

12 OKTOBER 2020

**Partners** in Jeugdbeleid

LANGERE DUUR TRAJECTEN AMBULANTE  
JEUGDHULP OP LOCATIE VAN DE  
AANBIEDER

NADER ONDERZOEK BELEIDSINFORMATIE JEUGD



**SOPHIE HOSPERS**  
PARTNERS IN JEUGDBELEID  
Hoogmade

## Inhoudsopgave

Inleiding.....	2
Doelstelling.....	2
Onderzoeksvragen.....	2
Onderzoeksaanpak.....	3
Hoofdstuk 1. Samenvatting, conclusies en aanbevelingen.....	5
Samenvatting.....	5
Conclusies.....	6
Aanbevelingen.....	7
Hoofdstuk 2. Algemene, geïntegreerde bevindingen.....	9
1. Trend langere duur trajecten is reëel, maar niet exact te bepalen.....	9
2. Inzichten in een gedifferentieerd en complex onderwerp.....	10
Concluderend.....	17
Hoofdstuk 3. Beantwoording onderzoeksvragen.....	19
Geraadpleegde bronnen.....	26
Bijlage 1. Deelrapport Gemeente A.....	27
Redenen voor een stijgende trajectduur.....	33
Beantwoording onderzoeksvragen Gemeente A:.....	37
Concluderend.....	38
Bijlage 2. Deelrapport Gemeente B.....	42
Redenen voor een stijgende trajectduur.....	47
Beantwoording onderzoeksvragen Gemeente B:.....	48
Concluderend.....	49
Bijlage 3. Deelrapport Gemeente C.....	53
.....	56
Redenen voor een dalende trend trajectduur.....	58
Beantwoording onderzoeksvragen Gemeente C:.....	60
Concluderend.....	61
Bijlage 4. Deelrapport Gemeente D.....	65
Redenen voor een langere of kortere trajectduur.....	70
Beantwoording onderzoeksvragen Gemeente D:.....	73
Concluderend.....	74
Bijlage 5. Cijfers CBS, landelijk.....	78
Ten aanzien van de betrouwbaarheid.....	78
Over de duur trajecten:.....	79



## Inleiding

Aanleiding tot dit onderzoek is de constatering dat de jeugdhulp vijf jaar na de transitie nog steeds stijgt, en dat dit met name verband houdt met een langere gemiddelde trajectduur van de ambulante jeugdhulp. I&O Research heeft daar een eerste verkennend onderzoek naar gepubliceerd.<sup>1</sup> Met voorliggend Nader Onderzoek wordt meer inzicht verworven in de trajectduur van ambulante jeugdhulp op locatie, die de grootste bijdrage levert aan de genoemde toename.

Het onderzoek maakt onderdeel uit van het, in het kader van de Beleidsinformatie Jeugdhulp ontwikkelde, drietrapsmodel:

- Eerste trap is een benchmark die zicht geeft op het gebruik van jeugdhulp, jeugdbescherming en jeugdreclassering op landelijk en gemeentelijk niveau, gebaseerd op gegevens uit de landelijke dataset;
- Tweede trap is verdiepend nader onderzoek naar opvallende verschillen tussen gemeenten en de achtergrond daarvan;
- Derde trap is leren van de inzichten uit onder andere het nader onderzoek en waar nodig het bijstellen/wijzigen van het beleid (en de uitvoering).

## Doelstelling

Met het *Nader Onderzoek langere trajectduur ambulante jeugdhulp op locatie van de aanbieder* wordt gezocht naar verklaringen voor verschillen tussen gemeenten in de langere of kortere gemiddelde trajectduur tussen 2016 en 2019. Met als doel inzicht te verwerven in de toegenomen gemiddelde trajectduur bij ambulante jeugdhulp op locatie van de aanbieder 2016 t/m 2019 (een toename van 73 dagen).

## Onderzoeksvragen

Het Ambtelijk vooroverleg Beleidsinformatie Jeugd (ABJ) heeft de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

1. Zijn de verschillen in trajectduur tussen gemeenten te verklaren uit de (on)betrouwbare registratie, populatieverschillen, sociaal economische omstandigheden of andere moeilijk te beïnvloeden factoren?
2. Is de toename van trajectduur van toepassing voor alle jeugdigen die uitstromen of zijn er verschillen (grote groep met kleine toename of kleine groep met grote toename)?
3. Zijn de verschillen te verklaren uit maatschappelijke omstandigheden die de problematiek bij jongeren in deze regio's heeft verzaard in de periode 2016-2019?
4. In welke mate zijn de verschillen in trajectduur te verklaren in doordat het CIZ en zorgverzekeraars de Jeugdwet als voorliggend beschouwen op aanspraken voor de Wlz en Zvw?
5. In welke mate is de toegenomen trajectduur te verklaren uit bekostigingsvorm, inkoopinstrumenten als open house of verlaagde tarieven?

---

<sup>1</sup> I&O Research, *Rapport. Duur jeugdhulptrajecten. Ambtelijk vooroverleg Beleidsinformatie Jeugd (2020)*



6. Wordt er meer, en door wie, verwezen naar ambulante jeugdhulp op locatie van de aanbieder?
7. Is de lengte in de trajectduur tussen gemeenten te verklaren uit de organisatie van het aanbod van jeugdhulp zonder verblijf?
8. Hangen verschillen in duur samen met wijzigingen in intensiteit van de hulp?
9. Hangen de verschillen samen met langer/korter verblijf?
10. In welke mate komen de verschillen overeen met het regionale beeld?

### Onderzoeksaanpak

Evenals de eerdere Nadere Onderzoeken betreft dit een explorerend onderzoek naar de wereld achter de cijfers. We hebben twee gemeenten geselecteerd die in vergelijking met de andere gemeenten opvallen door een stijgende trend in gemiddelde trajectduur van ambulante jeugdhulp op locatie, en twee gemeenten die juist opvallen door een dalende trend daarin. De gemeenten waar het onderzoek is uitgevoerd, zijn in deze publicaties geanonimiseerd.

Het bleek lastig om gemeenten te vinden die bereid zijn om mee te doen aan het onderzoek. Er zijn landelijk maar weinig (zes) grote gemeenten die een daling van de gemiddelde duur laten zien. De gemeenten met ook een laag gemiddeld aantal dagen bleken niet bereid mee te werken helaas. Voor henzelf was het onderwerp niet nijpend genoeg om de kostbare tijd ervoor vrij te maken. We hebben uiteindelijk 4 gemeenten bereid gevonden, met een grootte van 70.000 inwoners of meer, verspreid over het land.

Ook voor aanbieders was de intrinsieke interesse in, of het belang hechten aan, het onderwerp wisselend. Sommige aanbieders werkten vooral mee op aanvraag van de gemeente ('als het voor de gemeente belangrijk is, dan werken we graag mee'), anderen hebben uit zichzelf het onderwerp op de agenda staan.

We hebben CBS om aanvullend maatwerk gevraagd, omdat er in de eerdere maatwerktafel over de duur van trajecten niet wordt uitgesplitst tot op het niveau van ambulante jeugdhulp op locatie van de aanbieder, per gemeente.<sup>2</sup> De analyse van deze cijfers, in combinatie met andere gegevens uit de Beleidsinformatie Jeugd gaven geen reden om de onderzoeksvragen uit te breiden, met uitzondering van een administratief effect in (met name) 2015. Dat wordt in Bijlage 5 verder toegelicht, in dezelfde bijlage zijn ook de belangrijkste landelijke gegevens opgenomen.

Dit onderzoek liep parallel aan het onderzoek naar de ontwikkeling van de trajectduur bij lokale teams door Zwaan Onderzoek & Advies. Tijdens de uitvoering van het onderzoek zijn daarom de (cijfermatige) analyse, de keuze van de gemeenten en de ontwikkeling van de hypothesen tussen beide onderzoeken afgestemd.

Op basis van het onderzoek door I&O en aanvullende gesprekken met leden van het ABJ<sup>3</sup>, hebben we de inhoudelijke onderzoeksvragen verder uitgediept, gericht en aangevuld. Op basis van deze hypothesen hebben we semigestructureerde interviews gevoerd met vertegenwoordigers van gemeenten (in totaal acht personen) en aanbieders (in totaal zeventien aanbieders, vijf per gemeenten,

---

<sup>2</sup> CBS, Zorgduur van unieke jongeren, maatwerktafel 2019; Duur van afgesloten trajecten JH 2015-2019, maatwerktafel 2020

<sup>3</sup> We hebben gesproken met vertegenwoordigers van de Nederlandse GGZ, Jeugdzorg Nederland, het Nederlands Instituut voor psychologen, en de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland.



met uitzondering van Gemeente B, waarbij het door het late aanhaken bij het onderzoek niet mogelijk bleek om voor de oplevering meer dan twee aanbieders te spreken).

We hebben de respondenten gevraagd of ze zelf cijfermatig zicht hebben op de duur van de hulpverleningstrajecten. De informatie vanuit de CBS cijfers, vanuit gemeenten en vanuit aanbieders hebben we voor zover mogelijk naast elkaar gelegd. We hebben hen ook gevraagd of ze zich in de trend herkennen, en wat verklaringen zouden kunnen zijn voor een stijgende of dalende gemiddelde trajectduur, zowel wat betreft hun eigen organisatie, als wat betreft de gemeente en eventueel de regio. Dat waren open, verkennende en meanderende gesprekken.

We hebben per gemeente een min of meer integrale analyse en beschrijving gemaakt (Bijlage 1 tot en met 4), met die onderwerpen die voor de betreffende gemeente het meest in het oog springend waren. We hebben die beschrijvingen verrijkt met citaten uit de interviews. Dat geeft een beeld van de noodzakelijke differentiatie in dit onderwerp. Op sommige punten vonden we interessante dwarsverbanden tussen gemeenten, die echter niet altijd voldoende gewicht hadden voor een individuele gemeente. Die resultaten zijn dan wel in de algemene bevindingen, en de beantwoording van de onderzoeksvragen terug te lezen, in Hoofdstuk 2 en 3. Zowel de aparte hoofdstukken over gemeenten als de algemene bevindingen bevatten derhalve meer én minder informatie. We starten de rapportage in Hoofdstuk, 1 met een samenvatting, conclusies en aanbevelingen. In dat hoofdstuk worden alle bevindingen en resultaten gecomprimeerd en kernachtig weergegeven.

We spreken in deze rapportage in termen van 'sommige aanbieders', of 'meerdere respondenten'. We realiseren ons dat dat de vraag kan oproepen *hoeveel* dat er dan precies waren. We hebben ervoor gekozen om dat niet te benoemen, omdat dat een exactheid zou suggereren die de bevindingen niet hebben. De bevindingen hangen natuurlijk sterk af van de invalshoeken van de aanbieders en gemeenten die we spraken. We hebben ervoor gezorgd dat we aanbieders met verschillend hulpaanbod en van verschillende grootte spraken, net zoals de deelnemende gemeente op verschillen zijn uitgekozen. Dat alles heeft in onze overtuiging geleid tot een rijk en leerzaam rapport.

### *Met dank aan...*

We hebben enorm genoten van het voeren van de gesprekken met betrokken gemeenten en aanbieders. We kunnen hen vanwege de toegezegde anonimiteit helaas niet persoonlijk en bij naam bedanken. Onze dank is er niet minder groot om. Het is verheugend om te ervaren met welk een inzet, inzicht en visie er wordt gewerkt aan een betere hulp voor de jeugd. Vijf jaar na de transitie lijkt er – ondanks de grote druk die sommige aanbieders en gemeenten nog steeds ervaren - rust en ruimte te ontstaan in het zorglandschap, en wordt een werkelijk begin gemaakt met de transformatie. Maar misschien is dat wensdenken van de auteur.....?

*Afsluitend willen we nogmaals benadrukken dat je eigenlijk nu pas echt zicht begint te krijgen, en de transformatie in beweging komt, dus hecht niet teveel waarde aan de data van de eerste vijf jaar. Met de grote financiële druk was het ook een onmogelijke opgave. We zijn nu gebaat bij rust en continuïteit in het zorglandschap.*

Zorgaanbieder



## Hoofdstuk 1. Samenvatting, conclusies en aanbevelingen

Dit hoofdstuk bevat om te beginnen een samenvatting van het onderzoek naar de langere duur van jeugdhulptrajecten 'ambulante jeugdhulp op locatie van de aanbieder'. Daarna volgen conclusies. Omdat het een gedifferentieerd en samenhangend onderwerp betreft zijn de conclusies in eerste instantie integraal (en niet puntsgewijs) opgeschreven, de opsomming waar we dit onderdeel mee afsluiten moet in het licht van deze samenhang gelezen worden. We sluiten het hoofdstuk af met de aanbevelingen.

### Samenvatting

Welke factoren zijn van invloed op een veranderende gemiddelde duur van trajecten? In dit Nader Onderzoek hebben we kwalitatief onderzoek gedaan naar een stijgende gemiddelde duur van de jeugdhulptrajecten in de categorie 'ambulante jeugdhulp op locatie van de aanbieder'.

In vier gemeenten, twee met een dalende en twee met een stijgende gemiddelde duur hebben we interviews gehouden met beleidsmedewerkers van de gemeenten en met zorgaanbieders. We hebben gevraagd of ze zelf cijfermatig zicht hebben op de gemiddelde duur van de hulpverleningstrajecten. De informatie vanuit de CBS cijfers, vanuit gemeenten en vanuit aanbieders hebben we naast elkaar gelegd. We hebben hen ook gevraagd of ze zich in de trend herkennen, en wat verklaringen daarvoor zouden kunnen zijn, zowel wat betreft hun eigen organisatie, als wat betreft de gemeente en eventueel de regio.

Een stijgende gemiddelde trajectduur ambulante jeugdhulp op locatie van de aanbieder is reëel te noemen, op basis van de uitkomsten van dit onderzoek. Drie van de vier gemeenten én het merendeel van de aanbieders herkenden de trends in stijgend of dalende gemiddelde duur, op basis van de eigen administratie. Niet iedereen heeft zicht op de doorlooptijden in de eigen organisatie. De nauwkeurigheid van de bepaling van de trends is ook beperkt, als gevolg van administratieve effecten en een onvergelykbaarheid van de verschillende bronnen.

De meest aannemelijke verklaringen per gemeente zijn samengevat in onderstaand schema.

<p><i>Gemeente A (+)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Beter zicht en antwoord op problematiek (meer klanten vinden, beter onderliggende oorzaken behandelen, beter, integraal, samenwerken, erbij blijven waar nodig)</li> <li>➤ Kwaliteit van het contractmanagement door de gemeente, te veel spelers en te weinig inhoudelijke sturing</li> <li>➤ Kwaliteit van de hulpverlening, van aanbieders en van de samenwerking tussen aanbieders onderling</li> </ul>	<p><i>Gemeente C (-)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Goede samenwerking in de keten</li> <li>➤ Sturing op inhoud door de gemeente</li> <li>➤ Besef van beperkte middelen bij aanbieders, al dan niet versterkt door wachtlijsten en krapte</li> <li>➤ Hoger verblijf qua unieke jongeren dan het regionaal en landelijk percentage</li> </ul>
<p><i>Gemeente B (+)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Onvoldoende sturing en kwaliteit van contractmanagement door de gemeente</li> <li>➤ Kwaliteit van de hulpverlening (te individueel gericht en onvoldoende methodisch werken) en onvoldoende samenwerking in de keten</li> <li>➤ Beter zicht op systemische problematiek</li> </ul>	<p><i>Gemeente D (-)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Sturing op het niet te gemakkelijk verlenen van verlengingen door de gemeente</li> <li>➤ Een historie van lange jeugdhulptrajecten en een pittige populatie zijn de meest aannemelijke redenen voor de lange gemiddelde duur</li> <li>➤ Een stijgend verblijf in samenhang met een dalende duur is opvallend, maar lastig om verklarend te gebruiken (in aantal stijgen de ambulante trajecten wel)</li> </ul>



Als we de bevindingen vanuit de vier gemeenten, plus aanvullend literatuuronderzoek en interviews met vertegenwoordigers van Brancheorganisaties vervolgens samenvoegen, komen we tot drie thema's:

1. De duur van een traject moet passend zijn bij de aard en de ernst van de hulpvraag. Soms is dat lang, soms kort. Dat geldt voor alle hulpvormen. Generiek praten over de gemiddelde duur van trajecten heeft dus geen zin.
2. Inkoop en contractmanagement zijn van invloed op de langere of kortere gemiddelde duur van trajecten: een veelheid aan gecontracteerde aanbieders en een gebrek aan sturing leidt tot een onwenselijke langere duur.
3. De kwaliteit van hulpverlening en samenwerking over de grenzen van de eigen organisatie én domeinen heen, zijn van invloed op de gemiddelde duur van trajecten: een gebrek aan kwaliteit van het aanbod, en een gebrekkige samenwerking leidt tot een onwenselijke langere duur.

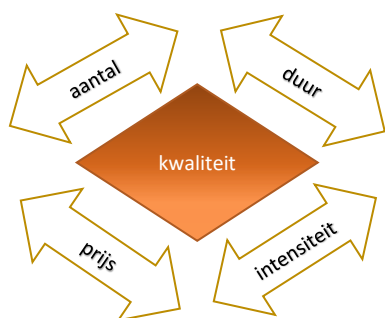
*Je ziet meer volwassenheid in contractmanagement bij gemeenten ontstaan, die snappen steeds beter waar het over moet gaan. Eerst hadden we alleen maar het gesprek over de cijfers (kun je iets minder hard groeien?). Nu praten we over de wereld achter de cijfers (waarom is dat eigenlijk, dat je groeit?).*  
Zorgaanbieder

### Conclusies

Een langere of kortere gemiddelde duur van jeugdhulptrajecten blijkt een rijk onderwerp dat het hart van het vraagstuk in de jeugdhulp raakt: hoe zorgen we ervoor dat we het gewone leven van inwoners versterken, binnen de grenzen van de beschikbare middelen, en met inachtneming van de differentiatie in thematiek en problematiek die hierachter schuilgaat?

Bij verdeling van de beschikbare middelen heb je te maken met vier variabelen die onderling samenhangen: duur, aantal, intensiteit en kostprijs. Binnen dit vierkant moet kwaliteit worden gerealiseerd. Met de doelen van de jeugdwet en de transformatie staan andere aspecten van kwaliteit meer voorop dan voorheen (versterken van het gewone leven, samenwerking met andere domeinen, en zo thuis mogelijk opgroeien).

Alleen sturen op een van de vier zijden van het vierkant (duur, aantal, intensiteit of prijs) is zinloos,



vanwege de samenhang van de vier items. Het integraal sturen op de vier zijden zónder dat die gekoppeld is aan, of voortvloeit uit een visie is ook zinloos en kan leiden tot perverse prikkels. In extremis is de beste manier om de kosten te beheersen immers het niet meer toelaten van inwoners tot zorg. Dat is niet de bedoeling natuurlijk. In relatie tot andere domeinen, maar ook binnen het jeugddomein, is dat wèl wat er soms gebeurt, in een gevecht over welke financiering passend is in een bepaalde situatie.

Het is logischer als een gemeente stuurt op het geheel van het vierkant, bijvoorbeeld middels het hanteren van een vast budget en de opdracht zonder wachtlijsten te werken. In dat geval blijft het totale speelveld gelijk.

Sturen op doorlooptijden is wèl zinvol vanuit de inhoud. Dat gaat om vragen als: wanneer of voor welke inwoners of zorgvragen wil je langdurige zorg bieden, en wanneer of voor welke inwoners of zorgvragen wil je juist kort ondersteunen? Wanneer is goed ook goed genoeg? Of hoe bieden we tegenwicht aan de toenemende maatschappelijke druk dat iedere kind aan alle eisen zou moeten



voldoen (smallere normaalcurve), waardoor stress en uitval ontstaat? Dat zijn vragen naar de inhoud en kwaliteit van de hulpverlening. Dat gesprek vraagt om een open, constructieve en aanspreekbare houding van aanbieders en gemeenten.

Die houding, én de relatie staat onder druk, vanwege financiële spanning bij gemeenten en aanbieders, concurrentie op de 'zorgmarkt', en de soms extreem gedetailleerde administratieve uitvragen door gemeenten. Dat bemoeilijkt het gesprek over kwaliteit. En dat gesprek is de motor van de transformatie waar we nog maar net aan zijn begonnen.

*Maar wat niet altijd aanwezig is, is een toetsingskader op kwaliteit, of, dat is meer een attitude, aanspreekbaarheid op kwaliteit. Daar moeten we nog een slag in maken met elkaar. het is best ingewikkeld om het gesprek daarover te voeren. Nu er meer financiële rust is, er meer helderheid is in het zorglandschap (wie is waarvan) en er een gezamenlijke focus en visie is (wat willen we voor de inwoner) kan dat pas beginnen. We waren wel erg probleemgericht met z'n allen en gaan kantelen naar de vraag wat er nodig is, minder organisatie denken en meer netwerkdenken rondom de client.*  
Zorgaanbieder

### *Samenvattend, conclusies:*

1. De onderlinge verschillen in gemiddelde duur tussen gemeenten zijn groot.
2. De (gemiddelde) duur van trajecten hangt nauw samen met aantallen, met intensiteit en kostprijs. Deze onderwerpen moeten altijd in samenhang worden benaderd.
3. Consequente sturing in beleid en in professioneel handelen op duur van trajecten is nodig.
4. Sturing op de duur van trajecten is alleen zinvol vanuit de inhoud en in relatie tot de visie en de waarden: wat vind je belangrijk en wat wil je bereiken voor de jeugd.
5. Spreken over duur van trajecten is alleen betekenisvol als je de hulp in de gehele keten beschouwt. Ook het samenwerken in de keten, en zeker het werken over domeinen heen, vraagt sturing en een passende opdracht van de lokale en landelijke overheid.
6. Een substitutie effect tussen verblijf en ambulante jeugdhulp is aannemelijk.
7. Voor bepaalde doelgroepen (met name die uit de gehandicaptenzorg, lvb) is het logisch en wenselijk dat doorlooptijden langer worden.
8. Veel aanbieders op de markt maken samenwerking en transformeren ingewikkeld. Tegelijkertijd lijken kleine aanbieders qua innovatie en efficiëntie in het voordeel te zijn.
9. Het gesprek over kwaliteit van hulpaanbod wordt vertroebeld door concurrentie.
10. Lange termijn inkoopafspraken en lange termijn doelen helpen enorm bij leren en ontwikkelen in de hele keten.
11. Het onderwerp doorlooptijden vraagt om differentiatie naar wenselijke veranderingen (langdurige aandacht bij langdurige problematiek, ambulantisering en minder verblijf) én onwenselijke (perverse prikkels, te weinig doelgericht werken, versnipperde zorg, aanzuigende werking, alles problematiseren, verdienmodel).

