hebben op opvang in de peuterspeelzaal voor 2 dagdelen per week, ook als hun ouders niet werken. Dit heeft consequenties voor de regeling SMI, aangezien daarmee voor kinderen tussen 2,5 en 4 jaar vanuit het rijk al 2 dagdelen opvang worden betaald.

3.5 Proces van aanvraag

In tabel 4.1 is het proces van aanvragen in de G4-gemeenten schematisch weergegeven. Gemeenten zijn vrij om het proces van aanvragen van de SMI op hun eigen manier in te richten. In alle steden behalve Amsterdam kunnen ouders zelf aan aanvraag doen. Vervolgens vindt er een screening plaats en, indien de ouder(s) aan de vastgestelde criteria voldoen, een indicatiestelling. De indicatiestelling gebeurt in alle steden door de GGD. In hoofdstuk 4 wordt dit verder toegelicht.

Tabel 4.1

Schematische weergave van de onderzoeksvragen beantwoord

	AMSTERDAM	DEN HAAG	ROTTERDAM	UTRECHT
Doelgroep	Ouder- en kindproblematiek	Alleen ouderproblematiek	Ouder- en kindproblematiek	Ouder- en kindproblematiek
Aanmelding 	Een toeleider (hulpverlener, arts) doet een aanvraag SMI bij Particulier bureau Chikuba	Ouder(s)/verzorger(s)/hulpverleners kunnen telefonisch informatie aanvragen bij Bureau Kinderopvang en vervolgens - als men voldoet aan de voorwaarden - via de mail een aanvraag indienen.	Ouder(s)/verzorger(s)/hulpverleners kunnen zich (eventueel met hulp) aanmelden via een formulier dat zij zelf kunnen downloaden.	Ouder(s)/verzorger(s)/hulpverleners kunnen zich aanmelden door een e-mail sturen of te bellen voor een intakegesprek.
Screening 	Uitvoerder Chikuba toetst op harde criteria door middel van een intakegesprek met de aanmelder. Bij een 'go' stuurt Chikuba een aanvraagbrief naar GGD.	De medewerker van Bureau Kinderopvang beoordeelt de situatie en verwijst door naar de GGD.	De GGD controleert of het formulier juist is ingevuld en onderzoekt of iemand recht heeft op een indicatie.	De medewerker financiële regelingen voert het intakegesprek en doorloopt telefonisch een vragenlijst. Als uit het gesprek duidelijk is dat men mogelijk in aanmerking komt voor deze bijdrage wordt er een brief gestuurd. De brief moet worden ondertekend door de ouder(s)/verzorger(s) en brieven van de specialist, hulpverlener of begeleider moeten worden opgestuurd naar de gemeente.
Indicatiestelling 	Een team van jeugdartsen van de GGD voert inhoudelijke screening (sociaal medische toets) uit.	Bij de GGD toetst een arts de medische noodzaak. De uitslag hiervan is na ongeveer 3 weken bekend. Bureau Kinderopvang belt hierover naar de ouder(s)/verzorger(s).	De indicatiestelling gebeurt aan de hand van een protocol, waarbij een arts en orthopedagoog de sociale-medische aspecten beoordelen. De arts en orthopedagoog geven sociaal medisch advies op grond van het kind of op grond van de ouder.	Een arts van Volksgezondheid roept ouder(s)/verzorger(s) op voor een gesprek en een onderzoek. De arts kijkt of kinderopvang nodig is. Ouder(s)/verzorger(s) krijgen een brief waarin staat of kinderopvang nodig is. Als dat zo is krijgen ouder(s)/verzorger(s) ook een aanvraagformulier



Uitvoering



GGD stuurt een beschikking naar Particulier bureau Chikuba, dat de uitvoering van de Regeling verzorgt. De ouders kiezen vervolgens zelf een kinderopvangcentrum dat aan de voorwaarden voldoet.

Het gemeentelijk Bureau Kinderopvang doet de uitvoering.

Het team Hygiëne en Indicatie van de GGD verzorgt de uitvoering.

De afdeling financiële regelingen – afdeling Werk & Inkomen – van de gemeente Utrecht verzorgt de uitvoering.

Maximale omvang en duur



Duur: Maximaal 12 maanden
Omvang: Maximaal 2 dagdelen
Uitzonderingen: mogelijk

Duur: Maximaal 12 maanden
Omvang: geen richtlijn
Uitzonderingen: mogelijk

Regulier SMI: duur maximaal 9 maanden
Omvang: Maximaal 6 dagdelen
SMI-plus: 12 maanden en 8 dagdelen
Uitzonderingen: alleen in zeer uitzonderlijke gevallen

Duur: Maximaal 12 maanden, met de mogelijkheid indien nodig om opnieuw aan te vragen
Omvang: geen richtlijn
Uitzonderingen: mogelijk

Eigen bijdrage



Ouders betalen de eigen bijdrage aan de Uitvoerende partij, die tevens contractant is.

Eigen bijdrage conform de regels van de Belastingdienst.

Als mensen de eigen bijdrage niet kunnen betalen, kunnen ze in aanmerking komen voor bijzondere bijstand.

Ouders betalen eigen bijdrage zelf aan kinderopvangcentrum.

Eigen bijdrage wordt vastgesteld op basis van regels van de Belastingdienst.

Voor ouders met een bijstandsuitkering wordt de eigen bijdrage voor 100 % vergoed op basis van maximum uurtarief. Ouders die geen bijstandsuitkering ontvangen en de eigen bijdrage niet kunnen betalen, kunnen een verzoek doen voor 100% vergoeding. Dit verzoek wordt beoordeeld door een sociaal case manager.

Ouders betalen eigen bijdrage zelf aan kinderopvangcentrum.

Eigen bijdrage wordt vastgesteld op basis van regels van de Belastingdienst.



Als mensen eigen bijdrage niet kunnen betalen, dan kunnen ze in aanmerking komen voor bijzondere bijstand.

Ouders betalen deze zelf aan het kinderopvangcentrum.

Naast inkomenstoets voor het vaststellen van de eigen bijdrage, is er een vrijlating op de bijstandsnorm en wordt gekeken naar kosten voor verzekering en wonen. Er wordt ook gekeken naar eigen vermogen.

Als mensen de eigen bijdrage niet kunnen betalen, kunnen ze niet in aanmerking komen voor bijzondere bijstand.

Tabel 4.2
Recent gebruik en ontwikkelingen

	AMSTERDAM	DEN HAAG	ROTTERDAM	UTRECHT
Doelgroep	Ouder- en kindproblematiek	Alleen ouderproblematiek	Ouder- en kindproblematiek	Ouder- en kindproblematiek
Gebruik 2015 en ontwikkeling 	Aantal plaatsingen Aantal kinderen 709 Ontwikkeling: Lichte toename	Aantal plaatsingen Aantal kinderen 258 Ontwikkeling: Stabiel	Aantal plaatsingen Aantal toekenningen 255 Ontwikkeling: Toename	Aantal plaatsingen Aantal kinderen 92 (2014)? Ontwikkeling: Lichte toename?
Gemeentelijke uitgaven 	Onderling niet vergelijkbaar	Onderling niet vergelijkbaar	Onderling niet vergelijkbaar	Onderling niet vergelijkbaar

3.6 Gebruik regeling

De G4-gemeenten krijgen van de Rijksoverheid geld om de SMI-regeling uit te voeren. Zij krijgen daarvoor verschillende bedragen. Amsterdam krijgt hiervoor het meeste geld, gevolgd door Rotterdam, Den Haag en Utrecht. Deze indeling is gebaseerd op het aandeel minderheden, inwoners en bijstandsgerechtigden in de stad, zie tabel 4.3.

Tabel 4.2 op de vorige pagina toont het overzicht van het gebruik van de regeling in de G4 en de uitgaven (of het richtbudget).

Tabel 4.3

Toekeningsleutel

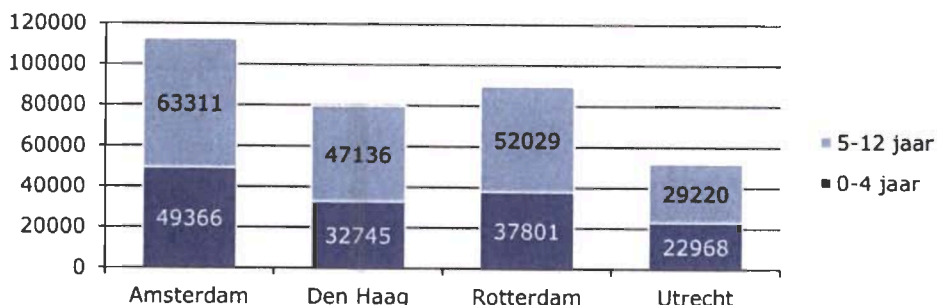
MAATSTAF	AANDEEL VAN HET MACROBEDRAG
Minderheden	10%
Inwoners	40%
Bijstandsgerechtigden	50%

3.7 Achtergrondgegevens

Het gebruik van de regeling verschilt in de vier steden. Om de verschillen in het gebruik te kunnen duiden, bekijken we wat er bekend is over de achterliggende problematiek in de steden. Bij de doelstelling van de SMI is aandacht voor zowel het perspectief van de ouders als dat van het kind. Ten eerste gaan we in op het perspectief van het kind. Figuur 4.1 geeft het aantal jeugdigen (0-12 jaar) in de G4-gemeenten aan, uitgesplitst naar twee leeftijdsgroepen. In Amsterdam ligt dat aantal het hoogst (112.677 kinderen), gevolgd door Rotterdam (89.830), Den Haag (79.881) en Utrecht (52.188).

Figuur 4.1

Aantal kinderen in G4-gemeenten op 1 januari 2015



Bron: CBS

Om ook het gezin en het perspectief van de ouders te belichten, is er gekeken naar een cijfer rondom het voorkomen van multiprobleemgezinnen in de G4-gemeenten. Hierover ontbreken echter landelijke cijfers, aldus het Nederlands Jeugdinstituut. In zowel Amsterdam als Rotterdam is onderzoek uitgevoerd naar deze groep, maar de cijfers zijn onderling niet te vergelijken vanwege een verschil in definitie, de doelgroep en de onderzoeksmethode. Als alternatief zijn cijfers uit Kinderen in Tel⁴ gebruikt over het percentage kinderen in achterstandswijken, in uitkeringsgezinnen en het percentage gemelde mishandelde kinderen.

⁴ Over Kinderen in Tel:

Kinderen in Tel is een onderzoek dat sinds 2006 de situatie van kinderen in kaart brengt aan de hand van indicatoren die zijn gebaseerd op het VN-Kinderrechtenverdrag. Kinderen in Tel presenteert data over het welzijn van kinderen en jongeren in Nederland op provinciaal, gemeentelijk en wijkniveau. Kinderen in Tel is een werkgroep van het Kinderrechtencollectief en bestaat uit: Verwey-Jonker Instituut, Defence for Children, UNICEF Nederland, Stichting Kinderpostzegels Nederland, Jantje Beton, Johanna KinderFonds, Bernard van leer Foundation, Augeo Foundation en NSGK (Nederlandse Stichting voor het Gehandicapte Kind). Het Verwey-Jonker Instituut is verantwoordelijk voor de uitvoering van het onderzoek.

Bij deze getallen moet worden opgemerkt dat het gaat om kinderen in de leeftijd van 0 tot en met 17, dit is een bredere leeftijdscategorie dan de leeftijdscategorie die in dit onderzoek centraal staat (0-12 jaar). Naast gegevens over gezinnen, staan er in tabel 3.4 cijfers die inzicht geven in het aantal volwassenen met een psychiatrische aandoening. Deze gegevens zijn afkomstig uit CIZ Basisrapportages AWBZ. Deze rapportages bieden een overzicht van het aantal inwoners in Nederlandse gemeenten en andere geografische gebieden, zoals zorgkantorregio's of provincies, met een indicatie voor AWBZ-zorg op een bepaald moment. Onder cliënt wordt hier verstaan: een persoon die op een vastgesteld moment een geldig AWBZ-indicatiebesluit heeft dat is afgegeven door het CIZ en die op de peildatum in leven is. Een cliënt kan alleen aanspraak maken op AWBZ-zorg, als voor hem of haar een grondslag⁵ kan worden vastgesteld.

Een grondslag is een aandoening, beperking of handicap waardoor de verzekerde kan zijn aangewezen op zorg. Er zijn zes grondslagen en één daarvan is Psychiatrische aandoening/beperking (PSY). Let wel; met ingang van 1 januari 2015 is de Wet Langdurige Zorg (Wlz) in werking getreden, die de AWBZ vervangt. Om een indruk te krijgen van de mate van voorkomen van de problematiek baseren we ons nog op de AWBZ-indicaties.

Tabel 4.4

Achtergrondgegevens

	AMSTERDAM	DEN HAAG	ROTTERDAM	UTRECHT
Aantal inwoners 18 jaar en ouder op 31 december 2014	671.715	408.098	502.602	266.508
Aantal cliënten (>18 jaar) met een geldige indicatie met PSY-grondslag voor intramurale ⁶ AWBZ-zorg op 1 januari 2015	2.830 (0,42%)	2.230 (0,55%)	2.600 (0,52%)	1.100 (0,41%)
Aantal cliënten (>18 jaar) met een geldige indicatie met PSY-grondslag voor extramurale ⁷ AWBZ-zorg op 1 januari 2015	4.175 (0,62%)	3.675 (0,90%)	3.985 (0,79%)	2.265 (0,85%)
Percentage 0- t/m 17-jarigen dat in een achterstandswijk woont	38,76%	38,70%	56,27%	16,27%
Percentage 0- t/m 17-jarigen dat in een uitkeringsgezin woont	14,47%	10,88%	17,55%	7,48%
Percentage gemelde mishandelde 0- t/m 17-jarigen	0,40%	2,38%	1,06%	0,86%

Bron: CIZ, Kinderen in Tel (2012)

⁵ Voor een cliënt kunnen meerdere grondslagen worden geregistreerd. Bijvoorbeeld, als iemand zowel een somatische als een psychiatrische aandoening heeft. Eén hiervan is de dominante grondslag. Deze wordt vastgesteld op grond van de zwaarst wegende actuele beperkingen in relatie tot de geobjectiveerde zorgbehoefte. Als het vooral de psychiatrische aandoening is die tot de zorgvraag leidt, dan is 'PSY' de dominante grondslag. Somatiek (SOM) is in dit geval de secundaire grondslag. Geestelijke Gezondheidszorg, Gehandicaptenzorg, Verpleging en Verzorging

⁶ Geestelijke Gezondheidszorg, Gehandicaptenzorg, Verpleging en Verzorging

⁷ Persoonlijke verzorging, Verpleging, Begeleiding, Behandeling, Kortdurend Verblijf



Conclusie - Het aantal kinderen in de doelgroep leeftijd voor SMI (0-12) is het hoogst in Amsterdam en het laagst in Utrecht. Het aandeel 0-4 jarigen binnen deze doelgroep is relatief het hoogst in Amsterdam en Utrecht (beiden 44%).