## Aanbevelingen

Afsluitend doen we nog een aantal aanbevelingen.

### *Aan gemeenten:*

- ✓ Zorg voor een zodanige inrichting van het zorglandschap dat samenwerking en niet concurrentie wordt beloond.





## Partners in Jeugdbeleid

- ✓ Zorg voor een gedegen en congruent contractmanagement, voortvloeiend uit de visie en de waarden. Bepaal het speelveld (budget en opdracht) en stuur vervolgens vanuit inhoud, en niet vanuit cijfers.
- ✓ Wees scherp op de inhoudelijke én cijfermatige doelstellingen en schroom niet je ook met de inhoud te bemoeien, vanuit respect voor ieders rol en verantwoordelijkheid. Zadel aanbieders daarbij niet op met een onmogelijke en onzinnige opdracht aan verantwoordingseisen.

### *Aan zorgaanbieders:*

- ✓ Leer van elkaar, ook qua bedrijfsvoering, en laat je niet verleiden tot moddergooien als gevolg van concurrentie.
- ✓ Voer het gesprek over de gewenste kwaliteit vanuit een visie en waarden, en wees daarbij ontvankelijk voor afwijkende meningen. Transformeren vraagt om een kritische reflectie op vaak vanzelfsprekende uitgangspunten en de bereidheid om de (eigen) heilige huisjes ter discussie te stellen.

### *Aan VWS:*

- ✓ Laat het zorglandschap met rust en kom niet met ingrijpende beleidswijzigingen in het jeugddomein. Richt je in plaats daarvan op de knelpunten in de relatie met de andere domeinen.

### *Aan het ABJ:*

- ✓ Promoot je producten beter. De nadere onderzoeken leveren inzichten op die landelijk, regionaal en lokaal helpend zijn, zelfs op basis van het beperkt aantal gemeenten dat onderzocht wordt. Ze verdienen meer aandacht en waardering.

### *Aan allen:*

- ✓ Ga zo door! Wat gebeurt er toch veel moois in het land dat jeugdzorg heet.



## Hoofdstuk 2. Algemene, geïntegreerde bevindingen

In dit hoofdstuk zetten we de bevindingen op een rij die zijn verkregen op basis van een analyse van de cijfers, van de deelrapportages van de vier gemeenten en van de aanvullende inzichten uit de interviews in de vier gemeenten.

Dit hoofdstuk bestaat uit twee delen. In het eerste, korte deel, zetten we op een rijtje wat er op basis van de cijfers kan worden geconcludeerd, en welke invloeden er zijn op die cijfers.

In het tweede deel van dit hoofdstuk gaan we in op inhoudelijke redenen en mogelijke verklaringen voor een langere of kortere gemiddelde trajectduur ambulante jeugdhulp op locatie van de aanbieder. We hebben dat geordend in negen onderdelen, die op aspecten een overlap kennen.

### 1. Trend langere duur trajecten is reëel, maar niet exact te bepalen

Een stijgende gemiddelde trajectduur ambulante jeugdhulp op locatie van de aanbieder is reëel te noemen, op basis van de uitkomsten van dit onderzoek. Alle gemeenten, en een meerderheid van de aanbieders konden tot op zekere hoogte ook cijfermatig zicht geven op het vraagstuk, vanuit de eigen administratie. Voor velen was het zicht op trends beperkt als gevolg van wijzigingen in de systemen en contractering. De CBS cijfers worden door de meerderheid aanbieders en gemeenten minstens in enige mate bevestigd vanuit de eigen administratie. Ze worden in ieder geval niet weersproken. In Gemeente D hebben we geen trend kunnen bepalen. De CBS en de gemeentelijke cijfers laten een vergelijkbare trend zien in de andere drie gemeenten. Het is niet exact te bepalen hoe groot de trend is, vanwege een onvergelykbaarheid van de cijfers, en vanwege administratie effecten in het algemeen. De belangrijkste oorzaak daarvan is een 'vervuiling' van de CBS cijfers in met name de eerste twee jaar. Bij de eerste aanlevering in 2015 heeft een aantal aanbieders ervoor gekozen om als startdatum 1 januari 2015 op te geven, bij hulp die feitelijk al eerder begonnen was. Anderen hebben de werkelijke startdatum opgegeven. Doordat deze ongeveer 80.000 trajecten ambulante jeugdhulp op locatie van de aanbieder feitelijk langer waren dan gemeten, geeft dit een vertekening op de berekening van de gemiddelde duur, en de verandering daarin. Dat effect is met name waarneembaar in 2015 (waarin 40.000 van deze trajecten werd afgesloten) en in afnemende mate tot 2018 (met nog ongeveer 1.000 van deze trajecten openstaand). Een herberekening door CBS geeft een schatting van een stijging van de gemiddelde duur van de trajecten ambulante jeugdhulp op locatie van de aanbieder van 116% in plaats van 127%. Een verdere toelichting op de administratieve effecten is te vinden in Bijlage 5, over de landelijke CBS cijfers.

Daarnaast werden de gemeentelijke en CBS cijfers, voor zover die er waren, in de meerderheid van de gesprekken ook door aanbieders herkend vanuit de eigen administratie, met eenzelfde kanttekening: de trend was voor de meerderheid van de respondenten vergelijkbaar, de exacte cijfers niet altijd, en zelfs vaak niet.

In het schema op de volgende pagina staan belangrijkste cijfers over gemiddelde duur en aantallen unieke jongeren met jeugdhulp uit de gemeente en het landelijk beeld geordend<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> Alle CBS cijfers in dit rapport zijn gebaseerd op de Beleidsinformatie Jeugd, weergegeven in Statline. De tabellen zijn geraadpleegd in de periode juli – oktober 2020. Voor de gemiddelde duur van de trajecten is een aanvullende maatwerktafel gemaakt door CBS. We hebben ervan afgezien om voor elke tabel of figuur een verwijzing op te nemen. Een overzicht van de gebruikte items in Statline, is opgenomen in het bronnenoverzicht.



Bij vergelijking van de gemiddelde duur van de ambulante jeugdhulp op locatie van de aanbieder valt vooral het grote verschil in dagen op. De kortste gemiddelde duur is 215 dagen (in Gemeente B, 2016) en de langste gemiddelde duur is 692 dagen (Gemeente D in 2016). Dat is meer dan drie keer zo lang. De onderlinge verschillen zijn afgenomen in 2019 (386 dagen in Gemeente C, tot 615 dagen in Gemeente D).

We zien een mogelijk verband tussen een stijgende gemiddelde duur van de ambulante trajecten op locatie van de aanbieder en een (licht) dalende duur van verblijf. Als oplossingen vaker in het ambulante hulpaanbod worden gevonden waardoor het verblijf daalt, is het ook logisch dat ambulante trajecten langer worden, omdat ook verblijfstrajecten vaak langdurig zijn of waren. In de interviews is door een aantal aanbieders benoemd dat ze bewust bezig zijn met het terugdringen van verblijf, in duur en in aantal. Bij de vergelijking tussen de gemeenten valt ook hier vooral het grote verschil in gemiddelde duur in verblijf op (van 276 dagen in 2016, Gemeente A, tot 716 dagen in 2016, Gemeente B; in 2019 is dat verschil bijna net zo groot: 278 dagen in Gemeente D en 703 dagen in Gemeente B). Een daling in dagen gaat in twee gemeente gepaard met een daling in aantallen. In Gemeente D daalt het aantal dagen fors (van 511 naar 278 dagen), maar stijgt het aantal jongeren tot 50%.

Op basis van dit onderzoek is een substitutie effect tussen verblijf en ambulante hulp aannemelijk te noemen. Omdat het bij verblijf doorgaans om lange trajecten gaat, is het ook aannemelijk dat dit invloed heeft op de stijgende gemiddelde duur van ambulante jeugdhulp op locatie van de aanbieder.

gemeenten en Nederland vergeleken									
ambulante jeugdhulp op locatie aanbieder			verblijf			jeugdhulp door lokale team			
duur	unieke jongeren		duur	unieke jongeren		duur	unieke jongeren		
<b>Nederland</b>									
2016	290 dagen (geschat 307)	6%	428 dagen	1%		248 dagen	1,4%		
2019	363 dagen	6,6%	418 dagen	1%		373 dagen	1,8%		
<b>Gemeente A (+)</b>									
2016	232 dagen	7,1%	276 dagen	1,1%		641 dagen	2,0%		
2019	492 dagen	7,8%	381 dagen	1,0%		1266 dagen (foutief aangeleverd)	0,4%		
<b>Gemeente B (+)</b>									
2016	215 dagen	7,3%	716 dagen	1,3%		299 dagen	0,2%		
2019	437 dagen	6,9%	703 dagen	1,1%		234 dagen	1,1%		
<b>Gemeente C (-)</b>									
2016	486 dagen	6,8%	467 dagen	1,2%		322 dagen	0,4%		
2019	386 dagen	5,7%	422 dagen	1,1%		452 dagen	0,6%		
<b>Gemeente D (-)</b>									
2016	692 dagen	7,8%	511 dagen	1,0%		147 dagen	0,6%		
2019	615 dagen	10,1%	278 dagen	1,5%		242 dagen	0,4%		

Gemeente A toont een vergelijkbaar beeld met de regio en herkent de cijfers.

Gemeente B toont verschillen, op punten, met de regio, herkent de cijfers qua duur, niet qua aantallen.

Gemeente C toont een afwijkend beeld van de regio op de meeste punten, en herkent de cijfers qua duur, niet qua aantallen.

Gemeente D toont verschillen, op punten, met de regio en herkent de cijfers.

## 2. Inzichten in een gedifferentieerd en complex onderwerp

Een thema als 'duur van trajecten' laat zich niet platslaan tot simpele uitspraken als wel of niet waar, of wel of niet goed. Er gaat een gedifferentieerde en complexe wereld achter schuil, die vraagt om



nuance in het gesprek. De belangrijkste inhoudelijke inzichten die we hebben opgehaald zetten we op een rij. Dat is een geïntegreerd beeld, gebaseerd op de resultaten vanuit de vier gemeenten, aangevuld met inzichten op landelijk niveau. We proberen een samenhangend beeld te geven. Daarom is er overlap in de geformuleerde thema's, dat terug te zien zal zijn in de wijze van bespreken (verschillende items worden onder verschillende bevindingen benoemd).

Als eerste zetten we de redenen die in de vier afzonderlijk gemeenten werden genoemd op een rij. Vervolgens bespreken we negen inhoudelijke invalshoeken.

### *Redenen in gemeenten benoemd*

Door gemeenten en aanbieders is in semigestructureerde interviews verteld wat zij zien als mogelijke verklaringen voor een stijgende danwel dalende gemiddelde trajectduur. Per gemeente hebben we dat geordend per thema in onderstaand schema weergegeven.

De toelichting van deze items is te vinden in de deelrapportages.

Redenen voor een langere of kortere trajectduur, benoemd per gemeente	
<p><b>Gemeente A (+)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Beleidswijzigingen</li> <li>Intensiteit</li> <li>Zorginhoudelijke verschillen</li> <li>Herkennen problematiek</li> <li>Afschalen</li> <li>Neiging om door te gaan met hulpverleners</li> <li>Relatie tot verblijf</li> <li>Grenzen met andere domeinen</li> <li>Kwaliteit van en visie op hulpverlening</li> <li>Financiering en contractmanagement</li> </ul>	<p><b>Gemeente C (-)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sturing door gemeente</li> <li>Zwaardere problematiek</li> <li>Af- en opschalen</li> <li>Technische redenen</li> <li>Kwaliteit en veelheid van het hulpaanbod</li> <li>Neiging om door te gaan met hulpverleners</li> <li>Relatie tot verblijf</li> <li>Intensiteit</li> </ul>
<p><b>Gemeente B (+)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Onvoldoende methodisch werken</li> <li>Individuele insteek</li> <li>Samenwerking in de keten, ook domein-overstijgend</li> <li>Problematiek en populatie</li> <li>Sturing door gemeente</li> </ul>	<p><b>Gemeente D (-)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Problematiek jeugd</li> <li>Sturing door gemeente</li> <li>Specialistisch aanbod en vragen over kwaliteit</li> <li>Relatie met verblijf</li> <li>Wachlijsten</li> <li>Samenwerking intern en in de keten</li> <li>Intensiteit</li> <li>Grens met andere wetten</li> </ul>

De drie belangrijkste verklaringen, die in alle gemeenten terug komen, zijn:

1. Verschillen die te maken hebben met de populatie en zorginhoudelijke verschillen. Dit kan zowel zorgen voor een langere als voor een kortere duur.
2. Contractering en sturing door gemeenten: een veelheid aan gecontracteerde aanbieders en een gebrek aan sturing leidt tot een onwenselijke langere duur.
3. Kwaliteit van hulpaanbod en samenwerking in de keten: twijfels over de kwaliteit van het aanbod, en gebrekkige samenwerking leidt tot een onwenselijke langere duur.

We gaan in onderstaande bevindingen dieper in op deze drie items, vanuit negen verschillende invalshoeken:

1. Intensiteit
2. Aantallen
3. Prijs
4. Andere domeinen



5. Hele keten
6. Maatschappelijke invloeden
7. Inkoop en sturing door gemeenten
8. Wenselijke en onwenselijke effecten
9. Kwaliteit van aanbieders

### 1. Een beoordeling van de duur is weinig zinvol zonder een relatie met de intensiteit

Voor vrijwel alle respondenten kan inzicht in de gemiddelde duur van trajecten niet los gezien worden van inzicht in de intensiteit van die trajecten. We hebben onvoldoende cijfers over intensiteit kunnen verkrijgen, om daar cijfermatig iets zinvols over te zeggen.

Verschillen in intensiteit, en veranderingen daarin, hangen samen met inhoudelijke keuzes en bewegingen in het zorglandschap.

*Er is ook een grens aan wat nog korter kan. Voor verblijf is dat 9 à 10 maanden. Voor ambulante is er ook zo'n grens, van ongeveer een half jaar, schat ik. Heel veel korter kan gewoon niet, je moet kennis maken, iets opbouwen, dat heeft gewoon tijd nodig.*  
Zorgaanbieder

Sommige interventies zoals behandelingen, kunnen kort en intensief geboden worden. In dat geval moet het gesprek meer gaan over welke mate van intensiteit passend is bij welke problematiek en welk gezin. Andere interventies, zoals stuttend en steunend erbij blijven, of de basis op orde krijgen, voordat een behandeling kan starten, hebben uit zichzelf een bepaalde doorlooptijd. Als hulpverlener moet je contact maken, ruimte bieden voor acceptatie en rouw, en vinger aan de pols houden in sommige gevallen. Er zijn

ook kinderen of gezinnen die vanwege hun problematiek – denk aan een ernstige handicap – langdurig, soms een leven lang zorg nodig hebben, óók als er ontwikkeling zichtbaar is. Ook dan gaat het om een passende mate van intensiteit van het contact en de ondersteuning (is er dagelijks, wekelijks, of alleen op afroep ondersteuning nodig). Dat onderscheid staat niet gelijk aan het onderscheid licht en zwaar, of enkelvoudige en complexe problematiek.

### 2. Verklaringen voor een langere duur en hogere aantallen lopen door elkaar heen

Eenzelfde samenhang geldt voor het verschil én de samenhang met aantallen. Redenen als het ontstaan van aanvullend aanbod vanwege 'witte gaten' in het hulpaanbod, eerder signaleren of meer problematiseren (en niet makkelijk 'nee' zeggen), wervend gedrag van aanbieders, of een toegenomen complexiteit van de samenleving met hoge eisen en veel prikkels, gaan over aantallen en niet noodzakelijk over de duur van trajecten. Er is geen relatie zichtbaar te maken tussen lagere aantallen en een langere duur, ook niet voor individuele aanbieders. We zijn alle mogelijke combinaties van hoog en laag hierin tegengekomen.

### 3. Ook de kostprijs toont een verband met de duur

Het thema doorlooptijd verandert in de interviews al snel in het thema 'passende tarieven'. Zowel vanuit gemeenten als vanuit zorgaanbieders wordt het onderwerp van een stijgende of dalende duur van trajecten met name interessant gevonden vanuit het oogpunt van het gesprek om de kosten. Dat lijkt ook de verklaring waarom sommigen de cijfers (van een dalende trajectduur met name) niet herkennen. Als de kosten stijgen, lijkt alles groter, of 'meer' te worden. Zoekend naar verklaringen voor een langere duur, kwamen al snel verklaringen voor toenemende kosten naar boven. Dat zijn

*We hebben als gemeente een slag moeten slaan in inhoudelijke kennis van het jeugd domein. In het begin zijn we te veel afgestaan op wat de aanbieder zei, omdat we het zelf ook niet precies wisten. Nu zijn we kritischer.*  
Gemeente



twee verschillende onderwerpen, die in samenhang moeten worden bekeken, menen aanbieders. De zorgen zitten voor gemeenten op kostenoverschrijding en voor aanbieders op inkomensonzekerheid plus 'afleidend gedoe om je geld binnen te halen'.

#### 4. De duur van trajecten wordt beïnvloed door een relatie tot andere domeinen

Zowel onderwijs, als WMO en begeleid wonen, als de WLZ en volwassenen-GGZ worden genoemd als aanpalende domeinen die van invloed zijn op de gemiddelde duur van de trajecten. Met name de laatste twee worden gezien als een reden waarom de trajecten langer duren, omdat de toegang daartoe als zeer lastig wordt ervaren. Op het grensvlak met onderwijs ontstaat er vernieuwend aanbod, wat zowel een verlengende als een verkortende werking kan hebben. Voor beide domeinen (Jeugd en onderwijs) is er voordeel uit de samenwerking te behalen. Hetzelfde geldt voor de WMO. Hulp vanuit de WMO of verlengde jeugdhulp zijn voor een gemeente communicerende vaten, waarbij soms de afspraken in de regio bepalend zijn voor welke keuzes hierin gemaakt worden (zie beschrijving Gemeente D).

*Tot 8 jaar komt de hulp uit de Jeugdwet, daarboven ben je 'WLZ-indiceerbaar'. Met een uitzondering iets eerder. Het is een extra drempel voor ouders om over te gaan naar de WLZ, een onnodige confrontatie met 'het zal nooit wat worden'. Ook omdat je voor de WLZ moet oppassen om 'ontwikkeling' te benoemen, terwijl er natuurlijk altijd wèl ontwikkeling is, ook al gaat de beperking nooit over. Voor sommige ouders is de WLZ ook een opluchting.*  
Zorgaanbieder

#### 5. Een beoordeling van de duur van trajecten zou eigenlijk de hele keten moeten beslaan

Als de ene aanbieder gaat sturen op het verkorten van de trajectduur, kan die bij een ander langer worden en vice versa. Echt zicht op het traject dat een kind of gezin in de jeugdhulp doorloopt – en daarbij een beoordeling van de vraag of die hulp zo kort als mogelijk, zo lang als nodig én effectief was -ontstaat pas wanneer de hulp of ondersteuning in de gehele keten in het vizier is. Thema's als tijdig op- en afschalen, en de (on)wenselijkheid van wisselingen in hulpverleners voor een gezin, plus de relatie met aanpalende domeinen, horen hierbij.

*Ook in de jeugdteams komt aandacht voor volwassenenproblematiek. We hebben de afspraak met de zorgverzekeraar dat vanuit het jeugdteam ook zorg aan de ouders kan worden geboden. Dat gebeurt nog niet, maar kan technisch wel. Eigenlijk zou je in de wijk ook 0-100 ggz teams willen hebben. Nu komt er nog een interne doorverwijzing met wachtlijst en al, dat wil je natuurlijk niet. Om dat te bewerkstelligen is het nodig dat de verschillende disciplines in 1 team komen, dan zijn het elkaars collega's.*  
Zorgaanbieder

Een toegenomen duur kan mede veroorzaakt worden door de toegenomen complexiteit van de hulpverlening, nu die zich meer en meer richt op het gehele systeem, en de context, in plaats van alleen op het kind. Een toenemende complexiteit van de hulpvraag, of in ieder geval een toenemend zicht op de complexiteit van de hulpvraag, wordt vaak als reden genoemd in de interviews. Goed afstemmen en prioriteren van hulp kost ook tijd. Dat kan de hulp langer, maar ook effectiever maken (en daarmee op de langere termijn juist weer korter). De andere kant wordt ook benoemd: niet goed kunnen samenwerken en afstemmen maakt de hulp minder effectief, waardoor trajecten ook langer kunnen worden (als de schulden niet op orde zijn, heeft de behandeling minder impact, maar om

de schulden goed te kunnen aanpakken, zijn positieve effecten van behandeling nodig).

We zien een beweging richting samen optrekken in de zin van: niet alles tegelijk doen, maar, zoals een aanbieder het puntig formuleert, *van gelijktijdig samen bepalen wat de juiste volgorde is*. Het oordeel over de mate waarin deze ontwikkeling daadwerkelijk in gang is gezet, is wisselend onder respondenten.



*Je moet je ook inhoudelijk afvragen of het goed is voor een kind als er zoveel, zo lang hulp wordt ingezet. Dat een kind 4 jaar lang twee keer per week naar een hulpverlener toe moet gaan, wat doet dat met een kind? We moeten ook leren het ongemak te verdragen, het gaat niet altijd goed met kinderen. Er worden ook erg hoge eisen aan ze gesteld, en als het dan niet lukt moet er hulp bij.*

Gemeente

### *6. Maatschappelijke invloeden hebben een effect op de lange termijn*

In zijn algemeenheid wijzen sommige, maar minder dan de helft, van de aanbieders op veranderende maatschappelijke omstandigheden en problematiek, waarbij de wijzigingen zich echter niet in enkele, maar meer in tientallen jaren voltrekt.<sup>5</sup> Dan wordt er met name gewezen op een toegenomen complexiteit in de samenleving, meer prikkels, hogere eisen, en een smallere normaalcurve (hoe moet je leven en je gedrag eruit zien), die zorgen voor meer uitval en hulpvragen om dat te repareren. Als verklaring voor een toenemende gemiddelde duur in de afgelopen jaren acht bijna niemand dit afdoende, omdat het om lange termijnverschuivingen vraagt, en het bovendien eerder van invloed zou zijn op de aantallen, dan om de lengte van de trajecten.

Wat wèl aannemelijk wordt geacht door gemeenten én aanbieders die dit onderwerp benoemen, is dat deze toegenomen druk, om tegendruk vraagt, omdat individuele hulpverleners, vanuit een taakopvatting van de individuele mens willen bijstaan, misschien meer dan wenselijk, geneigd zijn om er op in te gaan. Die tegendruk kan op verschillende manieren geboden worden: vanuit interne controle mechanismen, bijvoorbeeld goede evaluaties van het hulpverleningsproces, elkaar als collega's in een casuïstiekbespreking echt scherp houden op de vraag of er nog meer nodig is. Ten tweede een scherp contractmanagement door gemeenten, die de aanbieder zowel op individuele casuïstiek, als in het algemeen bevragen op nut en noodzaak van langer hulpverleners, en als derde een maatschappelijk debat op de eisen die we als samenleving aan de jeugd stellen. Onderwijs wordt daarin als belangrijke partner genoemd. Als het aan die tegendruk ontbreekt in een gemeente, dan kan dat op korte termijn van invloed zijn op de aantallen, maar misschien dus ook op de lengte van de trajecten. Niemand van de respondenten benoemt dit als een sterke verklaring.

*Een volgende reden voor langere trajecten (naast de veelheid van aanbieders en hogere vergoedingen) is het gegeven dat alle aanbieders zich als concurrenten zijn gaan gedragen om maar hun stukje van de taartpunt binnen te halen. Dat ging niet zo erg op inhoud, maar vooral op binnenhalen van patiënten. Eigenlijk komt nu pas echt de transformatie op gang, waarin je vanuit de inhoud gaat kijken wat er nodig is. Over een jaar of twee ga je daar iets over kunnen zeggen. We gaan uit het marktmodel naar samenwerking. We worden ook anders ingekocht om dit mogelijk te maken, met een verregaande vereenvoudiging van de administratieve afhandeling. We gaan ervan uit dat de prijs nu ook kostendekkend zal zijn, daar hebben we in de regio wel een robbertje over moeten vechten.*

Zorgaanbieder

### *7. De wijze van inkoop en sturing door gemeenten hebben effect op de duur van de trajecten*

Een onbeperkte toetreding van aanbieders als gevolg van een 'open house' inkoop heeft volgens zorgaanbieders, maar ook Gemeente D, een negatief effect.<sup>6</sup>

<sup>5</sup> Ook in de literatuur wordt daar op gewezen, zie bijvoorbeeld I&O (2020), p. 26 en KPMG (2020), p. 8

<sup>6</sup> Ook I&O(2020) p.26, p.39 en KPMG (2020) p.8 benoemen open house als factor.



Aanbieders noemen een versnipperd zorglandschap als een mogelijke oorzaak van langere trajecten. Dat bemoeilijkt de samenwerking (zie ook punt 5) en is van invloed op de kwaliteit van de verleende hulp. Daardoor zou de hulp langer kunnen zijn dan nodig (zie ook punt 8).

Zowel gemeenten als aanbieders benoemen het belang van een heldere sturing door gemeenten, ook

*Het probleem met het open house model is dat je alle aanbieders moet toelaten, ook aanbieders die misschien de expertise niet hebben. Dan heb je het over drumpedagogen en huiswerkbegeleiding. We zouden willen dat aanbieders een collectieve verantwoordelijkheid nemen voor de groep die het het meeste nodig heeft. Helaas hebben we dat in de regio nog niet voor elkaar.*

Gemeente

voor dit thema. Gemeenten zouden zich daarbij moeten richten op het belonen van samenwerking en het tegengaan van concurrentie, naar het oordeel van de meeste aanbieders. Concurrentie is nodig, in een alsmaar uitdijende zorgmarkt. Maar concurrentie helpt niet in de samenwerking.

Verscheidene aanbieders laten zich positief uit over kritische sturing door gemeenten, als noodzakelijke 'tegendruk'. Hulpverleners en aanbieders hebben de inherente neiging hebben om langer hulp te gaan verlenen dan strikt noodzakelijk. Dat kan zijn ingegeven door inhoudelijke én door financiële motieven en redenen.

Financiële motieven gaan, zoals gezegd, over een concurrentie op de zorgmarkt, waardoor aanbieders cliënten willen 'binnenhalen', soms zonder al te veel aandacht voor de inhoud. Inhoudelijk gaat dit over de neiging van hulpverleners voor een 10 te willen gaan, en over een groter maatschappelijk druk, als gevolg van de hoge eisen die we aan onszelf en aan onze kinderen stellen. Scherpste door gemeente aangebracht op de vraag 'wat is er nou écht nodig', is lastig voor aanbieders, maar wordt uiteindelijk wél gewaardeerd, omdat het ook een positief effect heeft of kan hebben op het verdelen van de schaarste.

*Ik vind het schrijnend dat in de Jeugdwet Ivb wel, maar de andere vormen van gehandicapt zijn (NAH, EMD, LG) niet genoemd worden. Het is écht een vergeten groep. We hebben nu te maken met de ZVW, JW, WMO, BW, WLZ en onderwijs gelden (dat laatste was voorheen ook al zo). We hebben meer dan 100 contracten moeten afsluiten om te doen wat we voorheen ook al deden binnen de AWBZ.*

Zorgaanbieder

### 8. Differentiëren naar wenselijke en onwenselijke effecten

Een generiek gesprek over de duur van de trajecten is weinig zinvol als niet onderscheiden wordt naar de inhoud (zie ook punt 1). Voor sommige groepen, of voor sommige hulpvragen is een langere duur wenselijk (denk aan chronische problematiek of blijvende zorgen om veiligheid). Voor andere hulpvragen wordt het wenselijker geacht dat de trajecten kort blijven (bijvoorbeeld om inwoners niet afhankelijk te maken van zorg, of omdat een gerichte traumabehandeling een blijvend positief effect kan hebben).

Ook zoiets als outreachend werken, de vraag gaan ophalen kan zowel positief als negatief begrepen worden. Betekent het dicht aansluiten op gezin of jongere (of school) die uit zichzelf niet zo makkelijk om hulp vraagt, terwijl dat wél goed zou zijn, dan is het wenselijk. Betekent het een vraag creëren door aanbod te promoten, waar iemand het zonder hulp wellicht ook goed zou kunnen redden, dan is het negatief. Een gemeente noemt dit laatste ronduit: 'wervend gedrag van aanbieders'.

Ook qua sturing moeten we voorzichtig zijn met eenduidige conclusies trekken. Eenzelfde maatregel kan uiteenlopende effecten hebben. Resultaatgericht financieren heeft naar het oordeel van verschillende respondenten mogelijk positieve én negatieve effecten op de duur van trajecten én de effectiviteit van de hulpverlening.





Langere trajecten kunnen dus inhoudelijk positief en negatief geduid worden: als er 'aangemodderd' wordt is het negatief, als er goede verbindingen of noodzakelijke zorg tot stand komt positief. Vrijwel iedereen die we spraken schrijft het positieve aan zichzelf toe, en het negatieve aan de ander.

### 9. De duur van trajecten wordt beïnvloed door de kwaliteit van het hulpaanbod

Zowel gemeenten als aanbieders zien een gebrek of juist hoge mate van kwaliteit als een belangrijke reden voor een langere of kortere duur van trajecten.<sup>7</sup> In de interviews is dit onderwerp veelvuldig en vanuit verschillende invalshoeken aan de orde gekomen. De globale richting is duidelijk voor iedereen: we willen kinderen en gezinnen zo kort mogelijk jeugdhulp bieden, daar waar het om een tijdelijk vermindering van de draagkracht, of om een duidelijk te verhelpen probleem gaat. Daarbij is het van belang dat de hulp zich niet bij de oppervlakte houdt, maar zich richt op de werkelijke, onderliggende oorzaken van een probleem. Daar waar het gaat om structurele, blijvende problemen, moet de jeugdhulp voortdurend geboden blijven worden, zo zwaar als nodig. Hulp moet in samenhang, met oog voor de context en in goede samenwerking geboden worden.<sup>8</sup> Tot zover de overeenstemming.

Wát dan precies een goede samenhang is, wanneer er juist kort en intensief of meer langdurig ondersteund moet worden, wie het beste zicht op de echte oorzaken heeft, hoe je dat kunt vast stellen en wat er vervolgens nodig is, daarover zijn de meningen bijna hartgrondig verdeeld. We hebben in de interviews veel 'jij-bakken' vernomen, met name van aanbieders onderling. Een scheidslijn tekent zicht af, hier grof geschetst: oude aanbieders die al langer bestaan met een groter marktaandeel, verwijten

*Je hoort ook geluiden over zorgcowboys. Wij werken met onderaannemers, dat zijn geen cowboys. We werken samen op inhoud. Soms tref je wel een zorgboerderij die denkt een zeer zorgintensieve client wel aan te kunnen 'omdat ik wel wat gewend ben'. Dan twijfel je wel over de deskundigheid, en doe je dat liever niet. Maar ook in de discussie over kwaliteit moeten we nadenken over de insteek. In een andere regio zijn er innovatieve zorgaanbieders die beter aansluiten bij de wensen van de gemeente, en is ons marktaandeel gedaald. Is dat goede zorg? Nou blijkbaar wel, want de gemeente wil dat. Wij bekijken dat ook kritisch. Het moet niet alleen gaan over het ontlasten van de maatschappij, maar ook over de client de beste zorg geven. Dat zijn twee verschillende perspectieven. Dat gesprek moeten we met elkaar goed voeren. Ook als het gaat om de vraag of je een kind behandeld, of de ouders, of de omgeving. Van wie is het probleem eigenlijk?*

Zorgaanbieder

*Ook de aandacht in het jeugddomein voor kortdurend, of resultaatgericht, afsluitredenen, het past allemaal niet. De beperking van onze doelgroep (gehandicaptenzorg) gaat niet over en aan onze cliënten zullen we eigenlijk altijd hulp blijven bieden. Soms doe je tijdelijk minder, of niks, maar in ieder geval bij iedere nieuwe ontwikkelingsfase is er vaak weer hulp nodig. En voor sommige cliënten is er überhaupt voortdurend zorg nodig. Dan is het diskwalificerend voor ouders als je als gemeente, of regio, zegt: we kijken eerst wat u zelf kunt doen.*

Zorgaanbieder

de kleine, nieuwe aanbieders een gebrek aan kwaliteit ('knuffelen met honden'), een kwalijke financiële mentaliteit ('zorgcowboys'), en een tekort aan evidence based behandelmethoden ('ze doen maar wat'). Nieuwe jonge aanbieders verwijten de oude een gebrek aan flexibiliteit ('ze blijven doen wat ze altijd deden'), een eenzijdige en te veel probleem- en symptoomgerichte focus op het kind en te weinig oog voor en bewegen naar de context ('ivoren toren').

Ook over het belang van zelf doorgaan met het bieden van hulp, ook als het niet direct het gewenste effect oplevert, versus snel en kort interveniëren en stoppen als dat niet aanslaat, verschillen de meningen van aanbieders onderling. Zit je dan domweg 'de zakken te

<sup>7</sup> Ook I&O (2020) benoemt dit als factor, p.27

<sup>8</sup> Zie ook NJI (2019), hoofdstuk 3: kwaliteit van het aanbod



vullen', of ben je juist 'te onverschillig voor het effect van wéér een verandering voor de client'? Wie het weet mag het zeggen.

*Het gesprek over kwaliteit is best ingewikkeld. Soms vraag je je af wat die kleintjes allemaal doen, soms zie je een houding van erin springen waar een gezin ook veel aan kan hebben. Laatst sprak ik zo'n man, die stapt een gezin in, zegt tegen vader 'nou even kappen jij' en gaat met de jongere een stukje lopen. Een grote organisatie zit dan meer in een systeem, 'we moeten eerst de crisis oplossen'. We moeten ook wel, want bij ons zitten er veel meer controle mechanismen in en eisen waar je allemaal aan moet voldoen. Dat zouden wij ook graag anders zien, we hebben een soort waterhoofd aan overhead gecreëerd.*  
Zorgaanbieder

Het gesprek over kwaliteit (wat is nou echt nodig en helpend?) wordt bemoeilijkt door moeten/willen concurreren om marktaandeel (zie ook punt 6).<sup>9</sup> Dat is ook logisch. Je kunt als aanbieder moeilijk zeggen dat iets overbodig is of best minder kan, als je daarmee je eigen omzet om zeep helpt. Aanbieders richten zich op de zwaardere doelgroep, misschien in een poging hun bedrijfsvoering op orde te krijgen, omdat dat ook de hoogste tarieven geeft. Niemand zegt dat de problematiek lichter is geworden. Dat wekt de suggestie dat de verzwaren van de doelgroep samenhangt met een strijd om passende (= organisatie perspectief), of de hoogste (= gemeente perspectief) tarieven. Hoe meer rust er dus in het zorglandschap ontstaat, en we horen terug dat die aan het ontstaan is, hoe meer ruimte er komt voor de inhoudelijke transformatie, en dat betekent dat een gesprek over kwaliteit op basis van waarden gevoerd zal moeten worden. Vind je het belangrijk om gedegen en zorgvuldig te werk te gaan en alleen dat te doen waar je expertise voor hebt? Of vind je het belangrijk om betrokken te zijn en te blijven en soms over de grenzen van de eigen expertise en opdracht heen te stappen? Dat gesprek is moeilijk te voeren als het gevecht om het marktaandeel en tarieven in volle hevigheid gaande is.

*Het vraagt ook wel wat, omdat er ook ouders komen met een zeg maar 'fix mijn kind houding'. Dan vraagt het wat om dat om te buigen. Sommige ouders zijn er heel blij mee, die gaan actief meewerken, maar anderen vinden dat moeilijk. Dat zijn vaak ouders die zelf weinig leerbaar zijn door een lagere intelligentie of door eigen trauma. Die staan daar niet altijd voor open, dat is vaak een stap te ver. Als dat zo is, dan gaan we terug naar de verwijzer, en dan hangt het ervan af hoe die dat oppakken. Soms gaan ze mee met de ouder die dan zegt 'dat heb ik al geprobeerd, doe maar iets meer praktisch'. Dat vind ik jammer, want je lost dan het onderliggende niet op. Sommigen komen ook gewoon niet aan in de volwassen ggz.*  
Zorgaanbieder

### Concluderend

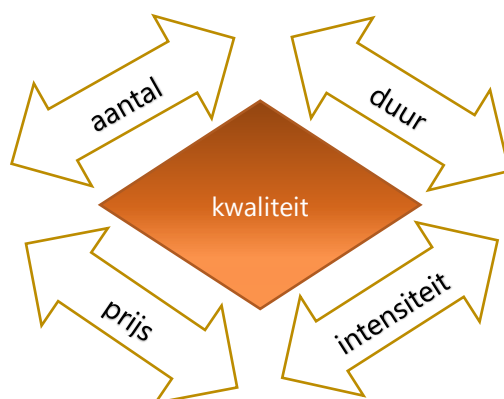
De gemiddelde duur van de trajecten ambulante jeugdhulp op locatie van de aanbieder stijgt. Een langere of kortere gemiddelde duur van jeugdhulptrajecten blijkt een rijk onderwerp dat het hart van het vraagstuk in de jeugdhulp raakt: hoe zorgen we ervoor dat we het gewone leven van inwoners versterken, binnen de grenzen van de beschikbare middelen, met inachtneming van de differentiatie in thematiek en problematiek die hierachter schuilgaat?

De duur van een traject moet passend zijn bij de aard en de ernst van de hulpvraag. Soms is dat lang, soms eerder kort. Dat geldt voor alle hulpvormen. Generiek praten over de duur heeft dus geen zin.

<sup>9</sup> KPMG (2020): een groot deel van het extra geld gaat naar nieuwe toetreders. De omvang van de 'oude' aanbieders slinkt. I&O (2020) p.31 Aanbod creëert vraag, omzet willen behalen door toegenomen spelers in de markt.



De gemiddelde duur van trajecten hangt nauw samen met het aantal trajecten, met de intensiteit ervan en met de kostprijs. Binnen dit vierkant moet kwaliteit worden gerealiseerd. En de beoogde kwaliteit en inhoud is aan het veranderen, met de doelen die aan de transformatie zijn meegegeven, en veranderende maatschappelijke omstandigheden op lange termijn.



Het enkel sturen op een van de vier zijden van het vierkant (duur, aantal, intensiteit of prijs) is zinloos, vanwege de samenhang van de vier items. Het integraal sturen op de vier zijden zónder dat die gekoppeld is aan, of voortvloeit uit een visie is ook zinloos, omdat ze gaan over kwantiteit en niet over kwaliteit. Het kan leiden tot perverse prikkels. In extremis is de beste manier om de kosten te beheersen immers het niet meer toelaten van inwoners tot zorg. Dat is niet de bedoeling natuurlijk. In relatie tot andere domeinen, maar ook binnen het jeugddomein, is dat wèl wat er soms gebeurt, in een gevecht over welke financiering passend is in een bepaalde situatie.

De grote verschillen tússeen gemeenten in gemiddelde duur vallen op. Een substitutie effect tussen verblijf en ambulante hulp is aannemelijk.

Sturen op doorlooptijden is alleen zinvol als het met oog op de inhoud gebeurt (voor welke inwoners of zorgvragen wil je langdurige zorg bieden, en welke inwoners of zorgvragen wil je juist kort ondersteunen) – binnen de bandbreedte van het vierkant. Dat vraagt om een open, constructieve en aanspreekbare houding van aanbieders en gemeenten.

Die houding, én de relatie staat onder druk, vanwege financiële spanning bij gemeenten en aanbieders, concurrentie op de 'zorgmarkt', en de soms extreem gedetailleerde administratieve uitvragen door gemeenten. Dat bemoeilijkt het gesprek over kwaliteit.

## Hoofdstuk 3. Beantwoording onderzoeksvragen

In dit hoofdstuk beantwoorden we de onderzoeksvragen op een uitgebreide wijze. We geven telkens een overzicht van de beantwoording per gemeente, gevolgd door een algemene, integrerende overweging en beantwoording.

Als laatste is er een korte reflectie opgenomen voor verschillende hypothesen die in de eerdere besprekingen nog niet aan de orde zijn gekomen. Dat gaat om hypothesen die in literatuur en interviews met leden van het ABJ zijn verzameld.

1. *Zijn de verschillen in trajectduur tussen gemeenten te verklaren uit de (on)betrouwbare registratie, populatieverschillen, sociaal economische omstandigheden of andere moeilijk te beïnvloeden factoren?*

Gemeente A	Gemeente B	Gemeente C	Gemeente D
Nee	Nee. Populatie en problematiek zijn niet veranderd de afgelopen jaren, wel relatief zwaar.	Nee. De populatie is niet herkenbaar veranderd. Wel relatief zwaar, qua problematiek en sociaal economische omstandigheden.	De populatie is niet herkenbaar veranderd. Wel relatief zwaar, qua problematiek en sociaal economische omstandigheden.

De belangrijkste registratie-invloeden (aanlevering met startdatum 2015) zijn niet herleidbaar tot individuele gemeenten, en we kunnen dus niet beoordelen in hoeverre deze van invloed zijn geweest op de trend in de vier onderzochte gemeenten.

De bevindingen in de gemeenten zijn niet te onderscheiden naar hulp op locatie en hulp in netwerk, omdat die twee beiden genoemd werden door aanbieders die we spraken, als we vroegen op welke categorie de ambulante hulp werd aangeleverd. Door de grote differentiatie in aanbod, productcodes en vertalingen naar de CBS uitvraag kunnen we hier geen betekenisvolle uitspraken over doen.<sup>10</sup>

We weten dat sociaal economische omstandigheden (een gebrek aan koopkracht bij een deel van de bevolking) een belangrijke voorspeller zijn voor het gebruik van jeugdhulp.<sup>11</sup>

Zwaan Onderzoek en Advies constateert dat op basis van het landelijk beeld, sociaal economische of populatie verschillen geen verband houden met *wijzigingen* in de gemiddelde trajectduur.<sup>12</sup>

De verandering in kenmerken van jongeren met jeugdzorg in de vier gemeenten geven een diffuus beeld. De interviews gaven geen aanleiding om aan te nemen dat dit een factor van invloed is geweest. Alleen in Gemeente D werd een toename van de populatie 15- 17 jarigen benoemd als mogelijk reden voor een toename van de duur. In deze gemeente is de gemiddelde duur afgenomen. Dat bevestigt het belang van een gedifferentieerde benadering van het onderwerp.