Risicofactoren: Den Haag kent relatief gezien het hoogste aandeel inwoners met een psychiatrische indicatie voor zowel intra als extramurale zorg. Ook kent Den Haag het hoogste percentage meldingen van kindermishandeling, waarop ook Rotterdam relatief hoog scoort. Rotterdam telt relatief verreweg de meeste kinderen die opgroeien in een uitkeringsgezin en in een achterstandswijk. Utrecht scoort op deze risicofactoren verreweg het laagst.

4

HOOFDSTUK

De regeling volgens vertegenwoordigers van Beleid, Uitvoering en Indicatiestelling

4. De regeling volgens vertegenwoordigers van Beleid, Uitvoering en Indicatiestelling

4.1 Inleiding

In elk van de vier steden is gesproken met vertegenwoordigers vanuit het beleid, vanuit de uitvoering en vanuit de indicatiestelling. Hierin staan de volgende hoofdvragen centraal:

- het gebruik van de regeling en ontwikkelingen daarin;
- de (financiële) toegankelijkheid;
- de bekendheid van het instrument;
- de inbedding van het instrument in de keten.

Ook komen de belangrijkste successen, knelpunten en verbeterpunten aan bod. We bespreken de resultaten per stad.

4.2 SMI in Amsterdam



"Om kinderen een veilig tweede leefmilieu te bieden, daar waar ouders niet in staat zijn dit te bieden door hardnekkige problematiek en waardoor de ontwikkelingskansen van het kind onder druk staan." (beleid – gemeente Amsterdam)

	2013	2014	2015
Aantal aanvragen	753	785	893
Aantal afwijzingen (of andere oplossingen)	253	190	162
Aantal toekenningen	500	595	731
Aantal kinderen dat gebruik maakte	738	714	709

Het gebruik van de regeling in Amsterdam is de laatste jaren redelijk stabiel, nadat in 2011 een aantal beperkende maatregelen is ingesteld om de groei in het gebruik van de regeling in te perken.

De uitgaven van de gemeente aan de regeling zijn de laatste twee jaar iets toegenomen, maar fors afgenomen ten opzichte van 2013. Dit laatste heeft te maken met een verhoging van de ouderbijdrage ten gevolge van een wijziging in de Wet Kinderopvang.

	2013	2014	2015
uitgaven ⁸	3.286.433	2.897.222	2.998.642

geen Budgetplafond

De gemeente Amsterdam heeft geen budgetplafond gesteld, er is sprake van een open einde regeling. De gemeente vult de rijks gelden aan vanuit het eigen budget.

⁸ Betreft totale netto-kosten van de SMI regeling (inclusief uitvoeringskosten en minus de geïnde ouderbijdragen)

BEPERKINGEN

2 dagdelen

Bij 3 dagdelen: tijdelijk voor 3 maanden en daarna weer bekijken

12 maanden

Uitzonderingen mogelijk

Beperkingen aan duur en omvang

De regeling wordt in principe toegekend voor 2 dagdelen, soms voor 3. De duur is in principe een jaar, hoewel dit criterium niet strikt wordt gehanteerd. Er is nadrukkelijk sprake van maatwerk, zo geven de partijen aan. "Een kind van twee dove ouders die niet werken, heeft auditieve stimulering nodig." Omdat de doofheid niet over zal gaan, wordt er meteen voor langere tijd geïndiceerd. Bij het bereiken van de leeftijd van 2,5 jaar gaat een SMI-plaatsing over in een VVE-plaatsing. De organisatie die de SMI uitvoert, bemiddelt hierin.

De belangrijkste doelgroep en de ontwikkelingen die zich daarin voordoen

Depressie en psychische problematiek vormen het vaakst de grondslag voor toekenning van de regeling, alsook een verstandelijke beperking. Er worden geen inhoudelijke verschuivingen gezien in de doelgroep die wordt aangemeld. De GGD houdt de grondslagen bij en bespreekt dit in intervisie, met beleid en met de uitvoerende partij.

De belangrijkste aanvragers / doorverwijzers en de ontwikkelingen die zich daarin voordoen

Aanmelding verloopt altijd via een hulpverlener, nooit via de ouder. Ook kan er niet via de nuldelijn worden aangemeld (onderwijs, vrijwilligers, kraamhulp) en ook niet via paramedici zoals de fysiotherapeut. Als deze zich bij de uitvoerende partij melden, wordt terugverwezen naar de huisarts, hulpverlener vanuit het wijkteam, de ouder kind adviseur of medisch specialist. Deze regel is in 2013 ingesteld, voor die tijd kon iedereen (ook ouders zelf) een aanvraag voor SMI indienen.

Sinds Amsterdam werkt met wijkteams (ouder en kindteams en Samen Doen-teams), is het aantal aanmeldingen vanuit deze hoek toegenomen.

De financiële toegankelijkheid van de regeling (inkomenseisen, eigen bijdrage)

Laagdrempeligheid is een nadrukkelijk doel van de regeling in Amsterdam. Alle partijen geven aan dat financiële belemmeringen nooit een reden mogen zijn om geen gebruik van de SMI-regeling te kunnen maken. Alle partijen wijzen er ook op dat financiële problemen veelvuldig spelen bij het gros van de ouders dat een beroep doet op de SMI. Ze zien hierin een toename.

Alle ouders, ook met een hoog inkomen, kunnen de regeling aanvragen. Er is een eigen bijdrage naar draagkracht volgens de regels die ook in de Wet Kinderopvang worden gehanteerd. Bij de aanmelding wordt door de uitvoerende partij gescreend of de ouders niet voor reguliere kinderopvang in aanmerking komen. Ook wordt er al gewezen op de eigen bijdrage die ouders – naar draagkracht volgens de tabellen van de Belastingdienst – zullen moeten betalen. De uitvoerder geeft verder aan dat er wordt gewezen op de mogelijkheid om een beroep te doen op bijzondere bijstand, mocht de eigen bijdrage een probleem zijn. Als laatste geeft de uitvoerende partij aan dat er voor ouders bij wie de eigen bijdrage echt een belemmering vormt, mogelijkheden zijn bij de gemeente om de eigen bijdrage te verlagen. Niettemin wordt er gewezen op het belang van 'enige tegenprestatie in betaling' om ouders duidelijk te maken dat 1. er ook van hen iets wordt verwacht en 2. om deze ouders niet anders te behandelen dan andere ouders.

De criteria die worden gehanteerd bij de indicatiestelling



“Wij zijn de advocaat van het kind, wij moeten bepalen of de opvang in het belang van het kind is” (Indicering – Amsterdam)

De indicatiestelling ligt bij de GGD, afdeling JGZ, waar een vast team van 8 artsen de indicatiestelling verzorgt. Er is intervisie tussen de artsen. De verantwoordelijke voor de indicatiestelling benadrukt dat bij de indicatiestelling vanuit de GGD JGZ het belang van het kind voorop staat: “het kind staat bij ons op de eerste plaats”. Sommige ouders vragen heel veel dagen opvang aan, omdat moeder het niet aan zou kunnen, maar het is in het belang van het kind dat er een goede hechting kan ontstaan. Soms is de situatie ook ‘te ernstig’ om op te lossen met opvang. “Een maatschappelijk werker zegt dan: er moet echt opvang komen, want moeder staat te schreeuwen en dreigt het kind op straat te zetten. Maar dan heb je het over kindermishandeling en dan is er iets anders nodig!”, aldus de indiceerder.

De bekendheid van het instrument

Volgens de drie partijen is de regeling voldoende bekend bij de verwijzende partijen. Er staat informatie over de regeling op de gemeentelijke website – hoewel dit volgens de partijen zelf nog wel iets beter kan. De uitvoerder biedt met enige regelmaat informatie richting de belangrijkste verwijzers.

Vanuit de ouder en kindteams wordt een toenemend aantal aanvragen gedaan, wat wijst op een goede bekendheid van de regeling. Maar de beleidsmedewerker plaatst wel vraagtekens bij de bekendheid van de doelstelling van de regeling, waarbij ook de tijdelijkheid van de regeling aandacht verdient. “Ik zie nog niet dat de duur van de toekenning afneemt. Er moet een plan liggen waarmee ouders aan de slag gaan om hun problemen aan te pakken, maar wordt daar wel aan gewerkt? Het jeugdstelsel moet zo gaan werken dat van dit soort voorzieningen de tijdelijkheid wordt ingezien. De SMI draagt niet direct bij aan de oplossing van het probleem, maar biedt de ouder de tijd en gelegenheid om daaraan te gaan werken.”

Bijna alle ouders komen met hun kind bij het consultatiebureau, maar ouders vertellen daar niet altijd alles, vooral niet als het gaat om psychiatrische problematiek. De GGD-arts die verantwoordelijk is voor de indicatiestelling denkt dat - als de regeling bij psychiaters beter bekend zou zijn - , er “wellicht nog wel onontdekte gevallen boven zouden komen”.

De inbedding van het instrument in de keten



“SMI geeft je de kans om er achter te komen als er iets met het kind aan de hand is, want het kind is in beeld.” (indicering - Amsterdam)

De SMI regeling is in Amsterdam nadrukkelijk ingebed in het jeugdbeleid. Dit wordt vooral bereikt doordat de indicatiestelling in handen is van de GGD, afdeling JGZ. In het kinddossier wordt een aantekening gemaakt dat het kind in de SMI-regeling zit. Er wordt, volgens de GGD, altijd een lijn gelegd met het Ouder en Kindteam of met het Samen Doen team. En als er meer nodig is, sluit de GGD dit kort met het vroeghulp team. Amsterdam kent bovendien een inhoudelijke overdracht van de verloskundigen naar de JGZ.

"De SMI-regeling is onderdeel van het preventief jeugdbeleid. Door deze vroege en lichte interventie voorkom je problemen later bij het kind", aldus de verantwoordelijk beleidsmedewerker van de gemeente Amsterdam. Zij geeft ook aan dat de SMI-regeling nadrukkelijk als instrument ingezet wordt "om achter de voordeur te komen", waarbij "we ouders sterk kunnen stimuleren om in therapie te gaan". De verantwoordelijke voor de indicatiestelling geeft verder aan dat bij de toekenning van de duur van de regeling ook wordt gekeken wanneer de ouder weer gezien moet worden: "Soms ken je wat korter toe omdat je de ouder gewoon weer even wilt zien." Dit kan zijn omdat er twijfels zijn rondom de veiligheid van het kind.

De gemeente Amsterdam stelt als regel aan de kinderopvang dat deze a) is geregistreerd en b) een laag risicoprofiel heeft. Gastouderopvang wordt nadrukkelijk niet ingezet omdat er daarop te weinig controle mogelijk is. Dit is een duidelijke beleidslijn vanuit de gedachte dat het kwetsbare gezinnen en kinderen betreft.

De gemeente heeft afspraken gemaakt met de uitvoerder over de meldingsplicht vanuit kinderdagverblijven als het kind niet wordt gebracht – niet alleen omdat de gemeente niet wil betalen voor opvang die niet wordt afgenomen, maar vooral omdat dit kan duiden op problemen in het gezin. De GGD houdt verder de regel aan dat over een kind jonger dan 6 maanden altijd twee artsen beslissen.

Alternatieven voor de regeling

Er zijn weinig alternatieven voor de regeling, zo geven de drie partijen aan. Bij de eerste screening wordt nadrukkelijk gevraagd naar de mogelijkheden om in het eigen netwerk opvang te vinden, maar de ervaring leert dat de doelgroep over het algemeen niet over een rijk netwerk beschikt.

In Amsterdam is sinds kort een pilot gaande met zogeheten 'meeleefgezinnen' die als alternatief van opvang via de SMI kan worden gezien: een (getraind) vrijwilligersgezin vormt een tweede leefmilieu voor de leden van een gezin waarin psychiatrische problematiek bij de ouders speelt: de kinderen uit het gezin kunnen hier een aantal dagdelen door de week en dag in het weekend (per maand) terecht. Dit is vooralsnog een kleinschalig project (circa 10 gezinnen).

Bijzonderheden



"Ons succes is dat we met de SMI heel veel kinderen bereiken die - zonder toeters en bellen - naar een gewone voorziening gaan. Deze ouders en kinderen komen niet in een probleemsysteem terecht" (beleid – gemeente Amsterdam)

Amsterdam is de enige stad waar gastouderopvang niet mogelijk is, waar ouders en professionals uit de nulde lijn niet zelf kunnen aanmelden en waar verdergaande voorwaarden aan de kinderopvangcentra worden gesteld buiten registratie alleen. Verder valt op dat in Amsterdam de uitvoerende partij ook de contractant is en dat er prijsafspraken zijn met een aantal kinderopvangcentra, waarbij deze een lagere prijs vragen voor de kinderen in de SMI-regeling. Verder is alleen in Amsterdam een directe doorgaande lijn van de SMI-regeling naar de VVE, waarbij er afstemming bij plaatsing is zodat kinderen niet meer 'hoeven verplaatsen' en waarbij er met het beleid is afgestemd dat de VVE-uren in mindering worden gebracht op de kosten voor de SMI.