<sup>10</sup> We hebben een prachtige variëteit aan aanbod aangetroffen, dat zich doorontwikkelt met de maatschappelijke verschuivingen (meer integraal, aanpak voor een doelgroep die ook werkt voor de andere, gericht op trauma, systeembehandelingen, onderwijszorgcombinaties, etc etc). Het 'duizend bloemen bloeien' dat dikwijls gebezigd wordt in relatie tot lokale teams, geldt in die zin ook voor het enorm gedifferentieerde zorgaanbod van gespecialiseerd aanbieders. Er wordt misschien al meer maatwerk geleverd dan we soms denken.

<sup>11</sup> Bijvoorbeeld: CBS (2020) onderzoek over kenmerken populatie

<sup>12</sup> Zwaan Onderzoek & Advies (2020)



### 2. Is de toename van trajectduur van toepassing voor alle jeugdigen die uitstromen of zijn er verschillen? (grote groep met kleine toename of kleine groep met grote toename)

Gemeente A	Gemeente B	Gemeente C	Gemeente D
Inhoudelijke verschillen: ja. Niet met cijfers inzichtelijk te maken, geldt op casuïstiekniveau (dus binnen produktgroepen, aanbod etc)	We hebben dat niet cijfermatig kunnen onderbouwen. Bij de groep waar voor de ouders eigen problematiek meespeelt, duren trajecten langer.	Uit de interviews kunnen we opmaken dat in sommige gevallen een langer duur als gunstig kan worden beschouwd en in andere gevallen niet.	Vanuit de inhoud worden verschillen benoemd.

We hebben voor geen van de gemeenten of aanbieders kunnen differentiëren naar cijfers. Inhoudelijk worden verschillen benoemd, waarbij met name de groep gehandicapte kinderen en de lvb groep (ouders én kinderen), benoemd worden, als groep die langer durende zorg behoeft. Problematiek wordt beter, en in een eerder stadium herkend, benoemen zowel aanbieders als gemeenten. Dat heeft eerder invloed op aantallen dan op de duur van trajecten.

*Ja, ik hoor wel dat de vraag wordt opgehaald, op scholen met name. Soms gebeurt dat wat ons betreft ook een beetje té kort door de bocht. Dat er te snel gezegd wordt: kom maar op de zorgboerderij, in plaats van dat de hulp gericht is om op school te blijven. Kinderen willen ook wel buiten spelen en fikkies stoken, dan kun je als gemeente nog lastig nee zeggen, als de link al is gelegd.*

Gemeente

### 3. Zijn de verschillen te verklaren uit maatschappelijke omstandigheden die de problematiek bij jongeren in deze regio's heeft verzaagd in de periode 2016-2019?

Gemeente A	Gemeente B	Gemeente C	Gemeente D
Nee	Nee.	Sommige aanbieders zien de problematiek toenemen. Duur juist korter.	Nee.

Uit veel interviews komt de observatie naar voren dat we een complexere samenleving hebben, met meer prikkels en hogere eisen. Voor een kwetsbare groep kinderen stelt dit te veel eisen aan de weerbaarheid en flexibiliteit. Ook de eigen stress van ouders, hetzij door hoge eisen, hetzij door schulden, psychiatrie of lvb problematiek, zou kunnen overslaan op de jeugd. Niemand achtte dit voldoende verklaring, omdat dit een trend is die zich in eerder in tientallen, dan in enkele jaren afspeelt. Ze zijn in ieder geval niet onderscheidend voor gemeenten of regio's.<sup>13</sup>

Hoge maatschappelijke complexiteit en eisen hebben een opstuwende werking in zorgvragen en vragen om 'tegendruk'. Als die ontbreekt kan dat leiden tot meer, en misschien ook tot langere trajecten.

<sup>13</sup> Zie voor een verdere uitwerking: Zwaan Onderzoek en Advies (2020)



*Wat ik wel meer zie (en komt dat omdat ik het beter gewaar wordt, of omdat er echt iets veranderd is?) dat ouders de emoties van hun kind niet goed kunnen verdragen. Het kind moet rustig blijven en mag niet boos zijn. Dat heeft te maken met een beeld van een kind dat altijd gelukkig en vrolijk zou moeten zijn, anders faal je als ouder. 'Wat zal de omgeving zeggen als mijn kind boos wordt?' Dus dan maar liever toegeven, waardoor het natuurlijk alleen nog maar erger wordt. Het heeft ook te maken met het eigen stressniveau. Als een ouder de eigen stress niet kan reguleren, dan reageert een kind daarop dan krijgen ze samen therapie. Ze hebben nu ook meer stress dan in de jaren 60/70 waarin er toch standaard 1 ouder thuis was. Nu moeten ze zoveel ballen in de lucht houden. Ik geloof niet dat dit in de afgelopen vijf jaar nou zo veranderd is.*  
Zorgaanbieder

*4. In welke mate zijn de verschillen in trajectduur te verklaren in doordat het CIZ en zorgverzekeraars de Jeugdwet als voorliggend beschouwen op aanspraken voor de Wlz en Zvw?*

Gemeente A	Gemeente B	Gemeente C	Gemeente D
Deels. Toegang tot WLZ is lastig.	We hebben daar onvoldoende aanwijzingen voor gevonden. Gemeente stuurt op WLZ indicaties, die ook afgegeven worden.	We hebben onvoldoende aanwijzingen hiervoor gevonden.	Lastig om een WLZ indicatie te krijgen. sturing op WMO instroom in plaats van verlengde jeudghulp.

Per gemeenten beschouwd kan de relatie tot aanpalende domeinen niet als een verklarende factor worden genoemd, omdat het moeilijk te kwantificeren cijfers en lage aantallen gaat. De relatie met onderwijs, met de WMO, met de WLZ, en de volwassenen-GGZ worden door meerdere respondenten wél benoemd als van invloed op de duur van de trajecten. Met name de laatste twee worden gezien als een reden waarom de trajecten langer duren, omdat de toegang daartoe als zeer lastig wordt ervaren.

*In overleg met de verwijzer doen we soms traumabehandeling zelf, voor de ouder, vanuit de gedachte dat ook het kind daarbij gebaat is. Maar eigenlijk is dat toch iets dat vanuit de ZVW moet worden gefinancierd. De kosten moeten worden gemaakt op de plek waar ze horen. Dus als je daarvan afwijkt moet je goed overleggen met de verwijzer.*  
Zorgaanbieder

*5. In welke mate is de toegenomen trajectduur te verklaren uit bekostigingsvorm, inkoopinstrumenten als open house of verlaagde tarieven?*

Gemeente A	Gemeente B	Gemeente C	Gemeente D
Veel aanbieders, lastig samenwerken, naar elkaar wijzen ivm kwaliteit, gemeente die maar iedereen toelaat, of niet stuurt op kwaliteit (terwijl die zich er ook niet mee mag bemoeien).	Noch de gemeente, noch de aanbieders die we spraken benoemen inkoop als reden. Sturing door en samenwerking met de gemeente worden wél benoemd als belangrijke reden.	Hoeveelheid aanbieders groter is geworden, wat een goede samenwerking in de keten bemoeilijkt. Aanbieders laten zich positief uit door de relatie tot de gemeente, die vanuit de inhoud meekijkt. Dat heeft mogelijk effect op de duur van de trajecten.	Een wijze van bekostiging waarin er veel nieuwe toetreders zijn, die elkaar niet op inhoud, maar op marktaandeel beconcurreren is volgens veel aanbieders die we spraken een reden waarom de kosten toenamen.



Sturing door gemeenten wordt als een belangrijke beïnvloedende factor benoemd, in een qua inhoud en qua aantal aanbieders versnipperd zorglandschap. Weinig aanbieders laten zich positief uit over een open house constructie, hoewel het tegelijk aan vernieuwende aanbieders de ruimte heeft geboden om toe te treden. Meer helderheid en kaders ten aanzien van de verwachte kwaliteit van het aanbod is voor allen, ook de kleine, wenselijk.

*In het begin hadden ze geen idee bij de gemeente, dan vroeg ik welke code ik moest gebruiken en dan zeiden ze: ik weet het ook niet, kies zelf maar wat er past. Het gaf ook een wildgroei aan therapeuten. Dat dan iedereen die zich coach kan noemen voor honderd euro per uur met kinderen aan de slag kan, vind ik wel zorgelijk (ouders gaan liever naar een coach dan naar een psycholoog, dat klinkt niet zo zwaar). Ik heb soms wel twijfel over de kwaliteit van het hulpaanbod, en wie heeft daar nu goed zicht op? Via onderaannemerschap werkt dat ook niet, hoe kan ik nou zien wat die ander doet?*  
Zorgaanbieder

### 6. Wordt er meer, en door wie, verwezen naar ambulante jeugdhulp op locatie van de aanbieder?

Gemeente A	Gemeente B	Gemeente C	Gemeente D
Meer verwezen. Huisarts en de GI meer, en het lokale team minder naar ambulante jeugdhulp, niet uitgevoerd door het wijkteam verwezen.	Minder verwezen. GI meer, en het lokale team en de huisarts minder naar ambulante jeugdhulp, niet uitgevoerd door het wijkteam verwezen.	Minder verwezen. Lokale team meer, en de GI en de medisch specialist minder naar ambulante jeugdhulp, niet uitgevoerd door het wijkteam verwezen.	Meer verwezen. Jeugdarts en de GI meer, en de medisch specialist minder naar ambulante jeugdhulp, niet uitgevoerd door het wijkteam verwezen.

Het aantal verwijzingen is gelijk aan het aantal trajecten, en dus navenant gestegen of gedaald. We hebben in de interviews geen directe redenen gevonden dat de veranderingen verband zou houden met de duur van de trajecten. Verschillende respondenten benoemen een gebrek aan kwaliteit van de verwijzing door een huisarts. Die zou in te weinig tijd een oordeel maken, te weinig breed kijken, en soms zelfs zonder het kind te hebben gezien naar de GGZ verwijzen.

Ook een goede relatie met het wijkteam, om kritisch te blijven op de geleverde zorg, inclusief mogelijkheden tot afschalen worden benoemd verklaringen. Beide verklaringen richten zich op de kwaliteit van de verwijzing en de relatie, niet op aantallen.

### 7. Is de lengte in de trajectduur tussen gemeenten te verklaren uit de organisatie van het aanbod van jeugdhulp zonder verblijf?

Gemeente A	Gemeente B	Gemeente C	Gemeente D
Versnippering en samenwerking speelt een rol.	Als er beter wordt samengewerkt in de hele keten, ook domeinoverstijgend, heeft dat een gunstige invloed op de duur van de trajecten.	Door een veelheid van aanbieders is de samenwerking lastiger, mede vanwege een moeilijker zicht op de geboden kwaliteit.	We hebben geen aanwijzingen, naast een versnipperd zorglandschap gevonden.

De organisatie van het aanbod, in de zin van de inrichting van het zorglandschap werd in de gesprekken veelvuldig als aandachtspunt benoemd. Onderlinge concurrentie, samenwerking over de grenzen van de eigen organisatie, en over de grenzen van de domeinen heen, zijn als struikelblokken benoemd.



8. Hangen verschillen in duur samen met wijzigingen in intensiteit van de hulp?

Gemeente A	Gemeente B	Gemeente C	Gemeente D
Intensiteit belangrijke factor, geen cijfers.	Intensiteit is belangrijk. Bij aanbieders is de intensiteit niet gewijzigd in de afgelopen jaren.	Intensiteit is een belangrijk gegeven naast de duur van trajecten.	Nee.

Duur moet altijd in samenhang met intensiteit worden benaerd, zegt het merendeel van de respondenten. We hebben te weinig cijfers over intensiteit om daar cijfermatig iets over te kunnen zeggen. Het merendeel van de aanbieders die wel cijfers hadden benoemen geen grote wijzigingen op dit punt. Een aanbieder benoemde het probleem van de tijd die het kost om een indicatie te verlengen, in Gemeente C tot wel 13 weken. In die tijd kan geen hulp worden verleend. Dat verlengt de duur en verlaagt de intensiteit.

9. Hangen de verschillen samen met langer/korter verblijf?

Gemeente A	Gemeente B	Gemeente C	Gemeente D
Duur ambulante en verblijf gestegen. Aantal ambulante gestegen, verblijf gedaald.	Duur ambulante gestegen, duur verblijf gedaald. Aantal ambulante en verblijf gedaald.	Duur ambulante en verblijf gedaald. Aantal ambulante en verblijf gedaald.	Duur ambulante en verblijf gedaald. Aantal ambulante en verblijf gestegen.

Het is aannemelijk is dat de verschillen tussen ambulante en verblijf samenhangen, als je niet alleen naar de duur, maar ook naar aantallen in de gemeenten kijkt (het gaat daarbij vaak om kleine aantallen). Alleen in Gemeente C zijn zowel duur als aantallen van beide vormen gedaald. Dalend verblijf en stijgend ambulante hulp mogen ook vanuit de inhoud als correlerend worden beschouwd.

We hebben ook aanwijzingen vanuit de interviews, dat er een verschuiving in aanbod richting meer ambulante, en meer in en met het netwerk plaatsvindt. Dat beeld wordt ondersteund door de landelijke CBS cijfers (een lichte afname van het aantal trajecten verblijf, een gelijk blijven van het percentage unieke jongeren met verblijf, een toename in absolute cijfers verblijf, een afname (van 20%!) van de nieuwe trajecten en een toename ambulante hulp op locatie van de aanbieder en in netwerk van de jeugdige).<sup>14</sup>

Beperkte doorstrommogelijkheden richting aanbieders die lvb problematiek bedienen werden meerdere keren genoemd als reden voor langere doorlooptijden.

Een derde mogelijk substitutie effect is de relatie met hulp door het wijkteam. Als een wijkteam zelf geen hulp verleent, wordt dat meer, en wellicht langer door de jeugdhulpaanbieders gedaan. De landelijke cijfers laten een dergelijk verband niet zien, zowel duur als aantallen stijgen bij zowel ambulante hulp op locatie, als bij hulp door het lokale team. Voor de vier afzonderlijke gemeenten kan een dergelijk verband wel worden gezien (zie figuur pagina10). Afschalingsmogelijkheden worden door meerdere respondenten benoemd als factor die van invloed is op de lengte van de eigen hulpverleningstrajecten.

<sup>14</sup> Zie Zwaan Onderzoek & Advies (2020) en ook Bijlage 5, CBS cijfers algemeen.





10. In welke mate komen de verschillen overeen met het regionale beeld?

Gemeente A	Gemeente B	Gemeente C	Gemeente D
Vergelijkbaar beeld	Verskil op aantal punten	Verskil qua aantal, trendrichting vergelijkbaar	Afwijkend beeld

De verschillen en overeenkomsten met de regio zijn voor iedere gemeente anders, en het is niet betekenisvol om daar in algemene zin iets over te zeggen, in het kader van dit onderzoek. De relatie tot de regio werd door (grote) aanbieders in Gemeente C en A benoemd als een complicerende factor. Gemeente D benoemt de verplichte regionale inkoop als een belemmering, omdat ze liever voor een andere vorm van financieren hadden gekozen. Overigens zijn ze nu tevreden over de lange termijn koers die is ingezet.

11. Aanvullende hypothesen

Uit eerdere onderzoeken en uit voorafgaande gesprekken met leden van het ABJ hebben we nog een aantal aanvullende hypothesen op bovenstaande onderzoeksvragen geformuleerd, die we, voor zover ze nog niet aan de orde zijn geweest, kort bespreken.

*Relatie afname cliënten en toename duur*

We hebben op basis van de beschikbare informatie in dit onderzoek de conclusies van het onderzoek in de volwassenen GGZ<sup>15</sup>, dat grote instellingen die een terugloop in cliënten zagen, langer gingen behandelen, niet kunnen bevestigen of ontcrachten. We hebben cijfers die beide richtingen op wijzen, maar in onvoldoende mate om daar uitspraken over te doen. Gemeente C benoemt dat grote aanbieders met een vorm van lumpsumbekostiging een terugloop in cliënten hebben.

In aanvulling daarop is door het Nederlands Instituut voor Psychologen de hypothese opgeworpen dat kleine zelfstandigen soms vanuit betrokkenheid onbetaald werk doen. Onbetaald werk doen is een aantal malen benoemd in de gesprekken, maar zowel door kleine als door grote aanbieders.

*Wachlijsten*

Wachlijsten worden vaak genoemd als oorzaak van dingen. Het blijkt een schimmig onderwerp. Het merendeel van de respondenten vertelden zelf geen, of niet noemenswaardige wachlijsten te hebben. Een aantal, maar de minderheid, en in Gemeente B geheel niet, gaf aan dat wachlijsten elders een probleem vormden, dat mogelijk samenhang met een langere duur van trajecten. Alleen in Gemeente D werd het regelmatig genoemd.

Bij twee aanbieders die te kampen hadden met personeelsgebrek, zijn interne wachttijden ontstaan, wat de duur van de trajecten heeft verlengd. Dat was in Gemeente C (dalend) en in Gemeente A (stijgend) het geval. Personeelwisselingen, ook bij de toegang (Gemeente D) hebben ook zonder wachttijden invloed op de duur, omdat er opnieuw kennisgemaakt en contact gemaakt moet worden. Hoe groot de invloed is, is niet te bepalen. Het Ondersteuningsteam Zorg voor Jeugd, (OZJ), dat zich momenteel ook met het onderwerp bezig houdt, vertelt desgevraagd, dat het onderscheid tussen interne of extreme wachlijsten niet zo relevant is, "het gaat er gewoon om dat wachten schadelijk is".<sup>16</sup>

<sup>15</sup> CPB (2019), I&O gebudgetteerde aanbieders behandelen 8% langer

<sup>16</sup> Mondeling, interview met Frens Pies, 19 augustus 2020; zie ook <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1087079217300266>



*Ik belde met de gemeente om te melden dat we lege bedden hadden en dat mocht ik niet zeggen. Maar je wilt toch gewoon dat je bedden efficiënt gebruikt worden? Leegstand kost geld, dan gaat de gemiddelde prijs weer omhoog. Natuurlijk moet je afbouwen als je structureel leegstand hebt, maar dat is een ingewikkelde dynamiek, omdat er zoveel factoren zijn die dat beïnvloeden. Als je een wachtlijst hebt, bellen ze op een gegeven moment niet meer, omdat je 'toch een wachtlijst hebt'. Of kinderen worden op allerlei wachtlijsten geplaatst en dan blijkt de zorg niet meer nodig.*

Zorgaanbieder

### *Waakvlamfunctie*

Door geen van de respondenten zijn afspraken over een waakvlamfunctie benoemd als reden voor een langere duur van de trajecten.

### *Sturen op te lichte indicaties*

We hebben van geen van de respondenten vernomen dat er door de gemeente te veel zou worden gestuurd op lichte zorg, waardoor jeugdigen niet de passende hulp zouden krijgen. Gemeente A twijfelt in een intern onderzoek aan de kwaliteit van de verwijzing door de huisarts, en aanbieders onderling vragen zich af of collega's van andere instellingen niet te lang 'doormodderen' (zie bevindingen over kwaliteit).

### *Vermijdend gedrag door financiële prikkels*

Financiële prikkels hebben invloed op de duur van trajecten.<sup>17</sup> Dat kan twee kanten op werken. Langer door behandelen uit 'angst' voor recidive (bij resultaatgerichte bekostiging), uit gemak van geld verdienen (pxq), maar ook eerder stoppen omdat resultaat niet in zicht komt (bij resultaatgerichte bekostiging). Ook selecteren op klanten, of declareren in de top van een beschikking horen hierbij, maar heeft geen invloed op de duur van trajecten. Als verklaring voor langere trajecten hebben we vermijdend gedrag niet gehoord.

*Er wordt door gemeenten een steeds groter beroep op ons gedaan. We zijn vorig jaar 25-30% gegroeid. Onze aanpak werkt ook bij andere problematiek, bijvoorbeeld bij jeugdhulp problematiek. Dat gaat over laagdrempelig aansluiten en niet te snel in de actie gaan. Bijvoorbeeld bij een jongen die niet meer naar school ging en alleen maar zat te gamen. Dan gaat een hulpverlener er eerst maar gewoon naast zitten. En dan ontstaat het contact over die game en dan blijkt hij toch wel Engels te willen leren. Toen is er een leeftijdgenoot, een buddy, gevonden die hem dat wilde leren. Uiteindelijk gaat hij nu weer naar school. We moeten er wel over nadenken of we dat blijven doen, of dat we ons bij onze eigen expertise, de gehandicaptenzorg, houden.*

Zorgaanbieder

<sup>17</sup> I&O (2020) p.28: risicomijdend gedrag aanbieders, liever te veel behandelen dan te weinig.



## Geraadpleegde bronnen

- AEF, (2018) Niessen, I. *Analyse Fonds tekortgemeenten. Wat vertellen de aanvragen?*
- CBS (2020), Sita Bennema, Rudi Bakker *De sociale omgeving van jeugdzorgjongeren. Een onderzoek naar de ouders en het huishouden van jongeren met jeugdzorg*
- CBS, (2016) *Jeugdhulp 2015*
- CPB (2019), *De wijkteambenadering nader bekeken. Het effect van de inzet van wijkteams op Wmo-zorggebruik*
- CPB (2019), Douven, Remmerswaal, Vervliet, *Treatment responses of mental health care providers after a demand Shock (Zorgaanbieders in de ggz behandelen langer na afname aantal patiënten)*
- Divosa (2020), *Zicht op jeugdzorg. Analyse van de groei jeugdzorg*
- <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1087079217300266>
- I&O (2020), Rachel Beerepoot, Leon Heuzels, Roy van der Hoeve, I&O Research, *Rapport Duur jeugdhulptrajecten. Ambtelijk vooroverleg Beleidsinformatie Jeugd (ABI) (2020)*
- KPMG (2020) *Inzicht in besteding jeugdhulpmiddelen*
- NJi (2019), Tom van Yperen, Ans van de Maat, Joanka Prakken, *Het groeiend jeugdzorggebruik. Duiding en aanpak*
- Significant (2019a). *Analyse volume jeugdhulp: Eindrapportage.*
- Significant (2019b), Coby Peeters, Maarten Batterink, Garrit Schumacher, Patrick Tazelaar *Benchmarkanalyse uitgaven jeugdhulp: Leren van overeenkomsten en verschillen in beleid en uitvoering jeugdhulp.*
- Zwaan Onderzoek & Advies (2020), Zwaan Judith van der, *Rapport Toename gemiddelde duur van ambulante jeugdhulp door het lokale team*

### CBS- tabellen (geraadpleegd tussen juli en september 2020)

- Jeugdhulptrajecten in natura; verwijzer, regio (gemeente)
- Kerncijfers over jeugdzorg
- Jongeren met jeugdzorg persoonskenmerken
- Jeugdhulptrajecten in natura
- Regionale kerncijfers nederland
  
- Zorgduur van unieke jongeren, maatwerktabel 2019
- Duur van afgesloten trajecten JH 2015-2019, maatwerktabel 2020

Geraadpleegde gemeentelijke bronnen zijn vanwege het bewaren van de anonimiteit niet opgenomen in dit overzicht.



## Bijlage 1. Deelrapport Gemeente A

Gemeente A is in verband met dit onderzoek interessant vanwege een hoge stijging van de gemiddelde duur van de trajecten. Die zijn volgens de maatwerktabel van CBS verdubbeld in 2019, ten opzichte van 2016. De stijging in de gemeente is iets lager dan de stijging in de regio en opvallend hoger dan het landelijk gemiddelde.

Jeugdhulp zonder verblijf, ambulante jeugdhulp op locatie van de aanbieder							
	2016	2017	2017 % tov 2016	2018	2018 % tov 2016	2019	2019 % tov 2016
Gemeente A	232	309	133,2	361	155,6	492	212,1
Regio A	223	307	138%	343	154%	488	219%
Nederland	290	318	109,7	335	115,5	363	125,2

### Algemeen

Gemeente A laat zich op basis van de CBS cijfers omschrijven als een redelijk doorsnee gemeente. Het is een gemeente met meer dan 70.000 inwoners, met een gemiddelde man-vrouw verdeling en leeftijdsopbouw (per leeftijdsgroep een paar procentpunten hoger dan het landelijk gemiddeld; totaal jeugdigen tot 20 jaar is in Nederland 22% en in Gemeente A 23% in 2019). De bevolking groeit minder dan het landelijk gemiddelde (5,9% NL vs 2,7% in 2018, ook in de voorgaande jaren is de groei lager). Meer inwoners dan gemiddeld zijn gescheiden (9,2% NL, vs 11,3% in 2019). Er zijn iets meer huishoudens met kinderen (32,9% NL vs 35,9% in 2019). Qua migratieachtergronden van de bevolking is Gemeente A ook een redelijk gemiddelde gemeente (23,6% vs 23,8% in 2019). 9,7% van de inwoners leeft van een uitkering (tot de AOW leeftijd), versus 8,5% landelijk.

De lagere bevolkingsgroei, het hoger aantal gescheiden inwoners en het hoger aantal mensen met een uitkering zijn qua populatie gegevens het meest opvallend.

Gemeente A ziet geen opvallende trends in en wijziging in populatie. Er zijn een paar wijken bekend

*Bij de hele groep thuiszitters is veel psychiatrische problematiek. Die maken gebruik van dagopvang terwijl ze eigenlijk op school horen. Soms op een zorgboerderij. Dat is wel toegenomen ten opzichte van 5 jaar geleden. Maar het probleem zelf is al sinds jaar en dag bekend. Ook dat er veel depressiviteit onder jongeren en een hoog alcoholgebruik is.*  
Zorgaanbieder

om een stapeling van problematiek met betrekking tot schulden, psychiatrische problematiek, armoede en type huisvesting. In deze wijken is het jeugdhulp gebruik ook navenant hoger, vertelt de gemeente. Er zijn echter geen wijzigingen die een langere duur zou kunnen verklaren.

“Ons beeld van deze gemeente is dat er veel complexe problematiek is, met name multiprobleem en veiligheidszaken”, vertelt een aanbieder.

### Inrichting zorglandschap jeugdzorg

In Gemeente A is een integraal toegangsteam actief dat zorgt voor de indicaties voor jeugdhulp en WMO aanbieders (per gebied georganiseerd in twee aparte teams). Het team is samengesteld met medewerkers vanuit verschillende aanbieders op het gebied van jeugdhulp, welzijn en gezondheid. Vanaf 2020 zijn de medewerkers in dienst van de gemeente. Het team fungeert als een luisterend oor, denkt mee en geeft advies aan inwoners. Ze hebben kennis van de sociale kaart, ook van het voorveld



inclusief vrijwilligerswerk. Het team voert coördinatie van de zorg, houdt vinger aan de pols en gaat erop af waar nodig. Het team verleent zelf geen (jeugd)hulp. De gemeente investeert in een digitale sociale kaart, omdat blijkt dat teamleden toch vaak grijpen naar oplossingen, of aanbod dat ze al kennen. Bovendien verandert het aanbod ook regelmatig. De kaart wordt ook inzichtelijk voor aanbieders.

De zorg wordt regionaal ingekocht en gefinancierd middels een zogenaamde 'open house' constructie. Er wordt aan gezamenlijk contractmanagement gedaan.

In de praktijk worden er door aanbieders verschillen ervaren tussen de gemeenten. "Lokale teams werken allemaal anders, dat is voor ons wel lastig beleid op maken. Als je weet welke expertise er in

*Het wijkteam in deze gemeente doet minder dan in andere gemeenten. Die vragen ons soms ook om ergens nog langer bij te blijven als het om complexe casuïstiek gaat. Ook bij het begin doen ze minder dan andere gemeenten, dat verschil merken we in de praktijk. Inhoudelijk zouden wij soms ook eerder kunnen afsluiten, als iemand anders- lichtere vormen van zorg – het overneemt.*  
Zorgaanbieder

het wijkteam zit, dan weet je ook makkelijker of je kunt op- en afschalen. Ook qua inkoop en financiële afhandeling en verantwoording hebben we daar last van. Gemeenten werken dan bij de inkoop wel samen, maar als puntje bij paaltje komt (na de handtekening zeg maar), vragen ze toch allemaal wat anders. En de contractmanager die je spreekt heeft geen mandaat voor andere gemeenten, dat werkt ook heel vertragend.', vertelt een aanbieder desgevraagd. In de regio is gewerkt aan een versterkte samenwerking, waarbij er gewerkt wordt met één basis perspectiefplan (met af en toe lokale verschillen), waarop ook regionaal gemonitord wordt.

Aanbieders werden tot en met 2019 gefinancierd in trajecten: een maximum bedrag per periode, gedeclareerd naar werkelijk gebruik. Het aantal uren in die periode is standaard.

De contractering is per 2020 gewijzigd in een vorm van resultaatgericht financieren, waarbij gewerkt wordt met hoofd- en onderaannemers. Er wordt een garantietermijn geboden aan cliënten die binnen een aantal weken terugkomen en de gemeente gaat monitoren op recidive. De meningen over de wenselijkheid en effectiviteit daarvan verschillen onder de aanbieders die we spraken.

Er zijn meer dan 100 jeugdhulpaanbieders die zorg bieden in Gemeente A. Dat aantal is met meer dan een kwart toegenomen sinds 2015. Het gaat daarbij met name om eenpitters, die soms ook als gevolg van wachtlijsten elders, extra zijn gecontracteerd.

De gemeente signaleert dat het aantal zorgboerderijen excessief is toegenomen. 'Er wordt nu bewust gestuurd op een vermindering van de indicaties richting een zorgboerderij. Er moet meer nadruk komen op ontwikkelbaar- en leerbaarheid van kinderen. Dat betekent een focus op onderwijs', aldus de gemeente.

De gemeente kampt met oplopende tekorten in het jeugddomein vanaf 2018, met in 2019 een resultaat van bijna -20% op de begroting voor jeugdhulp.

Er is in 2019 een analyse gemaakt. Belangrijkste redenen die worden genoemd zijn:

- met de wijkteams en de nieuwe werkwijzen worden er meer kinderen worden 'gevonden' die jeugdhulp nodig hebben (met name kinderen die uitvallen uit onderwijs)
- indexatie van tarieven

*Ze zouden ook moeten ophouden met die verantwoording op client niveau. Doe dat nou collectief, op organisatie niveau. We hebben al zoveel eisen waaraan we moeten voldoen, vastgelegd op verschillende plekken (beroepseisen, kwaliteitskader, inspectie etc).*  
Zorgaanbieder



- verlengde jeugdhulp
- andere en meer aanbieders in het jeugddomein
- landelijke ontwikkelingen (vergelijkbare trend)
- een lager aantal jeugdigen (-1,7% per jaar)
- 'dure' cliënten gebruiken relatief veel budget (zie kader)
- bedrijfscultuur (niet makkelijk nee zeggen)
- samenstelling wijkteam<sup>18</sup>, en kennis in het wijkteam en de gemeentelijke organisatie (met betrekking tot juiste indicaties, declaraties en contractmanagement)
- een nog niet optimale relatie met huisartsen (die net zoveel verwijzen als het lokale team),
- verhouding jeugdhulp en onderwijs
- er worden duurdere vormen van hulp ingezet en mogelijk duren de trajecten langer
- declaratiegedrag van aanbieders ('aan de top' van een beschikking wordt gedeclareerd)
- toename van de door de gemeente beschikte uren
- wervend gedrag van aanbieders op scholen, in combinatie met huisartsen die een verwijzing doen zonder het kind gezien te hebben

*(...) blijkt dat de 5% 'duurste' cliënten ongeveer de helft van het totale Jeugdbudget gebruiken. Om hier een beter beeld van te krijgen zijn de zorgpaden (de zorg die is ingezet voor een cliënt zolang hij in beeld is van de gemeente) van de 20 'duurste' cliënten bekeken. Uit deze analyse viel op dat:*

- Deze trajecten lang lopen: vaak minimaal 10 maanden tot anderhalf jaar zeer intensieve en daarmee kostbare jeugdhulp.
- In bijna alle gevallen er sprake is van een eerste verwijzing door een externe verwijzer naar specialistische GGZ. Vaak gaat het om een algemene verwijzing vanuit een huisarts of medisch specialist naar de GGZ. Na het doorlopen van een GGZ-traject is vervolgens zeer intensieve jeugdhulp ingezet, vaak een 24-uursverblijf zoals JeugdZorgPlus. Hieruit blijkt dat óf aan de voorkant een misdiagnose is geweest óf de problematiek tijdens het GGZ-traject is verergerd. In de tussentijd is er dan al vaak minder passende hulp ingezet waardoor de problemen niet zijn opgelost of de problemen zelfs nog zijn verergerd. Hierna is inzet van (vaak) zware specialistische zorg nodig, terwijl dit misschien met een juiste diagnose aan de voorkant voorkomen had kunnen worden. Met beter passende zorg voor de cliënt en een kostenbesparing tot gevolg.
- Voor verblijfscomponenten worden tariefklassen gehanteerd. Het lijkt erop dat er vaak één soort tariefklasse beschikt wordt. Dit kan duiden op onduidelijkheid over de zwaarte, inhoud of mogelijkheden van lagere tariefklassen. Deze worden echter vaak wel beschikt door medisch specialisten. Hier hebben de wijkteams in eerste instantie geen invloed op en moeten deze indicatie overnemen.

(uit: analyse tekorten door Gemeente A)

### Jeugdhulp

Het gebruik van jeugdhulp, qua aantallen jongeren, is in Gemeente A hoger dan het landelijk gemiddelde en hoger dan dat in de regio. De stijging in 2019 is sterker dan landelijk, en conform het beeld in de regio. Het aantal jongeren dat jeugdhulp met verblijf krijgt schommelt, conform het beeld in de regio. Het is in 2019 nagenoeg op het niveau van het landelijk gemiddelde. De hulp door het lokale team laat zowel in Gemeente A als in de regio een sterke daling zien, afwijkend van het landelijke gemiddelde. Dat heeft een technische verklaring (zie: paragraaf 'aantal trajecten'). Omdat het lokale team niet zelf hulp verleent, kan verwacht worden dat de gemiddelde duur van de andere trajecten zonder verblijf hoger ligt.

<sup>18</sup> Er wordt hier verwezen naar rapport van het CPB: 'De wijkteambenadering nader bekeken. Het effect van de inzet van wijkteams op Wmo-zorggebruik', januari 2019

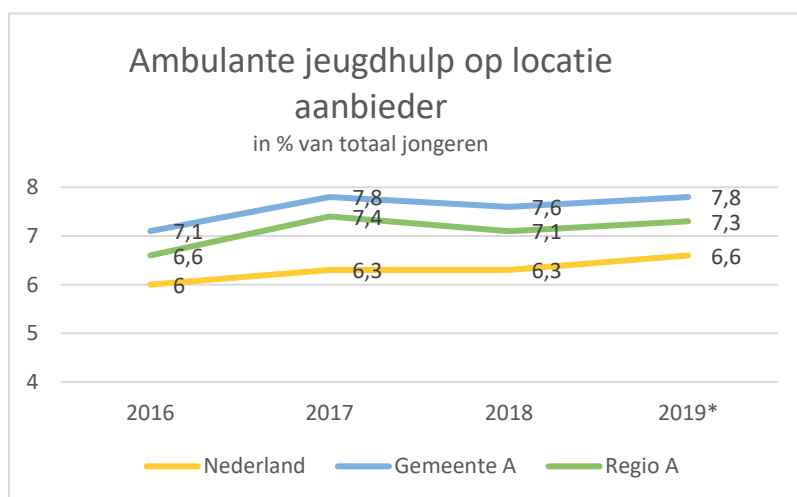
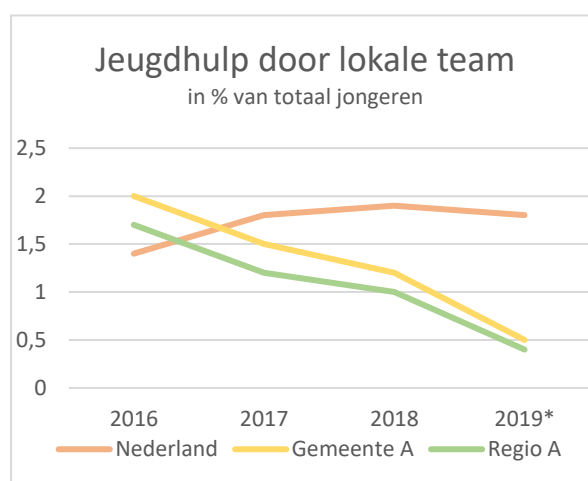
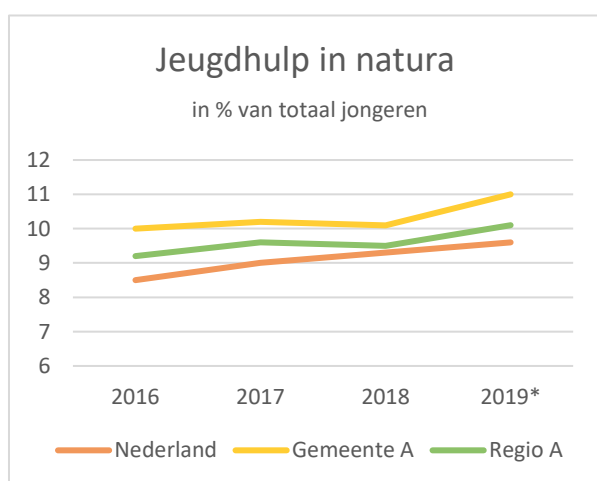


Ambulante hulp op locatie van de aanbieder laat ook een schommelend beeld zien, met in totaal een stijging in 2019 ten opzichte van 2016. De grootste stijging vond plaats in 2017.

Het beeld is vrijwel gelijk aan het regiobeeld, wat verklaarbaar is door een gemeenschappelijke inkoop en sturing. Aanbieders ervaren zoals genoemd wel verschillen vanuit de gemeenten in de regio.

De stijging van jeugdhulp zonder verblijf in totaal wordt met name veroorzaakt door een stijging van jeugdhulp in het netwerk van de jongere in 2018 en 2019 (van 1,1% in 2016 en 2017, naar 1,7% in 2018 en 3,2% in 2019). Deels wordt deze stijging dus verklaard door de (technische) daling van hulp door het lokale team.

Jeugdbescherming en jeugdreclassering ligt in Gemeente A op of licht boven het landelijk gemiddelde.



Jeugdhulp met verblijf is wisselend in aantal<sup>19</sup>. Jeugdbescherming stijgt, conform, maar iets minder sterk, dan de regionale trend, tot boven het landelijk gemiddeld. Jeugdreclassering daalt in Gemeente A, maar is in 2019 dubbel zo hoog als in de rest van de regio.

Uit de cijfers over jeugdhulp met verblijf vanuit de gemeente zelf blijkt dat met name crisisopvang is gedaald. Daar is vanuit de gemeente ook op gestuurd. Hulp in de categorie 'jeugd- en opvoedhulp' is gestegen, en ook begeleiding en dagbesteding. De gemeente kan dat inhoudelijk niet verklaren. De meest logische verklaring is een technische: bepaalde producten zijn komen te vervallen, die vallen nu onder jeugd- en opvoedhulp, wat een stijging verklaart.

<sup>19</sup> Aan het eind van dit hoofdstuk zijn een aantal tabellen met de cijfers opgenomen.



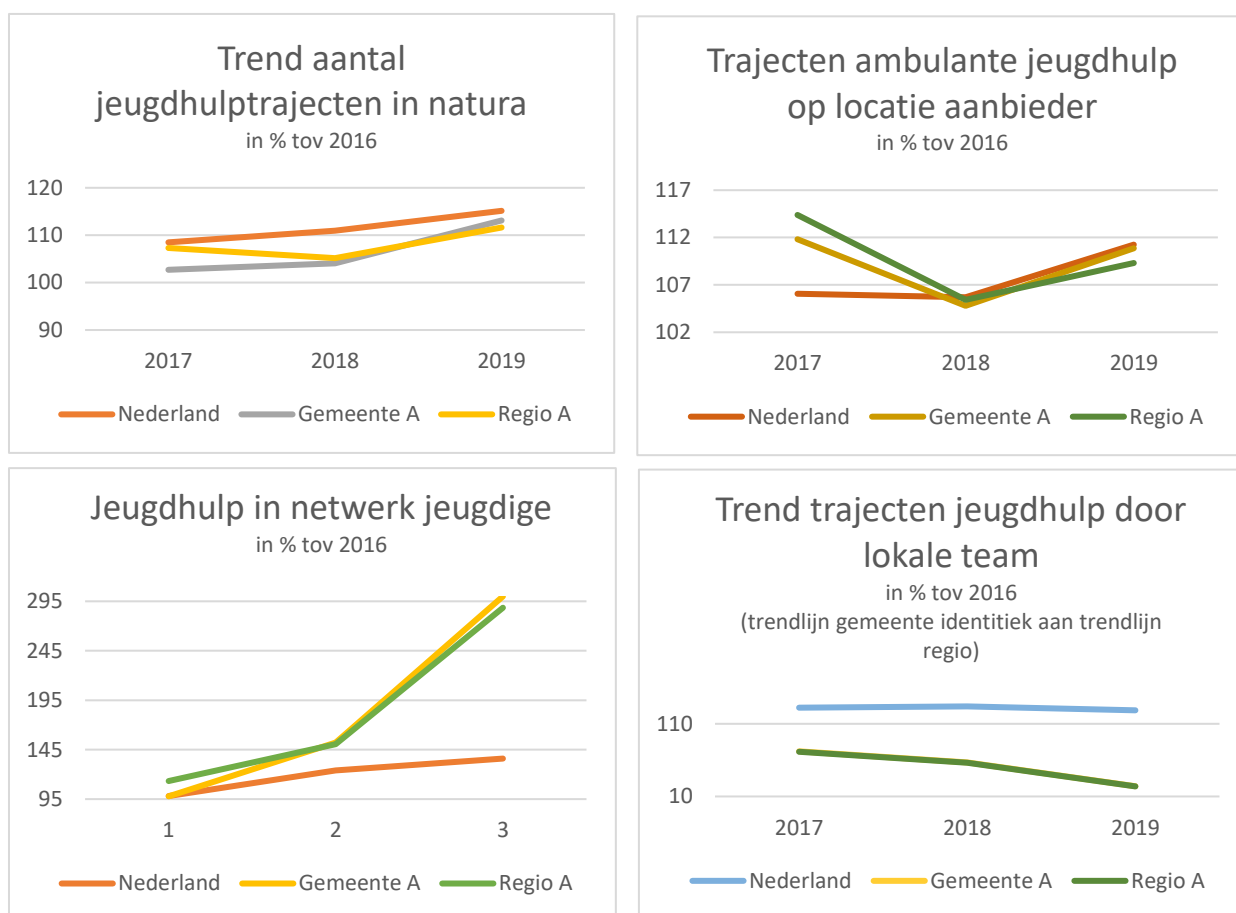
### Aantal trajecten

Gemeente A valt in de CBS cijfers op vanwege een stijging van het aantal trajecten van ambulante jeugdhulp op locatie van de aanbieder.

Die stijging geldt ook voor de andere hulpvormen, waarbij met name jeugdhulp in het netwerk van de jeugdige een forste stijging laat zien.

Het beeld in de gemeente is vergelijkbaar met het beeld in de regio.