Knel- en verbeterpunten



Voor de toekomst ziet de indicatie stellende partij graag een grotere en meer centrale rol voor het wijkteam: "bij het wijkteam komt alles samen; dat is de ruggengraat van het preventief zorgstelsel". (Indicering – Amsterdam)

Knelpunten worden gezien in de financiële problematiek die bij een groot deel van de ouders speelt, en die door de hulpverlening lang niet altijd in het ondersteuningstraject wordt meegenomen. Ook de toegankelijkheid van de gemeentelijke inkomensondersteunende regelingen is nog onvoldoende: ouders verdwalen hierin regelmatig en dit levert extra moeilijkheden op voor de toegankelijkheid. Verder zien de betrokkenen dat de regievoering vanuit de hulpverlening bij wisselende situaties (een moeder gaat van een opvangcentrum naar een woning) de hulpverleningsketen nog niet altijd sluitend, maar versnipperd is: hierin zou de keten zich nog kunnen versterken, met de regeling SMI als onderdeel.

Als laatste wordt vanuit het beleid wel gezien dat er een groter aantal aanvragen vanuit de Ouder en Kindteams komt, maar is er twijfel of de tijdelijkheid van de voorziening wel goed tussen de oren van de hulpverleners zit en er daarnaar ook wordt gehandeld.

Voor de toekomst wensen de partijen een nog grotere rol van de wijkteams, waarbij de wijkteams mogelijk ook een rol als tussenpersoon bij de aanmelding zouden vervullen. Zij hebben immers integraal zicht op het gezin en de mogelijkheden in het sociaal netwerk. Waar nu een psychiater rechtstreeks bij de uitvoerende partij meldt, zou deze dat via het wijkteam kunnen doen, waar dan een eerste beoordeling plaatsvindt en bij onvoldoende beeld eerst nog een huisbezoek kan plaatsvinden.

5.1. SMI in Rotterdam



"Er kan relatief goedkope zorg worden geleverd aan een hele grote populatie mensen in de stad waarmee je erger kunt voorkomen en toekomst aan het oplossen van – nog – behapbare problemen. Door het inzetten van SMI wordt de ouder in staat gesteld te werken aan zijn situatie, waarmee zwaardere zorg in de toekomst kan worden voorkomen." (Indicering, Rotterdam).

	2013	2014	2015
aantal aanvragen	260	-	319
aantal afwijzingen	87	--	64
aantal toekenningen	173	-	255
aantal kinderen dat gebruik maakte			
totale uitgaven aan de regeling		1.500.000,--	1.500.000,--

Er is geen budgetplafond

Het aantal aanvragen is in het begin van 2016 sterk gestegen, evenals het aantal aanvragen voor verlenging. Vanuit het beleid en de indicatiestelling geeft men aan dat daarbij de volgende oorzaken spelen:

- er zijn meer multiprobleem gezinnen in beeld die gebruik kunnen maken van de SMI-regeling;
- toenemende bekendheid van SMI bij de wijkteams met als gevolg meer SMI aanvragen voor multiprobleemgezinnen;
- de problematiek in SMI gezinnen is complexer en hardnekkiger dan aanvankelijk werd veronderstelt, dit oplossen en bieden van maatwerk (passende hulp) vergt een langere adem.
- de SMI regeling is beter in beeld gekomen bij directe verwijzers (wijkteams, CJG, kinderopvang, ouders).

De Regeling is in 2013 aangescherpt, door beperkingen te stellen aan de duur en het aantal dagdelen. Sindsdien is het budget niet volledig besteed, waardoor het voor 2016 naar beneden werd bijgesteld. Sindsdien groeit echter weer het beroep dat op de regeling wordt gedaan, dus staat ook het budget weer ter discussie. Er is evenwel geen budgetplafond afgesproken. Er vindt maandelijks overleg met de GGD plaats, zowel over de kosten/het gebruik, maar ook inhoudelijk op casuïstiekniveau.

Bijzonderheden



"De plus zorg is voor kinderen voor wie wel extra zorg nodig is. Het is normale opvang, maar toch een beetje bijzonder." (Indicering - Rotterdam)

Rotterdam kent – als enige van de vier steden - een SMI-plusregeling. Wanneer bij de indicatiestelling voor een SMI-plaatsing blijkt dat er (ook) kinderfactoren spelen, dan kan de SMI-plusregeling worden toegekend. Dit houdt in dat het kind wordt geplaatst bij een van de kinderdagverblijven met een Plus-groep: deze groepen zijn kleiner en het personeel is minstens HBO-geschoold. Naast SMI-plusplaatsingen worden op deze groepen ook 'reguliere' Plus-kinderen geplaatst. Hierbij spelen alleen kinderfactoren en is geen sprake van SMI. Een Plusplaatsing hoeft niet altijd via de SMI regeling te gaan: dit kan ook in combinatie met opvang volgens de Wet Kinderopvang gelden. In de praktijk is de overlap groot: een Plus-plaatsing is bijna altijd ook een SMI-plaatsing.

Er zijn vier organisaties met 15 locaties waar deze extra opvang geboden kan worden.

Beperkingen aan duur en omvang

BEPERKINGEN

Maximaal 6 dagdelen voor SMI en 8 dagdelen voor SMI=plus

Maximaal 9 maanden voor SMI en 12 maanden voor SMI-plus

In "uitzonderlijke gevallen" is er verlenging mogelijk

Van de maximale plaatsingsduur en omvang wordt niet vaak afgeweken, geeft de GGD indicatiesteller aan. In "uitzonderlijke gevallen" is er verlenging mogelijk op grond van een hardheidsclausule, bijvoorbeeld: "als de veiligheid van het kind in het geding is, of als er geen vervolgplaatsing in zicht is, terwijl er kindfactoren spelen". "Het doel is vooral: zorgen dat het na negen maanden met iedereen weer beter gaat."

"Als de regeling is afgelopen en moeder is – bijvoorbeeld - nog steeds depressief, dan is er reden om terug te melden naar het wijkteam, zodat er zicht blijft op het gezin", aldus de indicatiesteller.



“We moeten soms afwijzen, terwijl er wel problemen zijn maar een gezin niet voldoet aan de eisen en ook niet aan die van de hardheidsclausule. Soms is dat schrijnend, maar dat zijn de afspraken die we hebben gemaakt” (Indicering - Rotterdam)

Beperkingen in plaatsing

Alle geregistreerde kinderopvangcentra kunnen SMI-kinderen plaatsen. Plusopvang wordt via 4 organisaties op circa 14 locaties in de stad aangeboden. Er wordt incidenteel gebruik van gastouderopvang gemaakt, maar alleen via een erkende instelling en niet via een particuliere gastouder.

De belangrijkste doelgroep en de ontwikkelingen die zich daarin voordoen

Aangezien Rotterdam zowel de SMI als de SMI-plus regeling kent, gaat het om gezinnen waarbij er problematiek speelt bij de ouder alsook om gezinnen waarbij er – daarbij – ook kindproblematiek speelt.

Depressie en trauma komen veel voor qua ouderproblematiek, zo ziet de GGD. Dit wordt niet structureel bijgehouden. De kindproblematiek wordt wel geregistreerd. In volgorde van voorkomen gaat het om: psychosociale problematiek, huiselijk geweld, lichamelijke of medische problemen, gedragsproblemen en hechtingsproblematiek.

Het gaat meestal om complexe multi-problematiek. De GGD wijst echter ook op het belang van de regeling voor gezinnen die weliswaar bovenmodaal verdien(d)en, maar plots te maken krijgen met ernstige medische problematiek zoals een hersenbloeding of een terminale ziekte. “Die mensen vallen ineens enorm terug in inkomen en kunnen de zorg voor hun kinderen niet aan”.

Zowel het beleid als de GGD indicatiesteller signaleren dat de problematiek in de stad met de komst van de wijkteams nadrukkelijker komt bovendien, dat geldt ook voor problematiek waarbij een verstandelijke beperking (LVB) aan de orde is.

De belangrijkste aanvragers / doorverwijzers en de ontwikkelingen die zich daarin voordoen

Iedereen kan de regeling aanvragen, via het invullen van het digitale aanmeldingsformulier op de site, dat gelijk bij de GGD binnenkomt, dus ook ouders. Dit gebeurt evenwel meestal samen met een hulpverlener.

De aanvragen komen steeds meer via de wijkteams binnen en via LVB-hulpverlening. SMI-plus aanvragen gaan vaak via de kinderdagverblijven.

De financiële toegankelijkheid van de regeling (inkomenseisen, eigen bijdrage)

Er gelden in Rotterdam geen inkomenseisen; ouders betalen naar draagkracht op basis van het inkomen. Mensen die de eigen bijdrage niet kunnen betalen, kunnen een beroep doen op bijzondere bijstand. De prijs boven de maximale vergoeding moeten ouders ook bijbetalen.

De criteria die worden gehanteerd bij de indicatiestelling



“Wij willen maatwerk bieden, de juiste hulp op het juiste moment naar draagkracht van het gezin.” (Beleid - gemeente Rotterdam)

De criteria voor de regeling zijn opgenomen in de verordening. De GGD voert zowel de controle op wettelijk recht op SMI uit, als de inhoudelijke indicatiestelling. Deze indicatiestelling wordt altijd gedaan door een team van een orthopedagoog in duo met de arts Maatschappij en Gezondheid of de arts Indicatie en Advies. Zij screenen via een lijst met indicatoren.

Bij de screening wordt – naast de sociale en medische omstandigheden – gekeken naar voorliggende voorzieningen en naar de mogelijkheden vanuit het sociaal netwerk.

De bekendheid van het instrument

De SMI-regeling is op de gemeentelijke website van Rotterdam te vinden. Er zijn recente factsheets met informatie over de regeling beschikbaar en vanuit het beleid zijn de instellingen en de wijkteams op de hoogte gebracht van het bestaan ervan.

Een aantal jaren geleden kende Rotterdam een grote(re) toeloop op de regeling, waaruit het beleid de conclusie afleidt, dat de bekendheid relatief groot is.

Rotterdam werkt sinds vorig jaar met 42 wijkteams. "De wijkteams lijken zich er nog onvoldoende bewust van dat het een tijdelijke regeling is", is een van de conclusies die de beleidsmedewerkers trekken uit het feit dat er steeds meer aanvragen voor verlenging komen.

De inbedding van het instrument in de keten



"Bij een aanvraag SMI of SMI-plus wordt altijd aangegeven dat het een tijdelijke regeling betreft en besproken dat er daarom alvast ook naar de toekomst – na toekenning - gekeken wordt. We adviseren daarbij inschrijving voor een peuterspeelzaal, of aanmelden voor nader onderzoek, zodat er een vervolg voor de regeling is."
(Indicering - Rotterdam)

De regeling SMI is onderdeel van het gezinsondersteuningsplan dat een wijkteammedewerker kan inzetten, aldus is het beleid. In de beleidsregels is gesteld dat er moet worden samengewerkt met de wijkteams. Bij elke aanvraag die binnen komt, kijkt de GGD onder welk wijkteam het valt en of het gezin hier bekend is.

Vanuit het beleid wordt erkend dat de inbedding nog niet optimaal is, vooral gezien de korte tijd dat de wijkteams operationeel zijn en de grote mate van problematiek waarmee zij te maken krijgen.

Er zijn geen structurele (contractuele) afspraken met de kinderopvangcentra dat zij terugmelden als een kind niet wordt gebracht.

Alternatieven voor de regeling

Behalve de voorliggende voorzieningen en het sociaal netwerk, zijn er geen alternatieven bekend. Omdat de regeling in Rotterdam ook voor kindproblematiek wordt toegepast, is deze een alternatief voor specialistische kindzorg.

Knel- en verbeterpunten



“De wijkteammedewerkers zitten soms nog te veel in de hulpverlenersstand en denken nog te weinig aan wat de ouders zelf kunnen doen. Voor het beroep op het netwerk is het wijkteam nodig. Het moet allemaal nog beter ingepast worden in het gezinsondersteuningsplan en het keukentafelgesprek. Hoe werk je aan draagkracht?” (beleid - gemeente Rotterdam)

De – nog nieuwe - wijkteams zijn overbelast en er is sprake van veel personele wisselingen.

De beperking van de duur zorgt soms voor frictie. “Lang niet alle problematiek is binnen die termijn van 9 maanden op te lossen. Dat komt soms ook door wachtlijsten bij hulpverlenende instanties.”

De afstand tussen woon en opvangadres is om verschillende redenen voor ouders soms moeilijk te overbruggen, waarbij er ook financiële belemmeringen kunnen spelen. Een voorbeeld: “het komt voor dat ouders de tram niet kunnen betalen en daarom naar het kinderdagverblijf om de hoek willen. Of dat ze in een rolstoel zitten en niet met de tram kunnen, maar het kinderdagverblijf met Plusgroep is wat verder weg”.

Soms vallen ouders onder twee regelingen en dat levert problemen op: de regelingen sluiten elkaar uit, waardoor er geen recht is op SMI, maar ook geen andere oplossing. Bijvoorbeeld: “ouders die volgens de Wko recht hebben op opvang, maar wegens schulden geen toeslag krijgen, kunnen geen beroep op de SMI doen. Zij kunnen dan niet werken. Het is dan voor de cliënt frustrerend dat zij de dupe worden van verschillende potjes die niet samen kunnen gaan”.

Vanuit de uitvoerende afdeling van de gemeente Rotterdam komt het geluid dat de regeling relatief arbeidsintensief is omdat het toekenningen aan individuele ouders betreft.

Middels casuïstiekoverleg tussen beleid, GGD, wijkteams en kinderopvanginstellingen wordt bekeken hoe er – binnen de bestaande kaders - optimaal gebruik gemaakt kan worden van de regeling. Daarbij wenst men ook meer verbinding te bereiken en verbeterlagen te maken in de werkwijze van de wijkteams. Hierbij spelen ook vragen als: kan – op termijn – het budgetbeheer en de beoordeling ook bij de wijkteams worden neergelegd, waarbij mogelijk de GGD-specialist zitting neemt in het Consultatie Diagnose Team (CDT).