De stijging van jeugdhulp op locatie van de aanbieder, en in het netwerk van de jeugdige wordt deels verklaard door de daling van de hulp geboden door het lokale team. Dat heeft een technische reden: in Gemeente A verleent het lokale team zelf geen hulp. De gemeente levert ook geen cijfers aan CBS daarover. Er zijn jeugdhulpaanbieders in de regio, die wijkgerichte hulp bieden, en in hun aanlevering aan CBS dat hebben benoemd als 'hulp door het lokale team'. Ze zijn daarover aangeschreven om dat aan te passen en dat wordt zichtbaar in de cijfers.



### Duur trajecten

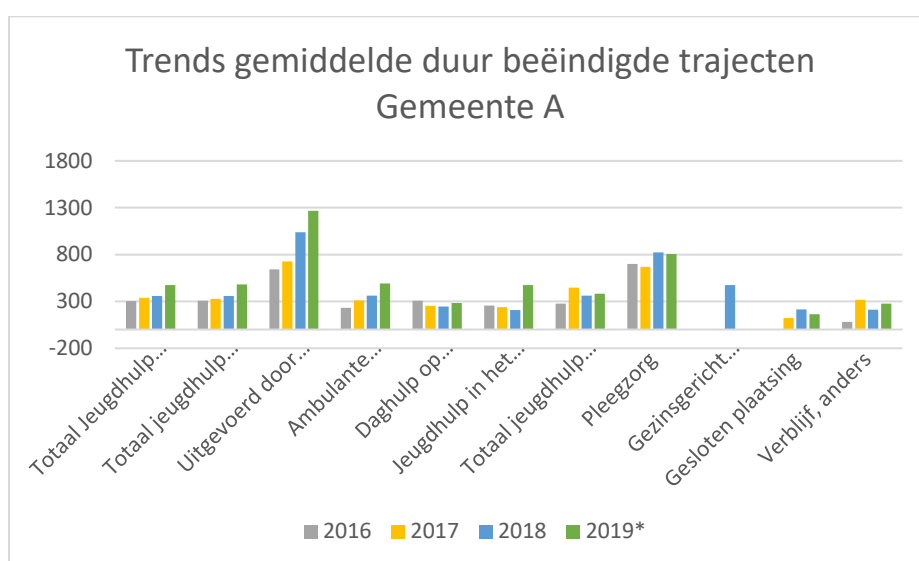
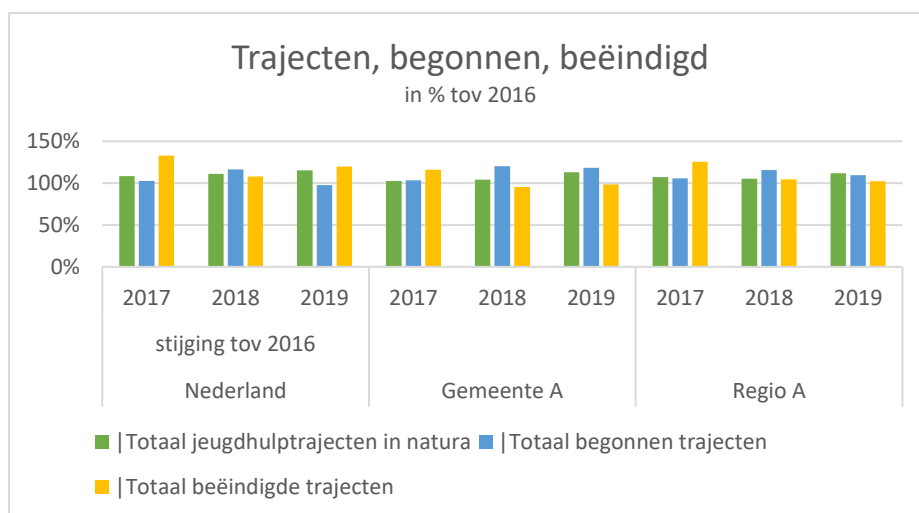
De gemiddelde duur van de trajecten wordt bepaald op basis van de afgesloten trajecten.

Er worden landelijk – tov 2016- minder trajecten begonnen (blauwe balk), meer trajecten afgesloten (gele balk) en toch stijgt het totaal aantal trajecten (groene balk).

Gemeente A en Regio A laten een vergelijkbaar beeld zien. Net als landelijk is het totaal aantal trajecten gestegen in 2019 ten opzichte van 2016. Het aantal begonnen trajecten is hoger dan in 2016, en het aantal afgesloten trajecten is min of meer gelijk, afwijkend van het landelijk beeld.







Gemeente A herkent het beeld dat de trajecten langer worden. In de analyse over de tekorten (tot en met 2018 was dat een van de genoemde mogelijke redenen.

Het wijkteam levert zelf geen hulp, dus de gemiddelde duur klopt ook niet. Die hoort bij de andere categorieën (ambulante of in het netwerk).

De CBS cijfers en de gemeentelijke cijfers laten zich slechts deels vergelijken, omdat CBS uitgaat van begin en einde van zorg, en de gemeente van begin en einde van de indicatie. De gemiddelde duur van de *indicaties* is korter geworden tussen 2016 en 2019, met uitzondering van de productgroep die gaat over 'begeleiding' (daar valt deels jeugdhulp in het netwerk, deels ambulante hulp op locatie en deels daghulp onder).<sup>20</sup>

De categorisering die de gemeente voor de producten gebruikt, is bovendien niet 1 op 1 overlappend met de hulpvormen in de beleidsinformatie. Zo valt bijvoorbeeld het werk dat vanuit 'zorgboerderijen' gedaan wordt, bij de gemeente onder 'begeleiding', waarbij er geen onderscheid is tussen ambulante hulp op locatie, of daghulp.

<sup>20</sup> Berekend op basis van de in dat jaar lopende indicaties in de gemeente, met een veronderstelde feitelijke einddatum van de indicatie.



De gemeente heeft de indicaties aaneengevoegd en zo alsnog de gemiddelde doorlooptijden (op de totale jeugdhulp), berekend, zie onderstaand staatje: <sup>21</sup>

gemiddelde duur in dagen	
2016	404
2017	439
2018	405
2019	495

In de administratie van de gemeente is de trajectduur dus structureel langer en vertoont een sprongetje in 2017. De trend is vergelijkbaar met de CBS cijfers, maar minder sterk. Tussen 2016 en 2019 zien we een toename van 123% op basis van de gemeentelijke cijfers, en van 212% op basis van de CBS cijfers.

De lagere trend op basis van de gemeente cijfers, is conform het aangepaste beeld van de landelijke CBS cijfers (naar aanleiding van de trajecten met startdatum 1 januari 2015).

Een mogelijke reden waarom de gemiddelde trajectduur door de gemeente berekend, langer is, is een verschil in datum van de afgifte van een indicatie, en een daadwerkelijk start van een hulpverleningstraject door een aanbieder. Een verschil in die twee cijfers geven dan een indicatie van de gemiddelde wachttijd, nà afgifte van de indicatie. Die zou in 2019 dan 22 dagen bedragen.

De doorlooptijden die door aanbieders zèlf genoemd werden, waren korter, ongeveer gelijk aan en langer dan de gemiddelden op basis van de CBS cijfers.

Van de aanbieders die we spraken herkende slechts één de trend naar langere trajecten vanuit de eigen organisatie. (zonder hiermee te willen beweren dat deze aanbieder in zijn eentje verantwoordelijk is voor de totale trend, we spraken er maar enkelen tenslotte). Aanbieders kunnen zich wel voorstellen dat in de gemeente, en ook in de regio, de trajecten langer duren.

Een aanbieder benoemt dat 'anderen soms wel 6,7 jaar lang doorgaan in een gezin, door gewoon een keer per week langs te gaan zonder dat er veel verandert'.

*We verwachten dat de trajecten langer zullen worden met de resultaatfinanciering, omdat je als hoofdaannemer verantwoordelijk bent voor het behalen van de doelen. Je kunt dus niet afsluiten als een ander nog bezig is. In het slechtste geval ga je afsluiten als je de doelen niet denkt te gaan halen, omdat je dat uiteindelijk te veel geld gaat kosten.*  
Zorgaanbieder

### Redenen voor een stijgende trajectduur

**Beleidswijzigingen** De gemeente zegt over een stijgende trajectduur dat de cijfers niet verklaard kunnen worden vanuit mogelijke (grote) beleidswijzigingen. Deze hebben zich in deze periode nauwelijks voorgedaan. Wel is er vanuit de gemeente meer ingezet op outreachend werken, werken in de wijk en SNV (Sociale netwerkversterking). De vraag is of dit effect heeft gehad op de doorlooptijden

<sup>21</sup> Hiervoor zijn de aangesloten indicaties ten behoeve van eenzelfde kind of gezin bij elkaar opgeteld, uitgaande van een onderbreking van minder dan 7 dagen. Trajecten die eindigen in 2020 en verder, maar gestart zijn vóór 2020 zijn op 2019 geplot met de fictieve einddatum 31-12-2019. Daardoor het sprongetje in 2019, die we ook in de CBS analyse zien.



(als je meer cliënten vindt, zou dit moeten uitmiddelen in looptijd – dat hangt echter ook af van het soort producten dat dan is ingezet).

Ook door de inzet van een POH GGZ, wordt aan de voorkant zoveel mogelijk afgevangen. Daardoor zie je onder andere een verschuiving naar zwaardere casuïstiek bij specialistische aanbieders (intensiever, langer). Dit is echter pas een latere ontwikkeling. In de periode waar we nu naar kijken werd juist ingezet op het zoveel mogelijk vinden (mogelijk resulterend in langere doorlooptijden). Vrijwel alle aanbieders die we spraken vroegen aandacht voor een noodzakelijk differentiatie in het onderwerp.

*Het zou echt veel schelen als de administratie en verantwoording simpeler werd, dat is zonde van onze tijd. We zitten nu voor iedere jongere een perspectiefplan in te vullen, dat kost een half uur per jongere. We moeten er 1350 maken. Plus opsturen, handtekeningen verzamelen, wijzigingen die je moet doorvoeren, onderhandelen met onderaannemers etc etc. We willen echt wel samenwerken, en dat doen we ook, daar gaat het niet om. Maar dit helpt niet en het is zeker niet voor iedereen nodig.*  
Zorgaanbieder

**Intensiteit** De aandacht voor trajectduur kan niet los staan van aandacht voor intensiteit. 'Trajectduur is ook maar een momentum in tijd, het gaat ook over de intensiteit van wat je allemaal doet. We hebben bijvoorbeeld een intensieve behandeling gericht op trauma. Dan zegt tijd niet zoveel, want je doet in korte tijd heel veel'. Juist voor andere doelen, motiveren of rouwverwerking bijvoorbeeld, werkt een hoge intensiteit niet. Dat heeft gewoon tijd nodig, nuanceert een aanbieder.

**Zorginhoudelijke verschillen** Er kan verschil bestaan tussen verschillende vormen van aanbod en problematiek, wat op basis van de generieke cijfers niet inzichtelijk te maken is. 'Ik weet niet wat de reden is dat bepaald aanbod langer, en ander aanbod korter is geworden. Dat zal echt liggen aan de individuele trajecten, met de (zorg)inhoudelijke redenen daarvoor', vertelt een aanbieder. En een andere zegt: 'De duur van onze trajecten is zo lang als de leeftijd van de cliënten, minus de leeftijd dat ze bij ons binnenkwamen. Hun beperking gaat immers niet over en is zodanig dat die vraagt om blijvende zorg. De trajecten worden daardoor langer.'

**Herkennen problematiek** De onderliggende problematiek wordt soms beter herkend en dat is positief. 'Zo kan een hulpvraag betreffende faalangst veranderen in een gesprek rondom kindermishandeling', vertelt een aanbieder. Dan veranderen de doelen en kan een traject langer worden.

*Laatst, in een andere gemeente, had een lokaal team opgemerkt dat er drie kinderen uit hetzelfde dorp, van dezelfde school bij ons voor een eetstoornis werden behandeld. Dat hadden wij niet in de gaten gehad. Dat is natuurlijk heel belangrijk, nu gaat er een spv-er naar die school, vanuit onze preventietak.*  
Zorgaanbieder

Tegelijk wordt het *niet* herkennen van problematiek ook benoemd als reden voor langere trajecten. 'We zien in de praktijk nog te vaak dat de kern van de problematiek niet wordt (h)erkend waardoor zorgvragen opnieuw terugkeren en/of groeien. Helaas kennen we de dikke dossiers waarbij ook wij ons afvragen hoe het komt dat vraagstukken niet eerder zijn besproken/behandeld. Door deze passieve houding loopt de duur van zorgtrajecten en dus ook van

de financiën onnodig hoog op', vertelt een aanbieder. Dit geluid horen we in andere bewoordingen ook van andere aanbieders. Dat gaat telkens over andere organisaties (hetzij het lokale team, hetzij collega aanbieders). Tegelijk benoemen aanbieders ook inspanningen om binnen de eigen organisatie beter te worden op dit thema.



**Afschalen** Eén aanbieder benoemt het eerder afschalen door de Gecertificeerde Instelling als reden voor langer wordende trajecten. Daarvoor zou de problematiek in het vrijwillig kader complexer en daardoor langer worden. Dat wordt niet ondersteund door de CBS cijfers, die juist een toename van de Jeugdbeschermingstrajecten laat zien.

Andere aanbieders benoemen het gebrek aan afschalingsmogelijkheden in het lokale veld als reden van langere trajecten.

De keuze van de gemeente om de hulpverlening volledig bij de zorgaanbieders zelf, en niet deels bij een lokaal team te beleggen, heeft logischerwijs invloed op de lengte van de trajecten van die aanbieders.

**Neiging om door te gaan met hulpverlening** Als mogelijke reden noemen aanbieders de neiging, prikkel of motivatie van hulpverleners om door te gaan met hulpverlening. Bij gebrek aan sturing daarop, zouden trajecten langer worden. "Dat er druk van buitenaf komt, op korter behandelen en afsluiten, is ook nodig. Het zit ook in het hart van de professional om altijd maar door te willen gaan, die wil graag helpen. Het door laten lopen van afspraken en niet afsluiten, en een nieuwe cliënt oppakken, kost administratief veel tijd. Dat is een perverse prikkel. Daarom evalueren we regelmatig, elk half jaar en vaker als nodig. We hebben dat goed ingericht via cliëntbesprekingen. We bevragen elkaar echt wel op nut en noodzaak van wat we bieden. Dus heb ook maar vertrouwen in ons, we gaan heus niet voor onze lol langer doorbehandelen'. Een andere aanbieder zegt: 'Je ziet veel kleine bedrijfjes, eenmanszaken. Je kunt je voorstellen dat die cliënten langer bij zich houden, die zijn ook afhankelijk van hun klanten'. Alleen dat laatste zou een reden tot een verandering in duur zijn. We hebben geen concrete aanwijzingen gevonden dat dat het geval is.

**Relatie tot verblijf** Af- of ombouw van klinische capaciteit naar meer netwerkgericht verblijf, of ambulante hulpverlening wordt door een aantal aanbieders genoemd. 'We hebben de capaciteit van bedden gehalveerd in de afgelopen vier jaar', vertelt een aanbieder. 'Als je de capaciteit hebt, dan gebruik, je die ook, in die zin houden de bedden ook iets in stand. We denken dat we het nog meer terug kunnen dringen als we aanvullend ambulant aanbod ontwikkelen'. De aanbieder wil geen één op één relatie tussen de omvang van klinische en poliklinische capaciteit leggen. In totaal is in Gemeente A de inzet van verblijf volgens de CBS gegevens (schommelend) stabiel.

Het aantal plekken begeleid wonen is stabiel in de gemeente. Er wordt terughoudend omgegaan met het afgeven van een indicatie daarvoor, vanwege het beperkte aantal plekken. Soms wordt er, vanwege een wachtlijst, overbruggingszorg geleverd. Die overbruggingszorg valt onder WMO en niet onder jeugdzorg.

**Grenzen met andere domeinen** Als hulp niet vanuit een ander domein kan worden ingezet, worden trajecten in de jeugdhulp langer (of meer in aantal). De relatie tot de WLZ, tot het onderwijs, tot volwassen GGZ en tot gemeentelijke taken op het gebied van schuldhulpverlening en huisvesting zijn in de verschillende interviews aan de orde gekomen, als factor in het vraagstuk van duur en intensiteit van trajecten.

**Kwaliteit van en visie op hulpverlening** In sommige gevallen is het positief, en in andere gevallen juist onwenselijk dat de duur van de hulpverlening langer wordt.

*We krijgen vaak doorverwijzingen van andere collega's GGZ. Wat dat betreft moet je het gesprek over lengte van trajecten ook in de hele keten voeren. Als de een het korter doet en de ander weer langer, of als je allemaal een kort stukje doet, maar in totaal langer, dan maakt het nog niet uit.  
Zorgaanbieder*



*Daarnaast houden wij niet van “pappen en nathouden”. Wij voeren hersteltrajecten uit en houden zicht op een tijdsfad van +/- 18 maanden. In die periode moet het verschil gemaakt zijn. Uiteraard is het een richtlijn. De trajecten duren nooit langer dan 2 / 2,5 jaar. Wij zien dit als een grote meerwaarde. Door actief en transparant te werken, de uren te maken die worden afgesproken kun je in 18 maanden veel beoogde resultaten behalen. Wij zien met eigen ogen en via signalen van anderen dat niet alle organisaties in de regio deze doeltreffendheid behouden waardoor mogelijk een groot verlies zit in tijd en financiering.*  
Zorgaanbieder

Over de wenselijkheid van snel stoppen of langer doorgaan verschillen de meningen, hoewel iedereen benadrukt dat langer doorgaan dan nodig, onwenselijk is. Moet je zelf door puzzelen als bepaald aanbod onvoldoende aanslaat, of moet je erkennen dat je niet meer te bieden hebt, afsluiten en doorverwijzen? Dat eerste wordt soms aangewezen als oorzaak van langere trajecten, dat tweede ook (in de zin dat de initiële aanbieder dat dan eerder had moeten onderkennen). Iedereen benadrukt het belang van een goede samenwerking in de keten, ook vanuit verschillende domeinen. Enkele aanbieders zijn concreet bezig met dat vorm te geven. ‘We zouden veel meer met elkaar, vanuit de verschillende expertises moeten kijken wat er nodig is, en dan van elkaar leren. We werken in onze wijkgerichte teams al samen met andere jeugdhulpaanbieders. De

volgende stap is domein overstijgend integraal werken, dus ook met onderwijs en gemeente (tbv huisvesting, schulden etc). Dat vraagt een forse investering vanuit jeugd, maar levert in totaliteit zoveel op’.

Dat maakt dat het proces van hulpverlening complexer wordt, zeker in een veld met veel spelers, waarin met elkaar niet altijd even goed kent, en er over en weer twijfels bestaan over de kwaliteit en de effectiviteit van de hulpverlening.

*Ik denk dat de oplossing met betrekking tot het gesprek over kwaliteit zit in het ontwikkelen van een kwaliteitskader voor alle jeugdhulpaanbieders, dat geeft houvast. Daar zou de VNG opdracht toe kunnen geven.*  
Zorgaanbieder

**Financiering en contractmanagement** Op basis van de gesprekken met aanbieders ontstaat het beeld dat iedereen het belang van een stevige en heldere positie van de gemeente, en de regio, van groot belang acht, zeker in een versnipperd veld. Aandacht voor kwaliteit van het gecontracteerde aanbod zou daarin een grotere rol kunnen spelen. Veel respondenten benoemen een teveel aan spelers, en een gebrek aan kwaliteit bij de andere spelers, als een mogelijke reden voor langere trajecten, ook binnen de eigen organisatie.

Aan de andere kant wordt juist aangevoerd dat het mogelijk is om vernieuwend aanbod te realiseren, door een eenvoudige toetreding van nieuwe spelers. ‘Sommige nieuwe aanbieders zien een

*Ik zie hier wel falend contractmanagement van de gemeente. Ze hebben onvoldoende kennis, eigenlijk nog steeds. Zo kunnen ze niet het kaf van het koren scheiden, in welke organisaties ze contracteren.*  
Zorgaanbieder

mogelijkheid zich op een niche te presenteren’ vertelt de gemeente.

De indruk bij de onderzoekers is dat het niet eenvoudig blijkt om *met elkaar* het gesprek over kwaliteit van hulpverlening te voeren, over de grenzen van de eigen organisatie heen.

Dat de gemeente zich er inhoudelijk mee bemoeit, wordt niet door iedereen goed ontvangen, overigens met begrip voor de verschillende rollen en belangen.

Over het effect van de recent ingevoerde resultaatgericht financiering op de duur van de trajecten zien aanbieders twee richtingen. Door te werken met hoofd- en onderaannemers zal de duur van de trajecten naar verwachting kunnen toenemen, omdat je als hoofdaannemer verantwoordelijk blijft,



vertellen aanbieders. Bovendien moet er aan de voorkant veel worden afgestemd om tot een gezamenlijk gedragen perspectiefplan te komen. Dat vraagt ook veel tijd. Dat laatste vertaalt zich niet in de cijfers, omdat dat voorafgaande aan de start van de hulp moet gebeuren, en dus niet als zodanig geregistreerd wordt. Tegelijk zal de uitbetaling van een deel van de prijs na het behalen van resultaat tot gevolg hebben dat er scherper op afsluiten wordt gestuurd, (misschien zelfs voortijdig), aldus een aanbieder.

*Als de doelen behaald zijn, gaan we ook echt afsluiten, als dan een wijkteam vraagt om er nog bij te blijven, dan moet er aanvullend iets komen. Dus ik verwacht zeker dat de trajecten korter zullen worden, door deze andere manier van financieren.*  
Zorgaanbieder

### Beantwoording onderzoeksvragen Gemeente A:

1. *Zijn de verschillen in trajectduur tussen gemeenten te verklaren uit de (on)betrouwbare registratie, populatieverschillen, sociaal economische omstandigheden of andere moeilijk te beïnvloeden factoren?*

Nee.