“Voor de toekomst willen we geen toename van de SMI-plaatsingen maar lange termijnplannen voor complexe problematiek”. (beleid – Rotterdam)

5.2. SMI in Den Haag



(desgevraagd) "Ik weet niet of er een hoger doel met SMI is gemeoid. Maar er is een regeling kinderopvang in Nederland en iedereen die dat nodig heeft, moet daar gebruik van kunnen maken. En als je niet onder de wet valt, dan moet je als gemeente hiervoor iets regelen". (Beleid - Den Haag)

	2013	2014	2015
aantal aanvragen			144
aantal afwijzingen			2
aantal toekenningen			142
aantal kinderen dat gebruik maakte			258

Het aantal aanvragen in 2015 is stabiel ten opzichte van 2014. Het gebruik was daarvoor lager, maar is gestegen nadat de volledige vergoeding van de eigen bijdrage voor bijstandsgerechtigden van kracht ging. De cijfers van voorgaande jaren zijn niet beschikbaar.

	2014	2015	2016 BEGROOT
uitgaven	€ 1.068.755	€ 1.231.068	€ 1.231.301

er is geen budgetplafond

Beperkingen aan duur en omvang

BEPERKINGEN

geen richtlijn voor aantal dagen

maximaal 1 jaar, maar verlenging mogelijk als arts dat nodig vindt, tot maximaal 2 jaar

"Er wordt niet op de regeling beknibbeld, zij staat niet ter discussie, werkt gewoon, maar er is ook niet veel aandacht voor", aldus de verantwoordelijk beleidsmedewerker van Den Haag. De verantwoordelijke voor de indicatiestelling geeft aan: "Wij doen alleen de sociaal medische advisering, wij zijn daarbij niet door de gemeente gestuurd en laten ons niet limiteren door beleidsregels. Het is heel sterk maatwerk".

Ouders krijgen een beschikking met einddatum van de toekenning. In de beschikking wordt vermeld dat alle wijzigingen moeten worden doorgegeven. Ouders kiezen na de indicatiestelling zelf een (geregistreerd) kinderopvangcentrum en sluiten daarmee het contract af. Gastouderopvang is ook mogelijk, dit komt regelmatig voor. Bureau Kinderopvang wijst erop dat deze vorm van opvang goedkoper is.

De belangrijkste doelgroep en de ontwikkelingen die zich daarin voordoen

Het gaat in Den Haag nadrukkelijk om ouderproblematiek. Als er primair iets met het kind aan de hand is, kan een ouder niet in aanmerking komen voor de SMI-regeling. Er is een strikte scheidslijn. Aanvragers worden dan doorverwezen naar de afdeling OCW van de gemeente Den Haag. Als er sprake is van sociale problematiek bij de ouder waar het kind ook last van heeft, moet de indicatiestellende partij (de GGD) op basis van de toestand van de ouder kunnen aantonen dat dit het geval is.

Het gaat veelal over ouders met psychiatrische, psychosociale en soms puur somatische problematiek.

De belangrijkste aanvragers / doorverwijzers en de ontwikkelingen die zich daarin voordoen

Ouders kunnen aanvragen, maar meestal gaat het om consultants van de Sociale Dienst, hulpverleners, de kinderopvang, gezinscoaches.

Er wordt niet geaggregeerd bijgehouden op welke gronden de regeling wordt toegekend, daarover zijn ook geen afspraken tussen de gemeente en de GGD.

De financiële toegankelijkheid van de regeling (inkomenseisen, eigen bijdrage)

Er worden geen inkomenseisen gesteld. "Geld mag geen belemmering zijn. Het is een kwetsbare groep. We krijgen mensen vanuit de verslavingszorg en psychiatrie, dan wil je niet dat ouders geen behandeling kunnen volgen omdat de kinderen niet ondergebracht kunnen worden omdat het niet te betalen is." (Beleid, Den Haag)

Ouders die de eigen bijdrage niet kunnen betalen, kunnen in de Den Haag geen gebruik maken van bijzondere bijstand, maar wel voor volledige vergoeding van de eigen bijdrage – als ze een bijstandsuitkering hebben. 100% van de eigen bijdrage wordt dan vergoed, tot het wettelijk uurtarief.

"Het komt voor dat ouders voor vier dagen zijn geïndiceerd, maar toch minder dagen willen afnemen als ze horen hoe hoog de eigen bijdrage is", zo geeft de coördinator van Bureau Kinderopvang aan. "Voor lage inkomens is de eigen bijdrage best wel hoog, vooral als ze meer kinderen hebben tikt dat wel aan".

De criteria die worden gehanteerd bij de indicatiestelling



"Wij gaan niet verplichten dat opa of oma moet oppassen ofzo, dat doen we bij doelgroepouders ook niet". (uitvoerder - Den Haag)



"Wat wij moeten doen is het opstellen van een – voor zover mogelijk – eenduidig bezwaar-, beroepsbestendig medische advies door medisch adviserend geneeskundigen inzake kinderopvang". (indicering - Den Haag)

Bureau Kinderopvang doet de eerste screening: valt iemand onder de Wko en wat is er nodig aan opvang. Hierbij wordt niet gekeken naar het sociaal netwerk. Volgens komt de aanvraag bij de GGD terecht, waar een arts van de dienst Volksgezondheid de keuring uitvoert. Er is een contract tussen de GGD en de beleidsafdeling waarin de voorwaarden voor de procedure zijn vastgelegd, zoals de reactietermijn en de vergoeding voor de keuring.

Voor de GGD een belangrijke voorwaarde voor de indicatiestelling dat er perspectief op verbetering is, dus meestal een concreet behandeltraject of in ieder geval perspectief daarop. Daar omheen wordt 'ruim toegekend', want "behandeling heeft impact en er is ook reis en hersteltijd omheen nodig. Je wilt het totaalplaatje van de draagkracht bezien en daar de toekenning op afstemmen".

De bekendheid van het instrument

Informatie over de SMI staat op de gemeentelijke site; het bureau Kinderopvang heeft een eigen webpagina.

Er is geen actieve informatieoverdracht richting de wijkteams geweest. Wel hebben de casemanagers van de sociale dienst zitting in de wijkteams en deze fungeren regelmatig als verwijzers.

“De grote organisaties in Den Haag weten het wel. We krijgen heel weinig aanmeldingen binnen via psychiaters”, valt de coördinator van het Bureau Kinderopvang op. “Of huisartsen ons weten te vinden, weet ik niet, maar of dat erg is? Als er in een gezin meer aan de hand is, dan wordt de tweede lijn wel ingeschakeld”.

De GGD geeft aan dat professionals soms wel eens aangeven dat de opvang ook voor het kind nodig is. “Er is wel eens verwarring over. Maar daar gaan wij niet over, dan moeten ze echt een ander traject in”.

De inbedding van het instrument in de keten



“De jeugdcoaches zeggen wel eens: maar het is ook in het belang van het kind. Maar je wilt er juist voor zorgen dat het stukje kind niet in het gedrang raakt als de behandeling van de ouder stopt”. (Indicering - Den Haag)

Er is geen structurele uitwisseling of samenwerking rondom de SMI regeling tussen de dienst Sociale zaken en OCW en ook niet met de wijkteams. De GGD wijst op de meldcode die voor iedere arts geldt in geval van zorgen omtrent het kind en bij ouders met psychiatrische problemen: dan wordt altijd nagegaan of jeugdzorg betrokken is. Verder geeft de GGD aan dat er wel uitwisseling is met de consulenten van de sociale dienst, maar dat het beroepsgeheim al te veel uitwisseling al snel in de weg staat. Ook vanuit deze afdeling van de GGD is er geen structurele uitwisseling met de wijkteams. De GGD werkt wel aan meer verbinding met de wijkteams, onder meer door GGD-gezondheidswerkers in de wijken.

Bijzonderheden

In Den Haag heet de gemeentelijk uitvoerder ‘Bureau Kinderopvang’. Zij regelen de kinderopvang voor de SMO en voor ouders in re-integratietrajecten. Het Bureau Kinderopvang valt onder de dienst Sociale Zaken.

Knelpunten en verbeterpunten



“Vooral als ouders twee of drie kinderen hebben, tikt het best wel aan. Voor de lage inkomens is de eigen bijdrage best hoog. De regeling wordt wel eens beëindigd omdat mensen de kosten te hoog vonden worden. Ik weet niet hoe vaak het een belemmering is voor mensen, maar je weet ook niet wie je niet ziet”. (uitvoering - Den Haag)

Het belangrijkste knelpunt dat vanuit Den Haag wordt gezien is de hoogte van de eigen bijdrage voor mensen die boven de bijstandsnorm zitten. Vanuit beleid is er eerder al een voorstel gedaan om dit op te hogen naar 120% van de bijstandsnorm, maar dit heeft het niet gehaald.

Verder zijn er voorzichtige gedachten vanuit het beleid om de regeling ook onder de Wko te laten vallen en de uitvoering van de SMI-regeling via DUO te laten verlopen. "Dan is die taak weg bij de gemeente en vallen die ouders ook gewoon onder de Wko. Bijkomend argument is dat het geen geormerkte gelden zijn, dus dat de SMI ook het risico loopt lokaal wegbezuinigd te worden. Het is daarbij wel de vraag of deze ouders in staat zijn hun digitale portemonnee te beheren" (Beleid, gemeente Den Haag). Vanuit Bureau Kinderopvang wordt de noodzaak gezien om deze groep kwetsbare ouders dichtbij de gemeente in beeld te houden.

5.3. SMI in Utrecht



"Niet alles is zo ernstig dat er SMI moet worden ingezet, dat is echt de laatste strohalm voor ons. Als iemand echt nergens terecht kan, de nood is aanwezig en er zijn geen voorliggende voorzieningen en geen achterwacht, dan heeft iemand een terechte hulpvraag voor SMI". "(Uitvoerder SMI – gemeente Utrecht)

	2013	2014	2015
aantal aanvragen	125	107	Nog niet bekend
aantal afwijzingen	33	15	
aantal toekenningen	92	92	Nog niet bekend
aantal kinderen dat gebruik maakte			

Nadat in 2013 de eigen bijdrage voor de regeling is ingesteld, is het aantal aanvragen fors afgenomen. "Het was eerst een heel royale regeling, de kosten rezen de pan uit", aldus de vertegenwoordiger van de uitvoerende dienst. Recente cijfers zijn niet beschikbaar, maar de indiceerder heeft de indruk dat het aantal aanvragen weer wat toeneemt, vooral veel vanuit de wijkteams.

jaarlijks budget	€ 385.000
onbekend of er een budgetplafond is	

Beperkingen aan duur en omvang

BEPERKINGEN
geen richtlijn, maatwerk. meestal voor 2 a 3 dagen
maximaal 1 jaar, verlenging mogelijk met max. 1 jaar

Er zijn geen richtlijnen met betrekking tot de plaatsingsduur en omvang, hoewel de uitvoerende aangeeft dat er gemiddeld 2 tot 3 dagen worden toegekend.

Voor ouders met LVB problematiek die begeleiding ontvangen, is 2-3 dagen plaatsing standaard en verplicht: dit is onderdeel van de begeleiding.

De voorkeur voor de uitvoering van kinderopvang wordt het liefst gelegd bij professionals.

De belangrijkste doelgroep en de ontwikkelingen die zich daarin voordoen



“Is de vraag die wordt gesteld ook echt voor de SMI bestemd? We kijken naar de hele situatie, in het gesprek wordt vaak snel duidelijk dat er meer aan de hand is.”
(Uitvoerder Utrecht)

De regeling is zowel op problemen bij de ouders als bij problemen bij het kind gericht. “Op zo’n jonge leeftijd kun je het kind niet los van de ouder zien”, zo geeft de indicatiestellend arts van de GGD aan. “Bij een ADHD-kindje kan er echt rust nodig zijn voor de ouder. Vaak is er daarnaast nog wel meer nodig.” (Uitvoerder, gemeente Utrecht)

In het gros van de zaken gaat het om zwakbegaafde ouders en ouders met psychiatrische problemen. Bijna altijd is er sprake van multiproblematiek.

De belangrijkste aanvragers / doorverwijzers en de ontwikkelingen die zich daarin voordoen

Iedereen kan aanmelden, ook ouders, burens en kennissen. Veelal gaat het via het buurtteam en de GGZ-instelling.

De financiële toegankelijkheid van de regeling (inkomenseisen, eigen bijdrage)



“Er zijn mensen die uiteindelijk zeggen: ik doe het niet, ik heb het er niet voor over om een eigen bijdrage te betalen. De ander zegt: ik doe het wel, de noodzaak van kinderopvang is groter belang dan de eigen bijdrage. (Uitvoerder Utrecht).”
(Uitvoerder - Utrecht)

“We zitten momenteel in het strakste regime”, aldus de (tijdelijk) verantwoordelijk beleidsmedewerker van de gemeente Utrecht. In Utrecht wordt namelijk, naast het inkomen, ook gekeken naar vermogen. De financiële toegankelijkheid van de SMI-regeling is daarmee strenger dan de regels die de belastingdienst stelt onder de Wko.

“Soms klagen mensen wel. Vooral mensen met een eigen huis mopperen dat dat wordt meegewogen. Het komt voor dat ze dan zeggen: we lossen het op een andere manier op. Een enkele keer heeft de medewerker daar geen goed gevoel bij: “er was een gezin met een terminaal zieke vrouw, ze hadden veel geld, dus ik zei: ik kan het u alleen als een lening verstrekken. Toen zeiden ze: dan doen we het niet. Dat is hartverscheurend, dat vertel je liever niet.”