2. *Is de toename van trajectduur van toepassing voor alle jeugdigen die uitstromen of zijn er verschillen? (grote groep met kleine toename of kleine groep met grote toename)*

Inhoudelijke verschillen: ja. Niet met cijfers inzichtelijk te maken, geldt op casuïstiekniveau (dus binnen produktgroepen, aanbod etc)

3. *Zijn de verschillen te verklaren uit maatschappelijke omstandigheden die de problematiek bij jongeren in deze regio's heeft verzaamd in de periode 2016-2019?*

Nee.

4. *In welke mate zijn de verschillen in trajectduur te verklaren in doordat het CIZ en zorgverzekeraars de Jeugdwet als voorliggend beschouwen op aanspraken voor de Wlz en Zvw?*

Deels. Toegang tot WLZ is lastig.

5. *In welke mate is de toegenomen trajectduur te verklaren uit bekostigingsvorm, inkoopinstrumenten als open house of verlaagde tarieven?*

Veel aanbieders, lastig samenwerken, naar elkaar wijzen ivm kwaliteit, gemeente die maar iedereen toelaat', of niet stuurt op kwaliteit (terwijl die zich er ook niet mee mag bemoeien)

6. *Wordt er meer, en door wie, verwezen naar ambulante jeugdhulp op locatie van de aanbieder?*

Er wordt meer verwezen naar ambulante hulp op locatie, aangezien het aantal trajecten is gestegen.

Qua verwijsgedrag zien we dat de huisarts en de GI meer, en het lokale team minder naar ambulante

jeugdhulp, niet uitgevoerd door het wijkteam, heeft verwezen, wanneer we 2016 en 2019 vergelijken (zie cijfers aan het eind van deze bijlage). De verklaring door het andere verwijsgedrag van de huisarts is gelegen in de technische verklaring (dat hulp door het lokale team, feitelijk hulp door een aanbieder bleek te zijn). We hebben geen redenen gevonden dat de veranderingen verband zou houden met de duur van de trajecten.

7. *Is de lengte in de trajectduur tussen gemeenten te verklaren uit de organisatie van het aanbod van jeugdhulp zonder verblijf?*

Versnippering en gebrek aan samenwerking speelt een rol.

*We zien drie oorzaken:*

1. *Het wijkteam doet in deze gemeente minder dan in andere gemeenten en vraagt ons er langer bij te blijven.*
2. *Complexiteit van de hulpverlening neemt toe, steeds meer problemen op verschillende gebieden (thuis, onderwijs, scheiding, verslaving, schulden etc).*
3. *Ambulante trajecten naast verblijf. Verblijf kan soms heel lang duren.*

Zorgaanbieder



### 8. Hangen verschillen in duur samen met wijzigingen in intensiteit van de hulp?

Intensiteit belangrijke factor, geen cijfers.

### 9. Hangen de verschillen samen met langer/korter verblijf?

Zowel de duur van trajecten ambulante jeugdhulp op locatie van de aanbieder, als van verblijf is gestegen in Gemeente A. Jeugdhulp met verblijf in Gemeente A is gedaald in het aantal trajecten, en wisselend stabiel in het aantal unieke jongeren. De gemiddelde duur van verblijf is met 381 hoger/lager dan het landelijk gemiddelde. De gemiddelde duur is gestegen ten opzichte van 2016. De gemeente zelf ziet geen verband met een stijging in ambulante trajecten en ook door zorgaanbieders wordt het verband niet vaak genoemd.

### 10. In welke mate komen de verschillen overeen met het regionale beeld?

De cijfers laten een vergelijkbaar beeld zien. Ook de gemeente benoemt een stevige regionale samenwerking. Een aantal aanbieders benoemt diversiteit in de werking van de lokale teams.

*Deze gemeente is een innovatieve gemeente, die samen met ons zoekt naar nieuwe manieren van financieren en samenwerken. We zijn in gesprek om onze toegangen beter op elkaar af te stemmen, en het normaler te maken dat wij soms ook onderbouwd nee zeggen tegen een indicatie, bijvoorbeeld als het probleem geen jeugdhulpprobleem is. Wij zelf zijn ook in gesprek om samen te werken met welzijnswerk, die dan aan de slag kunnen gaan met het netwerk van een kind, als die geen vriendjes of sportclub oid heeft. En sommige dingen moet je echt in samenwerking vormgeven, wij gaan natuurlijk geen schuldhulpverlening doen, maar soms is het wel nodig dat het gebeurt. Dan moet je met elkaar een plan maken, die coördinatie kost veel tijd. Ook om af te stemmen met school, daar zetten we nu ook meer op in. Je kunt ook niet alles tegelijk doen, maar het is wel nodig om gelijktijdig samen te bepalen wat de goede volgorde van hulp is.*  
Zorgaanbieder

## Concluderend

De duur van de trajecten ambulante jeugdhulp op locatie van de aanbieder is op basis van de CBS cijfers toegenomen met 212% tussen 2016 en 2019. De cijfers uit de gemeentelijke administratie bevestigen een toename, maar minder sterk (123%). De gemiddelde duur van de trajecten in 2019 is op basis van de CBS cijfers korter (473 dagen) dan op basis van de gemeentelijke cijfers (495 dagen). De volgende redenen zijn, op basis van de cijfers en de afgenomen interviews, aannemelijk als mogelijke verklaring van een toenemende trajectduur in Gemeente A:

- Beter zicht en antwoord op problematiek (meer klanten vinden, beter onderliggende oorzaken behandelen, beter, integraal, samenwerken, erbij blijven waar nodig)
- Kwaliteit van het contractmanagement door de gemeente, te veel spelers en te weinig inhoudelijke sturing
- Kwaliteit van de hulpverlening, van aanbieders en van de samenwerking tussen aanbieders onderling



### Tabellen

Unieke jongeren. In % bepaalde leeftijdsklasse		2016	2017	2018	2019*
JH 122 Totaal jeugdhulp met verblijf	Nederland	1	1	1	1
	Gemeente A	1,1	1	1,1	1
	Regio A (JZ)	1	1,1	1,2	1,1

Unieke jongeren. In % bepaalde leeftijdsklasse		2016	2017	2018	2019*
JB 1 Totaal jeugdbescherming	Nederland	1,2	1,2	1,2	1,2
	Gemeente A	1,2	1,1	1,2	1,3
	Regio A (JZ)	1,2	1,1	1,2	1,4
JR 1 Totaal jeugdreclassering	Nederland	0,5	0,4	0,4	0,4
	Gemeente A	0,5	0,6	0,5	0,4
	Regio A (JZ)	0,4	0,4	0,3	0,2

		stijging/daling tov 2016 in %		
Jeugdhulptrajecten		2017	2018	2019
JH 12 Totaal jeugdhulp in natura	Nederland	108	111	115
	Gemeente A	103	104	113
	Regio A	107	105	112
JH 121 Totaal jeugdhulp zonder verblijf	Nederland	109	112	117
	Gemeente A	104	104	115
	Regio A	107	104	113
JH 1211 Uitgevoerd door wijkteam	Nederland	132	134	129
	Gemeente A	72	57	24
	Regio A	72	56	24
JH 12121 Ambulante JH op loc. aanbieder	Nederland	106	106	111
	Gemeente A	112	105	111
	Regio A	114	105	109
JH 12122 Daghulp op locatie aanbieder	Nederland	107	97	97
	Gemeente A	92	100	94
	Regio A	109	113	104
JH 12123 JH in het netwerk v.d. jongere	Nederland	98	124	136
	Gemeente A	98	152	300
	Regio A	113	150	288
JH 122 Totaal jeugdhulp met verblijf	Nederland	107	97	97
	Gemeente A	92	100	94
	Regio A	109	113	104





Unieke jongeren. In % bepaalde leeftijdsklasse		2016	2017	2018	2019*
JH 12 Totaal jeugdhulp in natura	Nederland	8,5	9	9,3	9,6
	Gemeente A	10	10,2	10,1	11
	Regio A	9,2	9,6	9,5	10,1
JH 121 Totaal jeugdhulp zonder verblijf	Nederland	8,1	8,5	8,8	9,1
	Gemeente A	9,6	9,8	9,7	10,6
	Regio A	8,8	9,1	9	9,6
JH 1211 Uitgevoerd door wijkteam	Nederland	1,4	1,8	1,9	1,8
	Gemeente A	2	1,5	1,2	0,5
	Regio A	1,7	1,2	1	0,4
JH 12121 Ambulante JH op loc. aanbieder	Nederland	6	6,3	6,3	6,6
	Gemeente A	7,1	7,8	7,6	7,8
	Regio A	6,6	7,4	7,1	7,3
JH 12122 Daghulp op locatie aanbieder	Nederland	0,6	0,6	0,6	0,7
	Gemeente A	0,8	0,8	1	0,8
	Regio A	0,7	0,7	0,9	0,7
JH 12123 JH in het netwerk v.d. jongere	Nederland	1,3	1,3	1,6	1,8
	Gemeente A	1,1	1,1	1,7	3,2
	Regio A	1	1,1	1,4	2,7

Jeugdhulptrajecten in natura Verwijzer Jeugdzorg: Totaal verwijzer	Nederland stijging tov 2016			Gemeente A			Regio A		
	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019
Totaal jeugdhulptrajecten in natura	108%	111%	115%	103%	104%	113%	107%	105%	112%
Totaal begonnen trajecten	102%	116%	98%	103%	120%	118%	106%	116%	110%
Totaal beëindigde trajecten	133%	108%	120%	116%	95%	98%	126%	105%	102%
Totaal duur van de beëindigde trajecten	133%	108%	120%	116%	95%	98%	126%	105%	102%
0 tot 3 maanden	120%	98%	97%	116%	77%	68%	105%	76%	62%
3 tot 6 maanden	124%	99%	100%	108%	86%	69%	133%	102%	78%
6 maanden tot 1 jaar	142%	105%	116%	124%	118%	102%	155%	137%	121%
1 tot 2 jaar	130%	111%	152%	91%	74%	117%	98%	88%	115%
2 tot 3 jaar	248%	213%	218%	275%	175%	225%	233%	158%	217%
3 tot 4 jaar	138%	279%	284%	100%	167%	133%	100%	250%	200%
4 jaar of langer	123%	121%	190%	150%	150%	275%	167%	133%	311%
Niet uitgevoerd door wijk- of buurtteam   Totaal duur van de beëindigde trajecten	131%	101%	118%	134%	108%	121%	141%	114%	119%
0 tot 3 maanden	120%	92%	91%	133%	85%	79%	114%	77%	67%
3 tot 6 maanden	120%	94%	98%	113%	88%	72%	132%	100%	76%
6 maanden tot 1 jaar	143%	102%	117%	133%	121%	110%	162%	142%	126%
1 tot 2 jaar	125%	103%	163%	159%	135%	224%	163%	148%	200%
2 tot 3 jaar	210%	166%	192%	150%	250%	400%	125%	175%	300%
3 tot 4 jaar	140%	225%	242%	100%		150%	100%	125%	225%
4 jaar of langer	137%	132%	194%				550%	300%	1250%

ontbreken van getallen agv te lage aantallen in 2016



Toelichting op 'verwijzergedrag':

Het totaal aantal verwijzingen van de betreffende verwijzer is 100%, in de kolommen staat de verhoudingen van de 'eigen' verwijzingen.

Verwijzergedrag Gemeente A 2016			
	Uitgevoerd door het wijk- of buurtteam	Niet uitgevoerd door wijk- of buurtteam	Totaal jeugdhulp met verblijf
Totaal verwijzer	15,2%	75,0%	9,8%
Gemeentelijke toegang		82,8%	16,4%
Huisarts	28,0%	71,2%	0,8%
Jeugdarts		100,0%	
Gecertificeerde instelling		46,2%	53,8%
Medisch specialist		94,7%	5,3%
Rechter, Officier van Justitie, ...			
Geen verwijzer	50,0%	50,0%	
Verwijzer onbekend		76,9%	19,2%

Verwijzergedrag 2019 Gemeente A			
	Uitgevoerd door het wijk- of buurtteam	Niet uitgevoerd door wijk- of buurtteam	Totaal jeugdhulp met verblijf
Totaal verwijzer	3,2%	88,8%	8,2%
Gemeentelijke toegang		89,0%	11,4%
Huisarts	6,2%	92,9%	0,9%
Jeugdarts		100,0%	
Gecertificeerde instelling		58,8%	41,2%
Medisch specialist		100,0%	
Rechter, Officier van Justitie, ...			
Geen verwijzer	11,8%	85,3%	



## Bijlage 2. Deelrapport Gemeente B

Gemeente B is in verband met dit onderzoek interessant vanwege een stijgende trend in de gemiddelde trajectduur (in 2019 is het gemiddeld aantal dagen verdubbeld ten opzichte van 2016). De stijging is hoger dan het gemiddelde in de regio.

Jeugdhulp zonder verblijf, ambulante jeugdhulp op locatie van de aanbieder							
	2017 %			2018 %		2019 %	
	2016	2017	tov 2016	2018	tov 2016	2019	tov 2016
Gemeente B	215	287	133,5	403	187,4	437	203,3
Regio B	237	260	110%	290	122%	382	161%
Nederland	290	318	109,7	335	115,5	363	125,2

### Algemeen

Gemeente B is een gemeente met bijna 80.000 inwoners. Ze laat zich op basis van de CBS cijfers omschrijven als afwijkend van het gemiddelde.

De gemeente kent iets meer mannen dan vrouwen. Ze heeft gemiddeld meer jongeren dan het landelijk gemiddelde (22% NL vs 25% in 2019). De verhouding is gelijk gebleven ten opzichte van 2016. In absolute cijfers is het aantal heel licht gedaald.

De bevolkingsgroei in 2018 is hoger dan de landelijke groei (5,9% NL vs 6,5%). 12% van de inwoners is gescheiden en dat is hoger dan het landelijk gemiddelde van 9,2%. Er zijn relatief minder eenpersoonshuishoudens (38,3% NL vs 33,8% in 2019) en meer huishoudens met kinderen (32,9% NL vs 38,2% in 2019). Er wonen relatief gezien meer mensen met een migratieachtergrond in Gemeente B (23,6% NL vs 31,7%). Bijna dubbel zoveel mensen als het landelijk percentage ontvangen een uitkering (tot de AOW leeftijd: 8,5% NL vs 16%).

Met name het hogere aantal inwoners dat is gescheiden, het hoge aantal huishoudens met kinderen, het hogere aantal mensen met een migratieachtergrond en het hoge aantal inwoners met een uitkering vallen op qua populatiegegevens.

De gemeente zelf constateert dat er in de gemeente relatief veel mensen zonder betaald werk leven, dat er veel mensen een matige tot slechte gezondheid ervaren en dat er een grote groep voortijdig schoolverlaters is, waarvoor extra aandacht moet zijn. 'We hebben een pittige populatie, maar dat is niet nieuw' vertelt de beleidsmedewerker van de gemeente.

### Inrichting zorglandschap jeugdzorg

In Gemeente B wordt de gemeentelijke toegang verzorgd door een lokaal team voor jeugd, dat zelf ook hulp en ondersteuning biedt, licht maar ook zwaar (zoals bijvoorbeeld Video Interactie Begeleiding). De medewerkers zijn ondergebracht in een coöperatie die wordt gevormd door jeugdhulpaanbieders en welzijnsorganisaties. In elk team werken professionals met verschillende expertise. Ze werken in de wijk, op scholen en zijn ook online bereikbaar voor ondersteuning, in nauwe samenwerking met lokale partners als het sociale wijkteam, scholen, huisartsen en consultatiebureaus. Wanneer meer specialistische inzet nodig is, worden andere aanbieders betrokken, in overleg met de ouders of de jongere zelf. Het lokale team houdt de regie, zorgt dat er evaluaties zijn over de voortgang en kan waar nodig meer of minder hulp inzetten. De organisatie gaat veranderen.



Er wordt door de gemeente structureel geïnvesteerd in preventie in de vorm van trainingen en themabijeenkomsten.

Er zijn 75 organisaties gecontracteerd voor het bieden van jeugdhulp. De specialistische jeugdhulp wordt regionaal ingekocht.

Aanbieders hebben pxq contracten, in een combinatie van uurprijzen, looptijd (bijvoorbeeld een half jaar) en intensiteit (bijvoorbeeld wekelijks 2 uur). Voor 2019 was er voor sommige onderdelen ook gecontracteerd op trajecten. Aanbieders bleken dat niet of nauwelijks in te zetten.

De gemeente kampt met oplopende tekorten, in 2019 bedroeg dat 18%. De gemeente heeft een analyse gemaakt en benoemt de volgende redenen:

- Dalende rijksbijdrage, stijgende uitgaven
- Toename van de vraag: meer kinderen ontvangen jeugdhulp, problemen komen eerder aan het licht
- Er is een (landelijke) trend van meer problematiseren, meer diagnoses en meer zorg en inzet vanuit angst dat er iets mis kan gaan
- Een extra beroep op zwaardere jeugdzorg, mede door radarfunctie Veilig Thuis, en de verscherpte meldcode
- Door wachtlijsten bij VT en de Raad is de druk op de lokale teams en de GI groter
- Geen grip op verwijzingen vanuit huisarts en medisch specialisten
- Meer kinderen dan het landelijk gemiddelde in armoede en relatief veel multiprobleem gezinnen in de gemeente

Bij alle type maatwerkvoorzieningen zijn de kosten gestegen, de grootste stijging is te vinden bij inzet vanuit het LTA (landelijke transitie arrangement), namelijk met 40%.

Voor komend jaar heeft de gemeente forse ingrepen aangekondigd. Het lokale team wordt zelfstandig gepositioneerd en zal zich met name gaan richten op toegang en casusregie bij de complexe problematiek. De hulpverlenende taken komen te vervallen. Het specialistisch jeugdhulpaanbod wordt belegd bij een beperkt aantal aanbieders

### Jeugdhulp

Het gebruik van jeugdhulp, qua aantallen jongeren, is in Gemeente B gelijk aan het landelijk gemiddelde en hoger dan dat in de regio. De stijging in de regio loopt gelijk aan het landelijk beeld, in de gemeente is het (logischerwijs) grilliger.

*We werken kleinschalig, we hebben korte lijnen met elkaar, zodat je door kunt pakken en sneller klaar bent. Laatst was het ook in het nieuws dat kleinschalige partijen het ook financieel beter doen, en grote instellingen op omvallen staan. Als je teveel casuïstiek hebt, dan blijf je te oppervlakkig bezig en verlies je zicht op wat er nodig is.*

Zorgaanbieder

Het aantal jeugdigen dat door het lokale team is geholpen hoger dan het regionaal percentage, maar lager dan landelijk. Dat is opvallend omdat het lokale team juist ook voor zwaardere zorg wordt ingezet.