De criteria die worden gehanteerd bij de indicatiestelling



“Een goede screening is van belang. De opvoeding van kinderen van deze leeftijd is best lastig, vooral bij peuters. Zit je als moeder alleen thuis met een moeilijke peuter. Maar dat is geen reden voor opvang. Het wijkteam heeft soms nog wel een ander beeld van het doel van de regeling.” (Indicering - Utrecht)

De afdeling Werk en Inkomen heeft de uitvoering van de regeling in handen en doet de eerste screening. In totaal kunnen 9 medewerkers dit doen, waarvan één persoon (de geïnterviewde medewerker) de meeste aanvragen behandelt. Dit gaat meestal via een telefonische intake, waarbij eerst gekeken wordt of de aanvrager een terechte aanvraag doet. Ook wordt geïnformeerd naar mogelijkheden in het sociaal netwerk en gekeken naar voorliggende voorzieningen. "Deze intake lijkt wel wat op een keukentafelgesprek". DWI stuurt de ouders vervolgens een intakeformulier en een formulier waarmee ze DWI machtigen voor het opvragen van medische en inkomensgegevens. Pas als ouders dit ingevuld terugsturen, is de aanvraag lopend en gaat DWI informatie opvragen. "Soms duurt het wel een half jaar voordat ouders het insturen en het zal ook wel eens voorkomen dat ze niet terugkomen. We gaan dat dan niet na, dat is de keus van de ouder zelf".

De uitvoerder ziet dat het buurtteam soms wat te gemakkelijk een SMI aanvraag doet en legt dit dan weer bij het buurtteam terug. "Soms zeggen we: hier kan het buurtteam zelf nog wel iets doen voor het gezin, toeleiden naar Opvoedondersteuning of de kinderen naar een assertiviteitstraining sturen, kan soms ook al afdoende zijn". (uitvoerder - Utrecht).

De indicatiestelling gebeurt bij de GGD, afdeling JGZ, waar één jeugdarts al sinds lange tijd alle keuringen doet. Als zij ziek is, of met vakantie, schuift de keuring door, maar doorgaans lukt het altijd om de aanvraag binnen twee weken af te handelen. Zij hanteert hierbij een lijst met richtlijnen. Het belangrijkste is daarbij te kijken naar 'de verhouding draagkracht/draaglast', zo geeft zij aan.

De bekendheid van het instrument

De regeling staat op de website van de gemeente vermeld en vanuit het aantal aanmeldingen vooral goed bekend bij de GGZ-instelling. Er is vanuit de gemeentelijke beleidsafdeling informatie gegeven aan de wijkteams.

De inbedding van het instrument in de keten

Er is geen melding van een aanvraag bij het buurtteam. "Als een ouder bij ons binnenkomt met een aanvraag, wijzen we ze wel op het buurtteam, maar ze zijn niet verplicht daarheen te gaan. Als aanmelders niet terugkomen om de aanvraag definitief te maken, blijven ze buiten zicht en is er geen koppeling met instanties", aldus de uitvoerder.

De SMI plaatsing wordt opgenomen in het kinddossier bij de JGZ. Als de jeugdarts het nodig vindt, kijkt ze ook in het dossier. De jeugdarts koppelt ook niet structureel terug naar het wijkteam en de GGD/JGZ maakt ook geen deel uit van de Utrechtse wijkteams.

Alternatieven voor de regeling



"Ik vraag wel altijd: is er een man, waar is de vader? Maar ze zijn er vaak vaag over en niet altijd eerlijk". (Indicering - Utrecht)

Bij de intake alsook bij de indicatiestelling wordt gekeken naar de mogelijkheden vanuit het sociaal netwerk, maar zowel de uitvoerder als de indicatiesteller geven aan dat het lastig is hierop goed zicht te krijgen. Soms kan een pleeggezin (deels) een alternatief zijn. De voorschool heeft voorrang op de SMI, maar als er meer dagen nodig zijn, kan een combinatie worden aangeboden.

Bijzonderheden

Utrecht heeft intern laten onderzoeken hoe de aanvraagprocedure efficiënter ingericht kan worden. En of de Volksgezondheidsdienst wellicht de indicatie zou kunnen doen en er geen intake hoeft plaats te vinden, ook het screeningsdeel. Hiertoe is na onderzoek niet besloten, omdat de afdeling Werk & Inkomen het als haar taak ziet om de eerste screening te doen en deze los te koppelen van de medische keuring door de GGD. Wel is er een gedigitaliseerd informatiesysteem ontwikkeld, waarmee de aanvragen sneller kunnen worden verwerkt. Dit systeem wordt echter pas kosteneffectief bij een grotere omvang van de regeling en is om die reden nog niet in gebruik genomen.

In Utrecht wordt – naast inkomen – ook naar vermogen en schulden van een eigen woning van de aanvrager gekeken bij vaststelling van de eigen bijdrage.

Knel- en verbeterpunten



“Soms maken mensen misbruik van de regeling, omdat ze zwart werken. Daar heb ik wel veel moeite mee”. (Uitvoering - Utrecht)

De arts Volksgezondheid vindt uitbreiding van de capaciteit indicatiestelling wenselijk.

De medewerker van de afdeling W&I geeft aan dat het soms best lastig is vast te stellen of ouders al dan niet terecht een aanvraag doen en vindt de procedure ook arbeidsintensief, vooral voor medewerkers die het niet zo vaak doen.

Zowel de uitvoerder als de indicatiesteller zou de regeling qua financiële regels graag iets ruimer willen zien. Tegelijk is er de angst dat er misbruik van de regeling gemaakt gaat worden, als de regels te ruim zijn. “Ik vind het heel positief dat ze hulp vragen, dus ik weet niet of het goed is als ze vanwege de kosten toch minder opvang afnemen. Maar als alles maar gratis is.” (Indicatiesteller, GGD, Utrecht)



“We proberen balans te vinden, vanwege de financiën, maar ook omdat kindcontact heel belangrijk is voor de hechting tussen ouder en kind. En: er is iets aan de hand, meestal is dat chronisch en daar moet je mee leren omgaan en je leven eraan proberen te schikken”. (Indicering - Utrecht)

De afstemming met het buurtteam was aanvankelijk lastig, omdat zij zich vanuit hun kennispositie eisend opstelden, maar onderwijl soms veel te gemakkelijk een SMI-aanvraag deden. Dit is verbeterd, aldus de uitvoerder. De indicatiestellende partij vindt dat het doel van de regeling voor de wijkteams nog onvoldoende duidelijk is.

De arts Volksgezondheid geeft aan dat vooral het voortraject soms lang kan duren, voordat sommige klanten alle documenten hebben ingeleverd. De keuring zelf is doorgaans binnen veertien dagen afgehandeld.

HOOFDSTUK

De regeling volgens (potentiële) verwijzers

5. De regeling volgens (potentiële) verwijzers

5.1 Inleiding

Om de bekendheid en (financiële) toegankelijkheid van de SMI-regeling te achterhalen, werden er in maart en april telefonische interviews gehouden met verschillende (potentiële) verwijzers in de G4-gemeenten. In elke stad zijn huisartsen, psychiaters, (medisch) maatschappelijk werker en verpleegkundigen van consultatiebureaus benaderd. De verdeling van respondenten is in onderstaande tabel weergegeven. In totaal zijn er 61 telefonische interviews afgenomen; 15 in de gemeenten Amsterdam, Den Haag en Utrecht en 16 interviews in de gemeente Rotterdam⁹. Huisartsen waren over het algemeen het moeilijkst te bereiken. Veelal werd tijdgebrek als reden genoemd om niet deel te nemen aan het onderzoek. Ook gaven sommige huisartsen als reden om niet deel te nemen aan dat zij er het medische aspect niet van inzien.

De respondenten zijn deels willekeurig geworven via het register van professionals zorgopdekaart.nl. Ze zijn willekeurig geselecteerd en vervolgens gebeld. Ze ontvingen daarbij een mail over de achtergrond van het onderzoek. Bij sommige professionals kon dit register niet als wervingsbron worden gebruikt, maar diende een tussenpersoon van de organisatie als aanbrenner van contactgegevens. In die gevallen kan de selectie wat minder willekeurig zijn gebeurd.

Tabel 6.1

Respondenten verdeeld naar stad en beroepsgroep (n=61)

	AMSTERDAM	DEN HAAG	ROTTERDAM	UTRECHT	TOTAAL
Huisartsen	0	2	2	1	5
Maatschappelijk werkers	3	3	3	3	12
Medisch maatschappelijk werkers	3	3	5	5	16
Psychiaters	3	4	4	3	14
Verpleegkundigen consultatiebureaus	6	3	2	3	14
Totaal	15	15	16	15	61

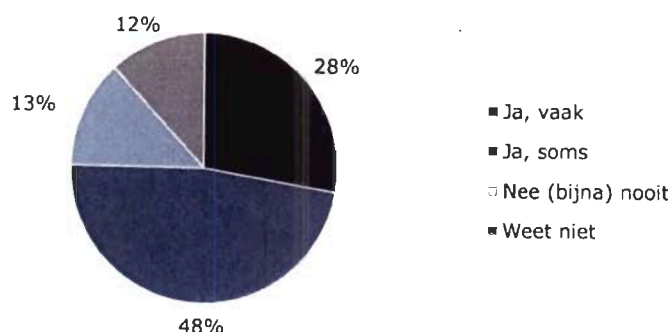
5.2 Doelgroep SMI

Drie op de vier respondenten (76 procent) krijgt soms of vaak te maken met de doelgroep van de SMI (zie figuur 6.1). Verpleegkundigen van consultatiebureaus hebben in hun werk het vaakst te maken met de doelgroep van de SMI (zie tabel 6.2). Daarna volgen maatschappelijk werkers en medisch maatschappelijk werkers. Psychiaters geven het vaakst aan dat zij hierop geen zicht hebben.

⁹ Aangezien er sprake is van een relatief klein aantal respondenten, moeten de kwantitatieve resultaten als indicatief worden beschouwd.

Figuur 6.1

Heeft u in uw werk te maken met ouders die jonge kinderen hebben (0-12 jaar) waarvoor eigen opvang nodig is om sociale of medische redenen (bijv. dagbehandeling of te weinig stimulering voor het kind) maar die niet in aanmerking komen voor kinderopvangtoeslag waardoor het kind niet naar de opvang kan? (n=61)



Tabel 6.2

Heeft u in uw werk te maken met ouders die jonge kinderen hebben (0-12 jaar) waarvoor eigen opvang nodig is om sociale of medische redenen (bijv. dagbehandeling of te weinig stimulering voor het kind) maar die niet in aanmerking komen voor kinderopvangtoeslag waardoor het kind niet naar de opvang kan? (n=61)

	HUISARTSEN	MAATSCHAP- PELIJK WERKERS	MEDISCH MAATSCHAP- PELIJK WERKERS	PSYCHIATERS	VERPLEEGKUNDIGEN CONSULTATIE- BUREAUS	TOTAAL
Ja, vaak	0	3	3	3	8	17
Ja, soms	0	8	11	5	5	29
Nee (bijna) nooit	4	1	2	1	0	8
Weet niet	1	0	0	5	1	7
Totaal	5	12	16	14	14	61

5.3 Bekendheid

Ruim twee vijfde (43 procent; n=26) is bekend met de SMI-regeling. De regeling is het bekendst onder verpleegkundigen (71 procent is ermee bekend) (zie figuur 6.2). Ook bij de maatschappelijk werkers is meer dan de helft (58 procent) van de respondenten bekend met de SMI. Geen enkele huisarts gaf aan de regeling te kennen.

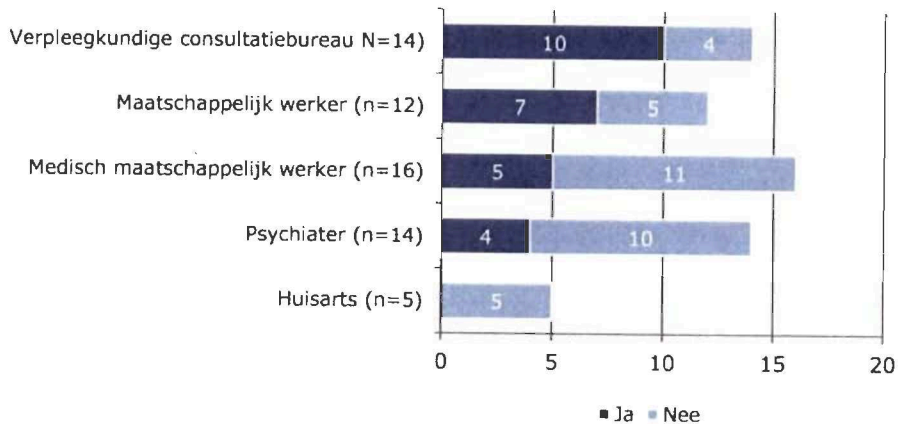


43%

is bekend met de SMI-regeling

Figuur 6.2

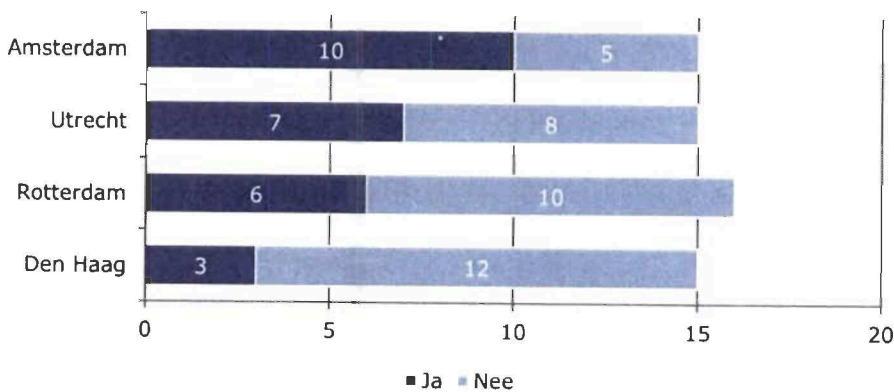
Bent u bekend met de Sociaal Medische Indicatie Regeling voor kinderopvang (SMI)? (n=61)



De regeling is het meest bekend in Amsterdam en het minst bekend in Den Haag (zie figuur 6.3). In tabel 6.3 is te zien dat in Den Haag geen enkele geïnterviewde huisarts, maatschappelijk werker en psychiater bekend is met de regeling. In Utrecht kent geen enkele medisch maatschappelijk werker de SMI, maar kennen, in tegenstelling tot de andere gemeenten, wel alle maatschappelijk werkers de regeling. Na de telefonische interviews heeft een aantal mensen contact opgenomen om vragen te stellen over criteria van de regeling in hun gemeente. Zij zijn hiervoor doorverwezen naar de juiste personen binnen hun gemeente.

Figuur 6.3

Bekendheid van de SMI-regeling uitgesplitst naar stad

**Tabel 6.3**

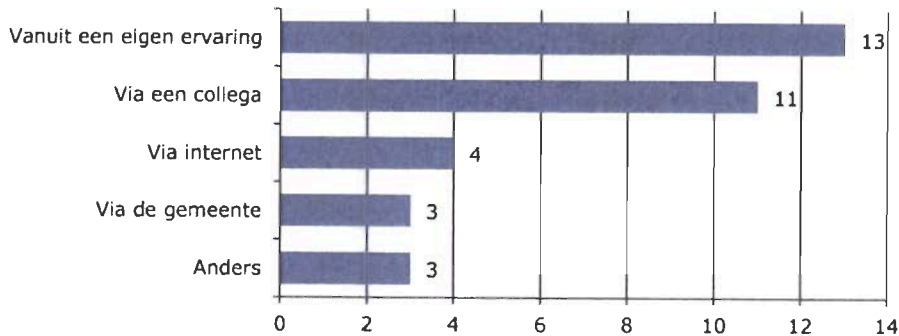
Respondenten verdeeld bekendheid met de regeling, stad en beroepsgroep (n=61)

		HUISARTSEN	MAATSCHAP- PELIJK WERKERS	MEDISCH MAATSCHAP- PELIJK WERKERS	PSYCHIATERS	VERPLEEGKUNDIGEN CONSULTATIE- BUREAUS	TOTAAL
Amsterdam	Ja		2	1	1	6	10
	Nee		1	2	2		5
Den Haag	Ja			2		1	3
	Nee	2	3	1	4	2	12
Rotterdam	Ja		2	2	1	1	6
	Nee	2	1	3	3	1	10
Utrecht	Ja		3		2	2	7
	Nee	1		5	1	1	8

De meest genoemde reden waardoor professionals de SMI kennen is 'vanuit een eigen ervaring'. Ook leert een groot deel de regeling kennen via een collega. Bij andere redenen wordt 'via jeugdzorg', 'via de sociale kaart' en 'via vrienden' genoemd.

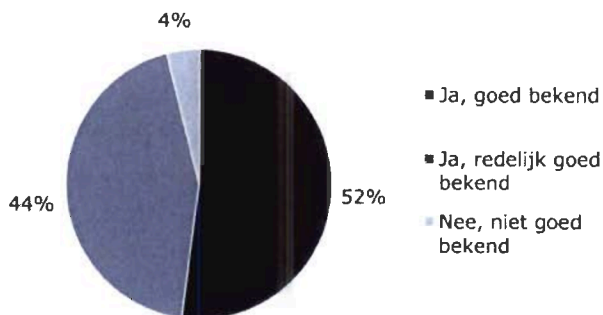
Figuur 6.4

Waarvan kent u de SMI-regeling voor kinderopvang? (Meerdere antwoorden mogelijk) (n=61)

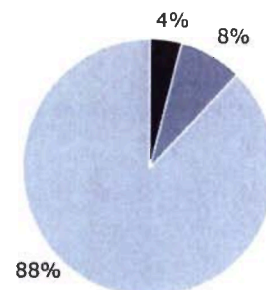


Een ruime meerderheid (96 procent) van degenen die bekend zijn met de SMI geeft aan dat de regeling bij collega's (redelijk) goed bekend is (figuur 6.5). Bij ouders is de regeling veel minder bekend, aldus de professionals: 88 procent van de ouders is niet goed bekend met het bestaan van de SMI (figuur 6.6).

Figuur 6.5



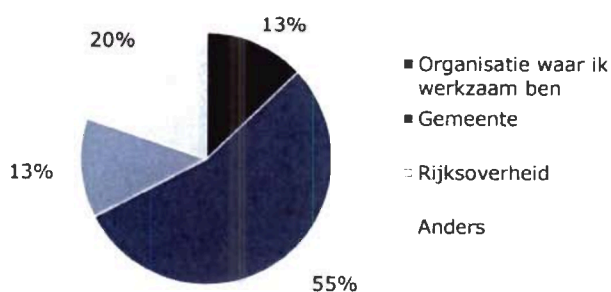
Figuur 6.6



Aan alle respondenten is gevraagd wie er volgens hen zou moeten zorgen voor meer bekendheid. Meer dan de helft (55 procent) is van mening dat de gemeente hierin een rol zou moeten spelen (figuur 6.7). Degenen die aangeven dat hun eigen organisatie hiervoor zou moeten zorgen (13 procent) zijn bij uiteenlopende organisaties werkzaam: het wijkteam, ziekenhuis, consultatiebureau en wijkcentrum. Bij 'anders' worden ook verschillende organisaties benoemd, waaronder het wijkteam, GGZ Nederland, maatschappelijk werk, consultatiebureaus en het CJG.

Figuur 6.7

Wie zou er volgens u moeten zorgen voor meer bekendheid? (n=56)



Professionals geven uiteenlopende antwoorden op de vraag hoe de bekendheid van de regeling bevorderd zou kunnen worden. In Utrecht verwijst het grootste deel van de respondenten hiervoor naar het bekend maken van de regeling bij de buurtteams. In de andere steden wordt een brede groep aan organisaties benoemd: ziekenhuizen, huisartsen, wijkteams, consultatiebureaus, kinderdagverblijven, jeugdzorg, wijkcentra, (school)maatschappelijk werk en het CJG. Een deel verwijst naar meer folders/brochures, terwijl er ook professionals zijn die dat juist afraden, omdat er al zoveel folders zijn. Anderen wijzen op 'face-to-face' manieren om bekendheid te vergroten, waarbij iemand langs organisaties gaat die met de doelgroep te maken krijgen. Vervolgens kan de bekendheid worden vergroot via mond-tot-mondreclame door geïnformeerde professionals.

Verpleegkundige consultatiebureau: "Bij het OKT in Amsterdam hebben ze zelf bij zoiets dergelijks een 'ambassadeur' voor een half jaar rond laten gaan om bij hulpverleners face-to-face over een regeling te laten vertellen. Dit zou ook bij de SMI gedaan worden. Want brochures worden over het algemeen toch niet gelezen, omdat er zo enorm veel van in omloop zijn".

Maatschappelijk werker: "Via kruisbestuiving onder collega's, ze moeten het aan elkaar vertellen via mond tot mond reclame."

Verpleegkundige consultatiebureau: "Er moeten meer brochures komen op consultatiebureaus, bij ziekenhuizen en huisartsen".

Verpleegkundige consultatiebureau: "Eén persoon zou per stad voorlichting moeten gaan geven, bij vergaderingen van professionals die met de doelgroep te maken hebben aansluiten".

5.4 Doorverwijzingen

Van degenen die bekend zijn met de regeling (n=26), heeft een grote meerderheid (92 procent; n=24) in de afgelopen 12 maanden wel eens iemand doorverwezen naar de SMI-regeling. De helft van deze respondenten (n=12) verwees één of twee keer iemand door. Verder verwees een kwart (n=6) drie of vier keer door. Anderen gaven aan 5, 12, 20 of 160¹⁰ keer te hebben doorverwezen.



92%

van degenen die bekend zijn met de regeling, hebben wel eens iemand doorverwezen naar de regeling

Meer dan de helft van degenen die bekend zijn met de regeling (62 procent; n=16) heeft wel eens een SMI-aanvraag gedaan. Negen professionals hebben één of twee keer een aanvraag gedaan. Verder deden vier respondenten dit drie of vier keer.



62%

van degenen die bekend zijn met de regeling, hebben wel eens een SMI-aanvraag gedaan

¹⁰ Een jeugdarts gaf aan ongeveer 160 keer te hebben doorverwezen naar de SMI.

Degenen die de regeling kennen, maar er nog nooit iemand op hebben gewezen of nog nooit een aanvraag hebben gedaan (n=11), zijn bijna allemaal (n=10) wel eens een situatie tegengekomen waarin het kon. De meerderheid hiervan heeft zelf geen aanvraag gedaan, omdat het op zo'n manier is geregeld dat een andere collega/professional dit doorgaans regelt.

5.5 Alternatieven

Een ruime meerderheid (88 procent) kent alternatieve oplossingen en iedereen heeft wel eens zo'n oplossing toegepast of aangeraden. De oplossing die het vaakst wordt aangereikt is het 'kijken in het eigen netwerk, naar familie, vrienden en burens'. Andere oplossingen die worden genoemd zijn het verwijzen naar een vrijwilligersorganisatie, jeugdzorg of naar een wijkteam.



88%

van degenen die bekend zijn met de regeling, kent een andere oplossing

Aan degenen die niet bekend zijn met de SMI-regeling (n=35) is gevraagd wat zij zouden doen als ze te maken zouden krijgen met ouders met jonge kinderen die niet werken en daardoor niet in aanmerking komen voor kinderopvangtoeslag, maar het wel nodig hebben vanwege sociale of gezondheidsredenen. Professionals uit Rotterdam geven aan door te verwijzen naar het wijkteam, CJG of de Sociale Dienst. De alternatieven van professionals uit Amsterdam zijn uiteenlopend. Zo geeft iemand aan door te verwijzen naar maatschappelijk werk, een ander kijkt naar het eigen netwerk van de cliënt en weer een ander neemt contact op met de GGD. In Utrecht verwijzen professionals voornamelijk door naar de buurtteams. In Den Haag wordt maatschappelijk werk en het CJG het vaakst genoemd.

Professionals die niet bekend zijn met de SMI-regeling zijn verdeeld in hun mening of ze een dergelijke regeling gemist hebben. Alle maatschappelijk werkers die de SMI niet kennen (n=5) geven aan een dergelijke regeling gemist te hebben. Van de medisch maatschappelijk werkers (n=11) geeft een meerderheid dit aan. Psychiaters (n=10) zijn over dit onderwerp verdeeld. Zes geven aan de SMI niet gemist te hebben en vier psychiaters geven aan dat de regeling in enkele gevallen een uitkomst kan bieden. Van zowel huisartsen (n=5) als verpleegkundigen (n=4) geven twee professionals aan de regeling gemist te hebben nu ze ervan weten.

Een meerderheid van 95 procent is voorstander van een verplichting voor gemeenten om de regeling aan te bieden. De motieven hiervoor wisselen. Een deel van de respondenten wijst op de voordelen van de regeling voor zowel ouder(s) als kind. Ook wijst een deel erop dat de zorg voor iedereen gelijk zou moeten zijn.

5.6 Succesfactoren

Professionals die de regeling kennen wijzen wat betreft succesfactoren op zowel positieve uitkomsten voor het kind als de ouder. Enerzijds is het goed voor de ontwikkeling van het kind (bijv. het bieden van structuur, contact met andere kinderen, veilige omgeving, weg uit "nijpende" situatie thuis). Anderzijds wordt het gezin ontlast en biedt het de ouder(s) de mogelijkheid om aan zijn of haar eigen herstel te werken. Degenen die niet bekend zijn met de regeling, wijzen op dezelfde voordelen.

Sommige professionals die bekend zijn met de regeling, wijzen erop dat het eigen netwerk van de ouder(s) niet altijd een (goede) oplossing is. Zo is het bijvoorbeeld mogelijk dat er geen eigen netwerk is waar een ouder zich op kan beroepen.



Ook wijst een psychiater erop dat er bij psychiatrische problemen vaak soortgelijke problemen bij familieleden voorkomen. Het eigen netwerk is dan een minder geschikte oplossing dan een kinderdagverblijf, aldus de psychiater.



Medisch maatschappelijk werker: *"Het is belangrijk dat kinderen verder kunnen gaan met de ontwikkeling. Het valt niet mee om een zieke ouder te hebben met bijvoorbeeld chemotherapie. Het is soms een combinatie, waarbij kinderen al moeite hebben met de sociale ontwikkeling".*

Psychiater: *"De regeling is echt onmisbaar. Je kunt de moeders die om sociale of medische redenen niet werken niet behandelen als het kind er de hele tijd bij is. Het is alles of niks. Je moet je voorstellen dat er een moeder in de behandelkamer zit met een kind van 3 erbij. Dan kun je echt niks beginnen met die moeder qua behandeling. Er is de hele tijd afleiding, de moeders kunnen niet ontspannen. Met de regeling kan dit dus wel dankzij een paar dagen opvang".*

Maatschappelijk werker: *"Het is goed voor de kinderen: ze komen onder leeftijdsgenootjes en leren spelen, want bij de thuissituatie hebben ze minder contact met andere kinderen. En als ze thuis blijven kan er mishandeling van het kind zijn omdat de moeder overbelast is".*

Verpleegkundige consultatiebureau: *"Het is goed voor de ouders die lichamelijk of psychisch ziek zijn of ze komen er anders niet aan toe met jonge kinderen om zelf beter te worden. Deze opvang geeft hier dus ruimte voor".*

5.7 Knelpunten

De meest genoemde knelpunten zijn de administratieve rompslomp en tijd die dit kost en de (te strenge) criteria van de regeling, waardoor sommige mensen buiten de boot vallen. Andere redenen die genoemd worden hebben betrekking op een gebrek aan bekendheid bij sommige organisaties, spreiding van opvang over meerdere dagen, de termijn van opvang en het spanningsveld rondom privacy.



Amsterdam: *"Het is een hoop geregeld voor de professional. Er moeten veel gesprekken worden gevoerd met andere professionals en met de ouders".*

Sommige gezinnen vallen buiten de boot, omdat ouders wel werken terwijl ze echt een laag inkomen hebben. Dus ze zouden zelf kinderopvang moeten betalen maar dit lukt niet altijd. Het is lastig dat sommige gezinnen net niet onder de regeling vallen.

Den Haag: *"Het duurt soms erg lang, criteria zijn vrij streng, ouders worden ondervraagd en sommige ouders hebben dat als niet prettig ervaren".*

Rotterdam: *"De eigen bijdrage is voor sommige ouders te hoog en de termijn is te kort. Soms moet je praten als Brugman met de gemeente".*

Utrecht: *"Er speelt heel veel in zo'n gezin. Het zijn veel verschillende puzzelstukjes die op elkaar moeten passen willen ze in aanmerking komen voor de regeling. Maar het belang van het kind zou voorop moeten staan. Als er al mantelzorg is dan valt de regeling al af. Dat is jammer".*

Er moet heel veel gebeuren voordat je in aanmerking komt. Dat is natuurlijk goed, het moet niet te makkelijk zijn. Eerst moet je van alle specialisten formulieren krijgen en die geven ze niet zomaar mee. De specialisten zijn hiermee nogal wantrouwig. Het kan echt 4 weken duren voordat ik eindelijk de nodige formulieren heb. Daarnaast was de aanvraag (met alle formulieren) bij de gemeente een keer kwijtgeraakt. Daar kwamen ze na 1 maand achter. Hierdoor moest alles opnieuw gedaan worden en waren ze wéér een maand verder. Kortom, het is heel veel werk om alle formulieren ingevuld te krijgen".



Aan degenen die aangaven de regeling niet te kennen (n=35) is gevraagd wat zij als belangrijkste knelpunt(en) zien van de regeling. Ongeveer een derde geeft aan dit niet te weten. Van de overige respondenten geeft het grootste deel aan dat de onbekendheid van de regeling een knelpunt is.

Belemmeringen

Respondenten die bekend zijn met de regeling zijn bevraagd over verschillende stellingen, waarbij ze konden aangeven in hoeverre de stelling volgens hen van toepassing is (n=26). De stelling die volgens de respondenten het meest van toepassing is, heeft betrekking op de kosten van de regeling. De professionals geven aan dat kinderopvang duur is. Echter, er is hierbij ook oog voor het preventieve element, waarbij je uiteindelijk kosten bespaart.

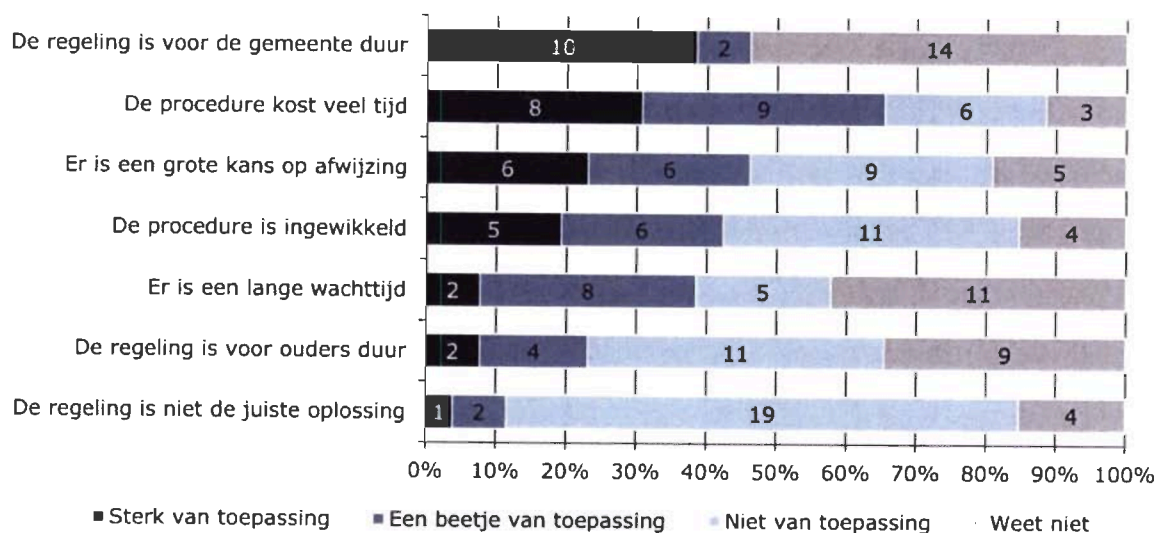


"De regeling is niet goedkoop, maar het is veel beter dan wanneer er niks aan gedaan wordt. Dan worden de problemen alleen maar groter en moeten ze later opgelost worden waarbij de kosten vele malen groter zullen zijn".

Over het algemeen is de regeling in de meerderheid van de gevallen de juiste oplossing. De tijd die de procedure kost is voor een deel van de respondenten een belemmering. Dit geldt met name voor professionals werkzaam in Utrecht. Verder zijn degenen die 'sterk van toepassing' hebben geantwoord op de stelling 'De regeling is voor ouders duur', beide werkzaam in Rotterdam.

Figuur 6.8

In hoeverre zijn de volgende factoren een belemmering? (n=26)



5.8 Verbeterpunten

Veel verbeterpunten hebben betrekking op criteria van de regeling en een gebrek aan flexibiliteit daarin. Zo vindt de een dat er soms meer dagdelen kinderopvang nodig is en wil de ander dat de termijn wordt uitgebreid. In Utrecht hebben de verbeterpunten met name te maken met het proces van aanvragen. Er wordt gewezen op een korter formulier en de mogelijkheid om ook andere professionals de mogelijkheid te geven om een aanvraag te doen. Verder voelt een enkele professional zich niet goed gehoord door degene die de aanvraag beoordeelde.



Amsterdam: "Dat als het nodig is om de opvang te vermeerderen dat hier ruimte voor moet zijn."

"De aansluiting met de ouders en de voorschool zou soepeler moeten gaan. Nu is het zo dat ze alleen voor school opgevangen worden. Maar het zou ook fijn zijn als de kinderen langer opgevangen kunnen worden, zoals tot 15:00 uur in plaats van een paar uur in de ochtend."

Den Haag: "Minder lange wachttijd, kortere lijnen, geen uitgebreid formulier, geen dubbele info."

Rotterdam: "De criteria zoals de hoogte van de eigen bijdrage en de termijn."

Utrecht: "Het regelen is heel omslachtig. Je moet eerst veel bellen, daarna veel formulieren invullen zowel ik als de ouder. Er moeten rapportages van gemaakt worden. Daarna moet de klant door de arts gezien worden. Wel goed dat het zo kritisch is, maar het duurde ook 3 weken voordat de formulieren bij de juiste persoon op de gemeente terecht kwam. Het was soort van kwijt geraakt. Dit moet toch veel makkelijker kunnen."

Aan het einde van het telefonische interview is aan alle respondenten gevraagd of zij nog iets kwijt wilden. Een deel van degenen die iets kwijt wilden, geeft hier nogmaals het belang van de regeling weer. Ook zijn er relatief veel respondenten die nog vragen hebben of aangeven dat (informatie over) de regeling onbekend is

5.9 Verdieping

Na afloop van de telefonische interviews is aan de respondenten gevraagd of zij deel wilden nemen aan een groepsgebesprek om door te praten over de successen, knelpunten en verbeterpunten van de SMI-regeling. Negentien mensen gaven aan interesse te hebben. Zij zijn allemaal uitgenodigd voor een groepsgebesprek in Amsterdam. Uiteindelijk hebben vier professionals deelgenomen: een schoolmaatschappelijk werker uit Rotterdam, twee huisartsen (één uit Den Haag en één uit Rotterdam) en een medisch maatschappelijk werker uit Utrecht.

Bekendheid en bereik

Voor zowel de huisartsen als de medisch maatschappelijk werker was de SMI-regeling onbekend. De schoolmaatschappelijk werker is in aanraking gekomen met de regeling, doordat een moeder die een SMI-indicatie had vroeg of ze kon helpen met de aanvraag voor een verlenging. Sommige deelnemers hebben in hun werkomgeving gevraagd of anderen de regeling kenden, wat niet zo bleek te zijn.

De professionals geven aan dat de regeling vooral bekend zou moeten zijn bij het CJG, schoolmaatschappelijk werk, medisch maatschappelijk werk en het wijkteam/ buurtteam. De huisartsen geven aan dat het wijkteam eerder in aanraking komt met de groep en je als huisarts vaak te laat weet dat er problemen zijn: "Wij weten veel minder dan we denken".

Er zijn weinig ouders die de regeling uit zichzelf kennen. Ouders zouden geïnformeerd kunnen worden over de regeling via bijvoorbeeld Postbus51. Er heerst een taboe bij ouders om hulp (van een psychiater) voor zichzelf te vragen. Men vindt het moeilijk om in het eigen sociale netwerk om hulp te vragen.

Bevorderen bekendheid

De beste plekken om bekendheid over de regeling te bevorderen zijn via het CJG (0-4 jaar) of via wijkteams, aldus de professionals. Verder kunnen scholen benaderd worden. Leerkrachten zijn degenen die hun leerlingen dagelijks en hun ouders regelmatig zien. Ook intern begeleiders zouden hiervoor benaderd kunnen worden.

Tevens stippen de professionals de Wmo-consulenten aan en kan er meer aan bekendheid worden gedaan via de kant van de werkgevers. Er kan dan gedacht worden aan de vakbond, bedrijfsmaatschappelijk werk of de ARBO-arts.

De volgende manieren worden genoemd om bekendheid te vergroten:

- posters in wachtkamer huisarts, school, consultatiebureau;
- een deelnemer geeft aan dat er binnen de organisatie een 'podium' is waar iedere week iemand iets verteld. Dat zou een plek zijn waar de regeling aangestipt kan worden;
- ambassadeurs van de regeling benoemen die vervolgens op de juiste plekken kunnen werken aan het vergroten van de bekendheid met de regeling;
- soort loket in de gemeente waar men terecht kan voor alle vragen rondom kinderopvang.

Toegankelijkheid

Bij de schoolmaatschappelijk werker die bekeek of de SMI-indicatie verlengd kon worden is het contact goed verlopen. Toch is er geen duidelijke reden gegeven waarom de indicatie niet verlengd kon worden. Uiteindelijk keek de moeder in haar eigen netwerk voor een oplossing. De deelnemers zijn het erover eens dat er een laagdrempelige plek moet zijn voor ouders en professionals om meer informatie te krijgen over vragen rondom kinderopvang.



"Bel Bureau Kinderopvang"; dat klinkt laagdrempelig".

Er is kritiek op de wijkteams in Rotterdam vanuit de huisarts, in eerste instantie vanwege het wegbezuinigen van de wijkzuster, terwijl hier juist een preventieve werking vanuit gaat: "Als het geld kost, dan hoeven ze het niet." Er is twijfel over de kennis en kunde in het wijkteam en ze betwijfelt of de wijkteammedewerkers weten waarnaar ze door moeten verwijzen".



"Er is grote angst voor kosten bij gemeenten. Veel blijft in de pot zitten wat eigenlijk voor jeugdzorg was bedoeld. Gemeenten houden de hand op de knip".

Alternatieven

Het alternatief dat als eerste wordt genoemd is het benaderen van het eigen netwerk.

"Als de wijkteams hun werk goed doen, groeit het beroep op de regeling SMI"

Professionals geven aan dat een groter beroep op de SMI als iets positiefs moet worden gezien. Dit met de kanttekening dat je als professional wel eerst moet weten of de regeling geschikt is, voordat het aan ouders wordt voorgelegd, om teleurstelling te voorkomen. Een professional uit Rotterdam geeft aan dat deze stad veel problematiek kent en er een behoorlijke werkloosheid is onder havenarbeiders.



"Dat de regeling groeit is logisch".

Professionals geven aan dat een evaluatie-punt goed zou zijn bij gezinnen die gebruik maken van de regeling. Als ouders ondersteuning krijgen, zou het goed zijn als er na periode X wordt gekeken of de regeling (nog steeds) de juiste oplossing is. In principe zit een evaluatiemoment al ingebouwd in de tijdelijkheid van de regeling, maar wellicht is regelmatig contact tijdens de looptijd wenselijk (die kan immers ook 1 of zelfs 2 jaar bestrijken), of een contactmoment bij het aflopen van de periode, ook al wordt er geen verlenging gevraagd.

"Hoe kunnen gemeenten de regeling beheersbaar houden?"

Onder de professionals is enige verbazing over het feit dat gemeenten de regeling op hun eigen manier kunnen invullen en er ouders kunnen zijn die in de ene stad wel aanspraak maken op de regeling en in de andere stad niet. Hierbij is er ook oog voor het de transitie-gedachte en de positie van de SMI hierin.



"Is het hele idee van een eigen invulling van de SMI door de gemeente niet inherent aan het idee van de transitie?"

Een termijn van bijvoorbeeld 9 maanden wordt als verdedigbaar gezien. Toch vinden de professionals het vreemd dat gemeenten geld krijgen en niet hoeven te verantwoorden waar zij het aan uit hebben gegeven: "Leuk onderwerp voor de rekenkamer".

HOOFDSTUK

Aanbevelingen

6. Aanbevelingen - door Chikuba

6.1 Inleiding

Voor gemeenten is de SMI-regeling een goedkope regeling waarmee ouders en kinderen snel kunnen worden geholpen en waarmee latere hogere kosten kunnen worden bespaard.

Voor hulpverleners is de SMI-regeling een positief aanbod om een voet tussen de deur te krijgen bij (geïsoleerde) gezinnen met een problematische opvoedingssituatie.

Voor ouders en kinderen is de SMI-regeling een laagdrempelige, niet-stigmatiserende regeling die kinderen een goed tweede milieu biedt waarin gezonde contacten in de naaste omgeving kunnen worden opgedaan.

De SMI-regeling is voor gemeenten een kleine regeling binnen het aanbod van zorg. Maar deze regeling verdient zeker aandacht vanwege bovenstaande en omdat deze ouders en kinderen nergens anders terecht kunnen.

6.2 SMI is meer dan alleen het regelen van toegang tot kinderopvang, meer dan de Wko

Een aanvraag voor kinderopvang binnen de SMI-regeling is een signaal naar (jeugd-)artsen dat ouder en kind in een problematische gezinssituatie verkeren. Indien de oplossing binnen de SMI wordt geregeld, wordt het aanbod afgestemd op hetgeen nodig is voor het gezin maar ook wordt er besproken hoe de gezinssituatie kan verbeteren.

Soms kan dit betekenen dat de ouder slechts halve dagen krijgt aangeboden, omdat de arts van mening is dat de ouder meer tijd met het kind moet doorbrengen. Soms gebruikt de arts de SMI-regeling als motivatie voor de ouder om in therapie te gaan. Soms verstrekt de arts geen indicatie voor een SMI-regeling omdat de arts de chronisch gehandicapte ouder wil stimuleren om anders met de opvoedingssituatie om te gaan.

Dit vergt een oordeel van een arts, maatwerk in de uitvoering en zicht op de ontwikkeling van de situatie. Voor de laatste twee genoemde punten heeft de arts de ondersteuning nodig van de uitvoerende partij van de SMI-regeling, de kinderopvang en de (vaak) andere aanwezige hulpverleners bij het gezin. De SMI is voor ouders en kinderen niet gelijk aan de Wko want het biedt meer dan de Wko. Hiermee is het aan te bevelen om de SMI te bezien als een regeling voor ouders en kinderen in problematische opvoedingssituaties en de Wko als een regeling om ouders te voorzien van toegang tot kinderopvang.

6.3 Bekendheid en toegankelijkheid van de regeling kan verbeteren door de wijkteams

Ten aanzien van de bekendheid van de regeling is het voor de gemeente zaak om zowel de juiste doelgroep te bereiken als te voorkomen dat ouders die niet in aanmerking komen zich niet aanmelden. Wijkteams bieden een oplossing. Binnen de wijkteams komt informatie over problematische opvoedingssituaties in gezinnen samen. Daarvan uitgaande dienen de wijkteams goed op de hoogte te worden gebracht van de SMI-regeling zodat zij ervoor kunnen zorgen dat waar nodig een aanmelding plaatsvindt.

Maar ook in dat geval is het nog steeds nodig dat ook andere hulpverleners, zelfs de volwassenenzorg, kennis hebben van de regeling om te voorkomen dat een ouder het aanbod van een behandeling wordt ontzegd omdat de hulpverlener niet weet dat er een oplossing is voor de opvang van jonge kinderen. Binnen iedere gemeente is de toegankelijkheid voor ouders een belangrijk issue. De beleidsmaker maakt zich soms zorgen om de budgetten.

De uitvoerende organisatie vindt het soms frustrerend om te constateren dat ouders afhaken vanwege de hoogte van de eigen bijdragen. En de screenende organisatie maakt zich zorgen om ouders en kinderen die buiten de boot vallen of opstappen.

Wijkteams kunnen hierbij een signalerende en coördinerende rol vervullen. Signalerend door aan te geven of er meer of minder aanmeldingen worden verwacht. En door toezicht te houden op gezinnen die afhaken. Coördinerend door zich op te stellen als een aanmeldpunt voor hulpverleners met gezinnen die SMI nodig hebben en door gezinnen te ondersteunen bij de budgettering van de gezinsfinanciën.

6.4 Aanbevelingen voor maatregelen kostenbeheersing in beleid SMI

Er zijn beperkte financiële middelen voor de SMI-regeling. Met deze middelen moet de doelgroep worden bediend. Helaas zijn er geen kengetallen beschikbaar die een indicatie kunnen geven van de omvang van de doelgroep. Dit betekent voor gemeenten dat budgetteren lastig is, zeker als de omstandigheden veranderen of de bekendheid wordt vergroot. Hieronder volgen maatregelen die gemeenten kunnen treffen om de kosten te beheersen;

- ***Het zuiver formuleren van doelstelling en doelgroep***

Een kostenbesparende maatregel is het zuiver definiëren van de doelgroep afhankelijk van de beoogde doelstelling. De doelgroep kan worden beperkt tot een regeling alleen voor ouders. Of kan worden uitgebreid tot een preventieve maatregel voor ouders en kinderen waarbij de verwachting is dat tijdige inzet van kinderopvang een later probleem (en hogere kosten) bij het kind kan voorkomen. De doelstelling dient het uitgangspunt te vormen waaraan de keuzes in beleid en uitvoering worden getoetst.

- ***Eerst gebruik van voorliggende voorzieningen al dan niet in combinatie***

Eerst kan worden onderzocht of de ouder gebruik kan maken van een voorliggende voorziening al dan niet in combinatie met de SMI.

Het netwerk van de ouders wordt door de gemeente als voorliggende voorziening beschouwd. Als de ouder een beroep kan doen op de partner of iemand anders binnen het netwerk dan komt de ouder niet in aanmerking voor de SMI-regeling.

In principe is er ook geen recht op SMI indien de ouder aanspraak kan maken op kinderopvangtoeslag volgens de Wet Kinderopvang.

Binnen de G4 wordt de toegang tot een voorschoolse voorziening ofwel peuterspeelzaal (3 uur per dag en max. 12 uur per week) als een voorliggende voorziening beschouwd waardoor er geen SMI nodig is.

Indien er meer opvang nodig is, kan er een koppeling worden gemaakt met de VVE waardoor de kosten voor 12 uur kinderopvang per week in mindering wordt gebracht op de kosten voor SMI-opvanguren. Uiteraard betekent dit voor de betrokken gemeente wel een verhoging van de kosten VVE.

- ***De eis van wederkerigheid stellen***

De gemeenten stellen, voor zover mogelijk en van toepassing, als voorwaarde dat de ouder werkt aan verbetering van de (gezins-)situatie, zoals het volgen van een programma of therapie of andere activiteit. Hiermee wordt ernaar gestreefd om zo kort mogelijk gebruik te maken van de regeling. Tegelijkertijd markeert deze eis de doelgroep goed. Moet een ouder een behandeling ondergaan, dan zijn de klachten ernstig genoeg. Een goed verhaal van de ouder is niet voldoende om in aanmerking te komen voor een SMI.

- **Duur en omvang aanbod beperken**

Het limiteren van de duur van de regeling tot zolang nodig met maximaal een jaar is een goed middel om de kosten te besparen en de vinger aan de pols te houden, omdat de ouder terug kan komen voor een verlenging. De goedkeuring daarvoor kan bij de indicerende partij worden gelegd. Als de indicerende partij goed wordt geïnstrueerd om tot een minimum te indiceren, bespaart dit kosten.

Behalve de duur wordt ook de omvang beperkt tot in principe voor 2 of maximaal 3 dagen, tenzij de ouders meer nodig hebben voor de behandeling. Verder kan de omvang eveneens worden beperkt in het aantal beschikbare uren op een dag. Voor de meeste ouders is een dag van 10 uur toereikend.

- **Afspraken met de kinderopvang over niet verschijnen van het kind en de prijs**

De kinderopvang dient een registrerende functie te krijgen. Indien het kind niet komt, moet dit worden gemeld aan de uitvoerende organisatie. Hiermee wordt een betaling zonder daadwerkelijk verbruik en een terugvordering van de betaalde bedragen voorkomen.

Tevens is het aan te bevelen om prijsafspraken te maken met kindercentra. Zeker omdat de ouders qua draagkracht minder aankunnen, vaak niet over de financiële middelen beschikken om te reizen en soms lichamelijke beperkingen kennen.

6.5 Aanbevelingen voor kostenbeheersing in het uitvoeringsproces

Binnen het uitvoeringsproces zijn er verschillende maatregelen te nemen om de kosten te beheersen.

- Iedere ouder, die zich oriënteert op de regeling maar qua kenmerken en problematiek niet in aanmerking komt, zou door goede informatieverstrekking moeten worden ontmoedigd. Dit voorkomt onnodige telefoontjes met aanmeldingen en onnodige screenings. En dus onnodige kosten.
- Om de zwaardere gevallen binnen de doelgroep te bereiken, en om onnodige aanmeldingen die niet door de screening komen bij voorbaat te verminderen, kan de aanmelding alleen door hulpverleners worden gedaan.
- Het opstellen van duidelijke richtlijnen voor het verstrekken van een indicatie bespaart kosten. Om de regeling goed af te stemmen is het aan te bevelen om artsen en orthopedagogen voldoende indicaties jaarlijks te laten verwerken zodat ze ervaring opdoen. Binnen intervisiebijeenkomsten worden de richtlijnen voor indiceren scherper gesteld.
- Het vaststellen van een bijdrage van ouders gelijk aan het bedrag dat ouders zouden moeten betalen onder de Wko conform de ouderbijdragetabel van de Belastingdienst. Dit zorgt ervoor dat de SMI-regeling geen aanzuigende werking voor ouders heeft.
- De inning van de ouderbijdrage door de gemeente zelf (en niet door de kinderopvangorganisatie) zorgt ervoor dat er niet wordt betaald voor een plek die niet wordt gebruikt. Daarbij wordt misbruik voorkomen. Volgens hetzelfde principe als de wijzigingen die nu in de Wet Kinderopvang worden voorgesteld, met de overgang van de uitvoering van de Kinderopvangtoeslag van de belastingdienst naar DUO. In de voorstellen staat beschreven dat DUO eerst controleert of de ouders de ouderbijdrage heeft voldaan. Daarnaast betekent het niet betalen van de ouderbijdrage een zorgsignaal naar de hulpverlening over mogelijke financiële problemen binnen het gezin.

6.6 De beschikbaarheid van cijfers

De beschikbare cijfers over verschillende aspecten van de SMI-regeling is klein. Terwijl juist cijfers, zeker over een aantal jaren, kunnen leiden tot een verbetering van inzicht ten aanzien van de getroffen maatregelen om de regeling te optimaliseren en beter financieel beheersbaar te maken.

6.7 Aanpassen van de bijdrage van de overheid op grond van verbruik

Sinds 2005 financiert het Rijk de gemeenten voor uitvoering van de SMI. Indien het aantal kinderen binnen de regeling toeneemt, de maximum-uurprijs van de kinderopvang stijgt en de toegankelijkheid van de Wet Kinderopvang vermindert, kunnen de kosten voor de SMI-regeling voor de gemeenten toenemen.

6.8 Aanbevelingen voor de ontwikkeling van instrumenten ten behoeve van de ondersteuning van gemeenten

De G4 heeft inmiddels veel ervaring opgedaan met het uitvoeren van de regeling. In het onderzoek is gevraagd naar wat de regeling zou kunnen verbeteren. Hieronder worden een aantal ideeën verder uitgewerkt.

- **Het houden van bijeenkomsten tussen beleidsafdelingen van gemeenten**
Drie van de vier gemeenten vinden het delen van kennis en ervaringen een goed instrument om te voorkomen dat een ieder opnieuw het wiel moet uitvinden. Er zouden bijeenkomsten kunnen worden georganiseerd rondom nieuwe ontwikkelingen die gemeenten aangeven. Daarbij zouden specifieke maatregelen kunnen worden gepresenteerd met een toelichting op de motivatie voor de ontwikkeling, een uitwerking van de werking van de maatregel en het bereikte resultaat. Ontwikkelde instrumenten kunnen worden gedeeld. Verder zouden samenwerkingsverbanden die een gemeente heeft uitgewerkt ook door andere gemeenten kunnen worden overgenomen of mogelijk bij worden aangesloten. Tot slot kunnen casussen aan de orde kunnen komen om van te leren.
- **Informatiebijeenkomsten voor wijkteams organiseren**
Informatie over problematische opvoedingssituaties komt samen binnen de wijkteams. De medewerkers binnen de wijkteams horen goed geïnformeerd te zijn over de doelstelling van de SMI-regeling binnen de gemeente, de doelgroep, de criteria, de procedures, enzovoort.
- **Opmaken van een algemene keuzematrix**
Voor hulpverleners is het lastig te beoordelen of een ouder in aanmerking komt voor de SMI-regeling. Er zou een keuzematrix kunnen worden opgesteld waarbij stapsgewijs de uitkomst inzichtelijk wordt. Een gemeente kan de keuzematrix aanpassen met specifieke criteria die alleen binnen die gemeente gelden. Dit ondersteunt de hulpverlener met de afweging om wel of niet energie te steken in het aanmeldingsproces, of de ouder te begeleiden naar kinderopvang onder de Wko of de voorschool.
- **Het houden van intervisiebijeenkomsten voor de indicerende- en de uitvoerende organisaties**
Intervisiebijeenkomsten om casuïstiek te bespreken, zowel voor de uitvoerende als de screenende organisaties, dragen bij aan een verscherping van de indicatiestellingen. Voor de

uitvoerende organisaties scheelt het uitwisselen van kennis en ervaringen ten aanzien van de oplossing voor een specifiek geval, tijd en geld.

- **Digitale systemen of instrumenten delen**

In de gemeente is het proces van de SMI in meer of mindere mate gedigitaliseerd. Maar digitale processen of onderdelen van het proces als screeningsformulieren of indicatieformulieren en aanmeldingsformulieren kunnen worden gedeeld tussen gemeenten.

- **Algemene informatie voor stakeholders**

Er kan algemene informatie voor stakeholders als huisartsen, wijkteams, wijkverpleegkundigen, psychiaters en psychologen, maatschappelijk werkers, enz. worden opgesteld voor gebruik door meerdere gemeenten. Niet iedere stakeholder hoeft te verwijzen, maar dient wel op de hoogte te zijn van het bestaan van de regeling.

- **Loket Kinderopvang**

De opzet van een permanent loket (smi-)kinderopvang voor de vragen van ouders, gemeenten en hulpverleners over het gebruik van de SMI-regeling of voorliggende voorzieningen kan voorkomen dat kinderen onterecht binnen de SMI-regeling terecht komen. Het loont om een loket in te stellen die de ontwikkelde kennis en expertise omtrent de SMI deelt met andere partijen die dit nodig hebben. Zodat niet iedere dienst- of hulpverlener onnodig veel tijd en energie kwijt is om uit te zoeken hoe om te gaan met het probleem. De hulpverlener moet weten dat er een loket is voor kinderopvang en kan direct checken welke oplossing in de situatie van de ouder mogelijk is en of er van voorliggende voorzieningen gebruik kan worden gemaakt.

- **Geormerkte gelden**

Geormerkte gelden zorgen ervoor dat gemeenten de gelden daadwerkelijk voor de SMI-kinderopvangregeling moeten inzetten. Dit activeert gemeenten die de regeling minder actief inzetten, om er meer werk van te maken.