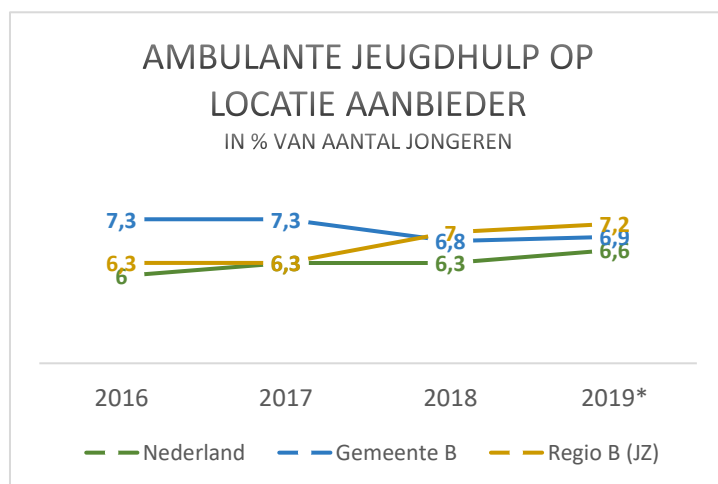
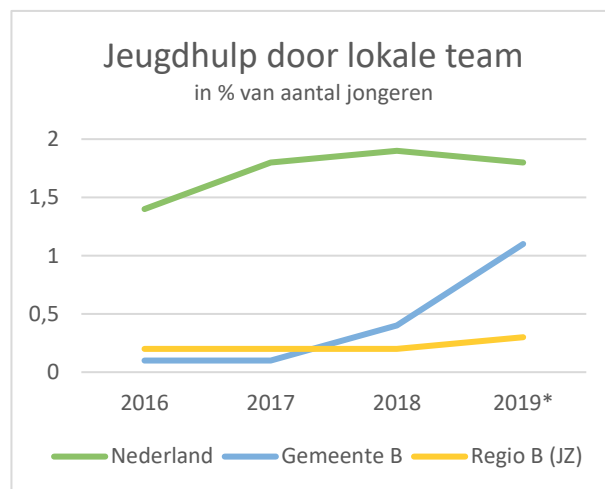
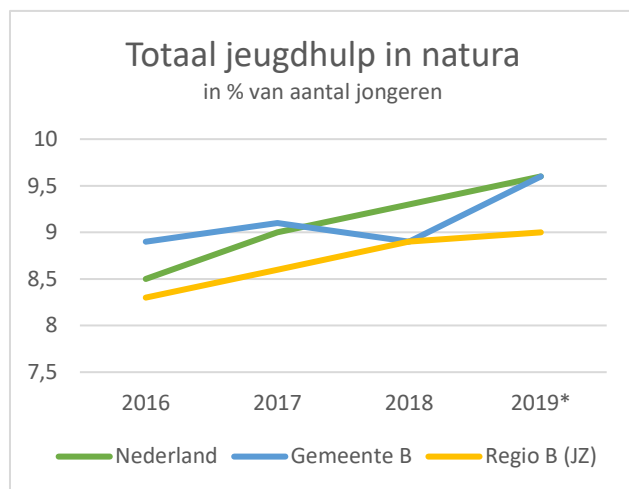
Het aantal jongeren geholpen door het lokale team is stijgend. Dat zou in verband kunnen staan met een daling van het aantal jongeren dat door een specialistische

*Overschrijdingen zien we bij alle aanbieders, maar met name bij de GGZ. Daar verwijst de huisarts, die bepaalt dan zelf hoe lang, hoe veel en voor welk bedrag. We merken dat ze het dan wat ruimer pakken, dan als het via het lokale team komt. sGgz basis wordt bijvoorbeeld weinig gebruikt. Dat is een trajectprijs, terwijl de andere specialistische varianten pxq zijn, waar ze dan zeker beter mee uitkomen.*

Gemeente



aanbieder is geholpen, tot onder het regionaal, maar nog boven het landelijke gemiddelde in 2019. Verblijf, jeugdbescherming en jeugdreclassering komen alle drie boven het landelijk gemiddelde uit. Verblijf en jeugdbescherming daalt, jeugdreclassering stijgt.<sup>22</sup>



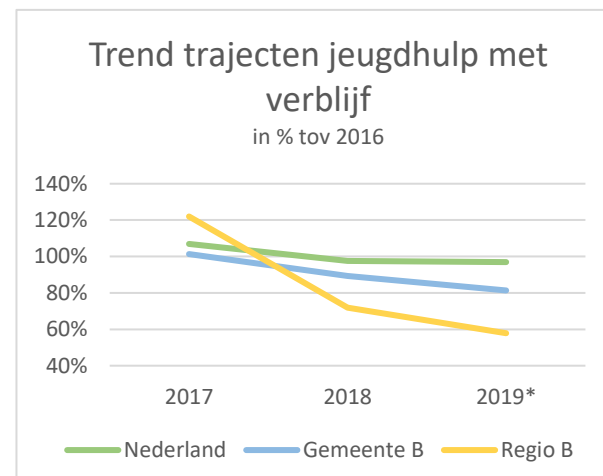
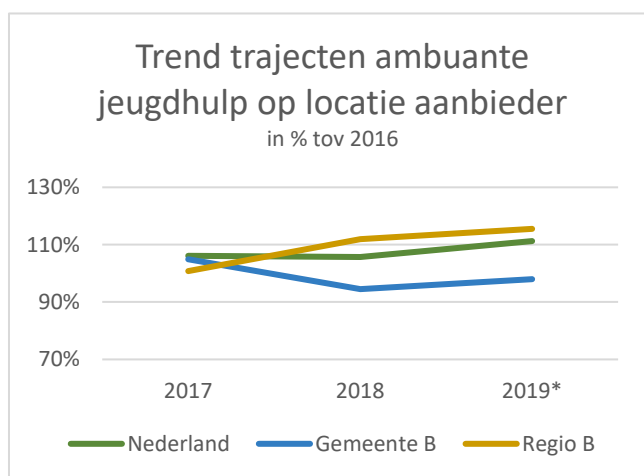
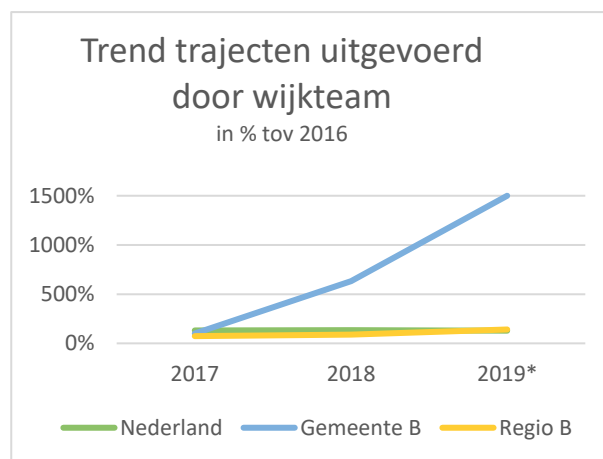
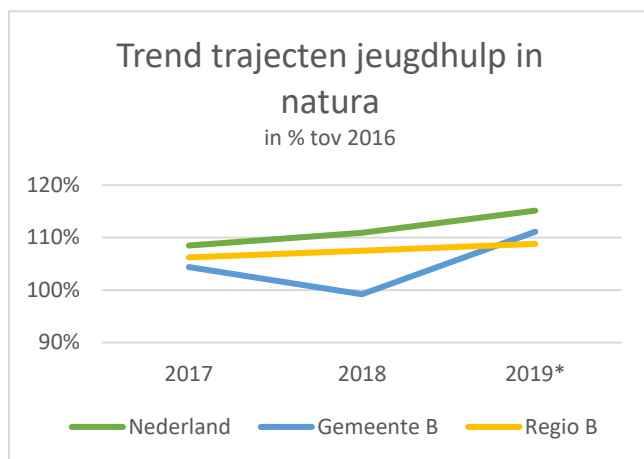
### Aantal trajecten

De trend in het aantal trajecten (ten opzichte van 2016) in Gemeente B vertoont een wisselend beeld, zowel in de gemeente als in de regio is dat lager dan de landelijke stijging ten opzichte van 2016. Het aantal trajecten uitgevoerd door het wijkteam is spectaculair gestegen. Het gaat nog steeds om lage aantallen. De trajecten ambulante hulp op locatie zijn, tegen de landelijke en regionale trend in, gedaald, hulp in het netwerk is fors gestegen.

Het aantal trajecten verblijf is verhoudingsgewijs gedaald. Dat geldt ook voor de trajecten die vanuit de Gecertificeerde Instellingen zijn ingezet. Het beeld past bij het beeld van unieke cliënten.

<sup>22</sup> Aan het eind van dit hoofdstuk zijn een aantal tabellen met de cijfers opgenomen.





De trends vanuit de CBS cijfers op aantallen cliënten en trajecten wordt door de gemeente zelf niet herkend. Ze hebben een uitgebreide analyse gemaakt en zien een stijging op kosten en aantallen van alle hulpvormen. De gemeente kan de verschillen op met name jeugdhulp met verblijf en ambulante jeugdhulp op locatie van aanbieder (stijgend volgens gemeente, dalend, volgens CBS cijfers) niet verklaren.

Mogelijk hebben de verschillen te maken met de wijze van aanleveren (hulp in het netwerk is bijvoorbeeld erg toegenomen).

Ook de lage en stijgende cijfers van de inzet door het lokale team worden niet herkend. In een eigen analyse uit 2020 wordt geschreven: 'In 2018 is meer inzet van het lokale team geweest dan in 2019. Op basis van het dossieronderzoek is in 2018 uit circa 17,5% van de dossiers op te maken dat een coachingstraject is gestart, in 2019 is dit slechts 4%'.

De hulp door het lokale team zou dus niet zijn toegenomen, maar juist afgenomen.

Mogelijk hebben de verschillen ook te maken, met een verschil tussen aantal en duur van de hulpverlening en aantal en duur van de indicaties. We hebben dat in het kader van dit onderzoek niet verder geanalyseerd. Dat beperkt de verklarende waarde van de cijfers in deze gemeente.

### *Duur van de trajecten*

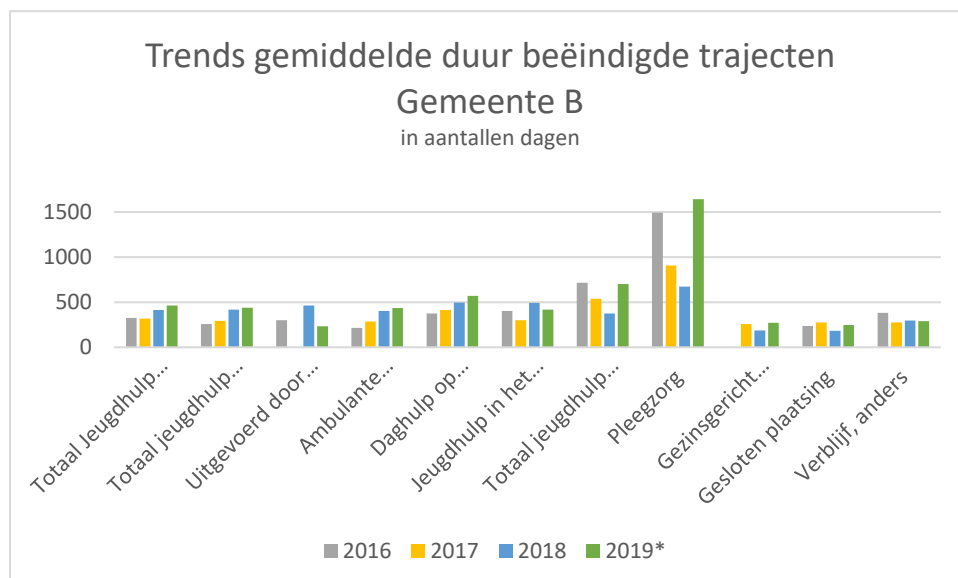
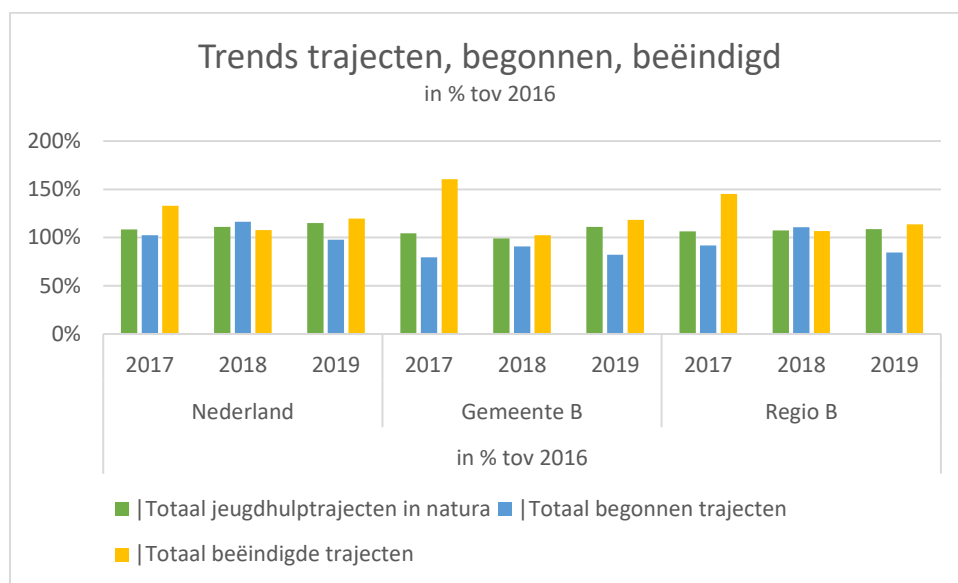
De gemiddelde duur van de trajecten wordt bepaald op basis van de afgesloten trajecten.



Er worden landelijk – tov 2016- minder trajecten begonnen (blauwe balk), meer trajecten afgesloten (gele balk) en toch stijgt het totaal aantal trajecten (groene balk).

In 2019 was het aantal lopende trajecten hoger dan in 2016. In 2019 werd in Gemeente B 82% van het aantal trajecten in 2016 begonnen, dat is een stuk minder dan het landelijk gemiddelde. Dat wijkt af van de regio, waar het aantal begonnen trajecten hoger is dan in 2016. Het aantal afgesloten trajecten is in Gemeente B, net als landelijk en regionaal, hoger dan in 2016.

Voor Gemeente B wordt de stijging van het totaal in de duur van trajecten dus inderdaad veroorzaakt door de langer durende, openstaande trajecten. De toename is 11%, en wordt met name veroorzaakt door pleegzorgtrajecten. Ook bij ambulante jeugdhulp op locatie en daghulp zien we een constante stijging van de duur.



Gemeente B heeft op ons verzoek een analyse gemaakt van de gemiddelde duur van de afgegeven indicaties. Die is gestegen van 2018 naar 2019 en in 2020 (tot nu toe) weer gedaald. Het gemiddeld aantal dagen varieert per productsoort, van twee weken tot meer dan 500 dagen. Omdat er meerdere, soms wel 4 of 5 indicaties per client worden afgegeven, vindt de gemeente de cijfers van de CBS uitvraag aannemelijk. 'Ik zie te vaak dat er soms wel 4 jaar dezelfde hulp op dezelfde doelen wordt



geboden. Dat kan toch niet. Daar gaan we scherper op sturen', vertelt de beleidsmedewerker gemeente.

Een aanbieder geeft een andere insteek: 'Het verschil wat betreft lengte van de trajecten in de gemeente ten opzichte van Nederland in 2016 was 60%, in 2019 was het verschil 20%. Dus ten opzichte van zichzelf heeft de gemeente het toch goed gedaan'.

*Wij hebben een gemiddelde van 10 maanden, qua aantal cliënten hebben we nog niet zoveel massa. We zijn wel snel groter geworden, we behoren nu tot de top 8 qua omzet. De doorlooptijd is niet veranderd.*

Zorgaanbieder

De aanbieders die we spraken zien in de eigen doorlooptijd geen stijging en noemen een gemiddelde van 6 tot 12 maanden. We spraken maar een beperkt aantal aanbieders (twee), die beiden relatief jong en klein zijn. Dat is terug te lezen in de redenen die worden aangedragen. Het beperkt ook de verklarende waarde voor deze gemeente.

### Redenen voor een stijgende trajectduur

**Onvoldoende methodisch werken** Gemeente B heeft in een interne audit van het lokale team beoordeeld hoe de onderbouwing op omvang en looptijd van de indicaties voor aanvullende jeugdhulp is geweest. Naar het oordeel van de auditoren ontbreekt die te vaak. Er zijn geen of te weinig afwegingen te vinden, of inzet vanuit het voorliggend veld ook passend zou kunnen zijn. Evalueren van de trajecten vindt nog te weinig gestructureerd plaats. Ook wordt geconstateerd dat het lastig is om kritisch te evalueren wanneer zorgaanbieder en gezin het samen al eens zijn over een verlenging van de zorg.

Ook de aanbieders die we spraken benadrukken het belang van regelmatig evalueren en scherp blijven op de toegevoegde waarde van de inzet van de hulp.

*We zijn een jonge organisatie met onze missie en visie scherp op het netvlies, die hebben we in anderhalf jaar tijd echt met elkaar doorleefd en eigen gemaakt. We werken daardoor heel gericht, heel methodisch, dat houdt onze trajecten korter. We hebben onze diagnostiek en behandelingen ingericht vanuit de visie, als een probleem zich in het systeem voordoet, moet je het in het systeem oplossen. Dus we doen zowel diagnostiek als behandeling systemisch, en we houden elke paar weken ronde tafel gesprekken met school én verwijzer.*

Zorgaanbieder

**Individuele insteek** Als je de hulpverlening richt op het kind, zonder ook iets in de context te doen, blijft het effect van de hulp die je biedt oppervlakkig. Uiteindelijk wordt de hulp dan langer, omdat er aanvullende zorg nodig is, meent een zorgaanbieder. 'Ik vind dat we in het algemeen teveel op het kind en te weinig op het systeem zijn gericht. We krijgen ook regelmatig een doorverwijzing omdat de hulpverlening niet is gelukt. Dan hebben ze alleen individuele behandeling geboden, en geen contact met school gehad, niet met de verwijzer, of zonder een werkende vader mee te nemen. Daarmee bereik je gewoon te weinig. Het beklijft niet, de totale hulpverlening wordt dan langer'. Een andere aanbieder benadrukt het belang van gericht-zijn op het vergroten van de weerbaarheid van het hele systeem: 'Aan het begin moet je intensief inzetten, gericht om het systeem krachtiger te maken. Dan moet je ook de behandelaren trainen in te kunnen stoppen als het goed genoeg is, dat is een cultuuromslag. Je richten op het positieve, in de kracht zetten weer en loslaten', aldus de aanbieder.

**Samenwerking in de keten, ook domeinoverstijgend** Een aanbieder die de duur van zijn trajecten niet zag stijgen zegt dat een goede samenwerking met het lokale team, met onderwijs en met andere betrokkenen essentieel is om de duur van trajecten te beperken. Een moeilijke aansluiting met de





volwassenen GGZ is een belangrijke reden waarom trajecten weer langer kunnen worden. Het lukt dan niet om iets aan het onderliggende probleem te doen, of de aanbieder gaat het zelf doen (bijvoorbeeld traumabehandeling). Beiden hebben een effect op de duur van de behandeling. Een andere aanbieder benadrukt het belang van kennisdelen hierbij: 'je zou nog veel meer kennis kunnen toevoegen op alle vlakken, ook bij wijkteams, tot betere samenwerking komen en uit je hokjes komen. Dat vraagt iets van zorgaanbieders én gemeente, vertrouwen en partnerschap, en een passende opdracht'.

*We worden deels vanuit onderwijsgeld en deels vanuit jeugdhulp gefinancierd. We zijn nu bezig om, ook ten behoeve van het gesprek met gemeenten, duidelijker te positioneren wat volgens ons bij onderwijs hoort en wat bij jeugdhulp.*  
Zorgaanbieder

### Problematiek en populatie

Er wonen relatief veel gezinnen met een lage sociaal economische status, melden gemeente en aanbieders. Als ouders weinig inzicht kunnen verkrijgen in het eigen aandeel, als gevolg van de eigen problematiek als lvb, psychiatrie, of schulden, is de effectiviteit van een hulpverleningstraject minder en duurt die doorgaans langer. Dat gegeven zou een verklaring vormen voor een langere duur dan gemiddeld, maar niet voor een stijging. In Gemeente B was bij aanvang de gemiddelde duur echter juist lager dan het landelijk gemiddelde.

**Sturing door gemeente** Voor de gemeente zelf zijn mogelijke redenen voor eens tiggende trajectduur nog vrij ondoorzichtig: 'Ik herken wel dat er niet wordt afgesloten en dat trajecten langer duren. We gaan daarom nu een inhoudelijke toets op verlengingen maken. Aanbieders hebben er ook geen antwoord op. Ze zeggen dat er vanuit scholen of ouders te lang wordt gewacht met aanmelden, en dat daardoor de problemen erger worden. Verder zouden wij 'de moeilijkste jeugd van Nederland'

*Ik geloof niet dat de problematiek van de jeugd zwaarder wordt, je ziet wel meer dat de eigen problematiek van de ouders op de jeugd afspiegelt. Er is minder hulp voor ouders, we eisen veel van elkaar, er zijn veel prikkels, er is druk vanuit het onderwijs met een gebrek aan capaciteit daar en leerkrachten begrijpen niet altijd hoe ze kinderen moeten benaderen. Veel psycho educatie daar zou echt helpen.*  
Zorgaanbieder

hebben, dat zegt het lokale team ook. Dat vind ik wel een diskwalificerende uitspraak naar die jeugd. Het klopt wel dat er in onze gemeente zwaardere problematiek op jeugd is dan gemiddeld, maar dat is niet nieuw'. De beleidsmedewerker vertelt verder dat het contractmanagement door de gemeente de afgelopen jaren nog niet naar tevredenheid is verlopen en dat de gemeente nu investeert daarop. Een gebrek aan sturing heeft mogelijk bijgedragen aan een langere duur.

Mogelijk speelt dat ook een rol bij de relatie tot de WLZ:

'We gaan wel meer sturen op WLZ instroom, cliënten worden er ook toegelaten', aldus de gemeente.

### Beantwoording onderzoeksvragen Gemeente B:

1. Zijn de verschillen in trajectduur tussen gemeenten te verklaren uit de (on)betrouwbare registratie, populatieverschillen, sociaal economische omstandigheden of andere moeilijk te beïnvloeden factoren?

Nee. Populatie en problematiek zijn niet veranderd de afgelopen jaren.

2. Is de toename van trajectduur van toepassing voor alle jeugdigen die uitstromen of zijn er verschillen? (grote groep met kleine toename of kleine groep met grote toename)

We hebben dat niet cijfermatig kunnen onderbouwen. Bij de groep waar voor de ouders eigen problematiek meespeelt, duren trajecten langer.



3. *Zijn de verschillen te verklaren uit maatschappelijke omstandigheden die de problematiek bij jongeren in deze regio's heeft verzaamd in de periode 2016-2019?*

Nee.

4. *In welke mate zijn de verschillen in trajectduur te verklaren in doordat het CIZ en zorgverzekeraars de Jeugdwet als voorliggend beschouwen op aanspraken voor de Wlz en Zvw?*

We hebben daar onvoldoende aanwijzingen voor gevonden. Gemeente stuurt op WLZ indicaties, die ook afgegeven worden.

5. *In welke mate is de toegenomen trajectduur te verklaren uit bekostigingsvorm, inkoopinstrumenten als open house of verlaagde tarieven?*

Noch de gemeente, noch de aanbieders die we spraken benoemen inkoop als reden. Sturing door en samenwerking met de gemeente worden wél benoemd als belangrijke reden.

6. *Wordt er meer, en door wie, verwezen naar ambulante jeugdhulp op locatie van de aanbieder?*

Er wordt iets minder verwezen naar ambulante hulp op locatie, aangezien het aantal trajecten is gedaald. Qua verwijsgedrag zien we dat de GI meer, en het lokale team en de huisarts minder naar ambulante jeugdhulp, niet uitgevoerd door het wijkteam, heeft verwezen, wanneer we 2016 en 2019 vergelijken (zie cijfers aan het eind van deze bijlage). We hebben geen redenen gevonden dat dit verband zou houden met de duur van de trajecten.

7. *Is de lengte in de trajectduur tussen gemeenten te verklaren uit de organisatie van het aanbod van jeugdhulp zonder verblijf?*

Als er beter wordt samengewerkt in de hele keten, ook domeinoverstijgend, heeft dat een gunstige invloed op de duur van de trajecten.

8. *Hangen verschillen in duur samen met wijzigingen in intensiteit van de hulp?*

Intensiteit is belangrijk. Bij de aanbieders die we spraken is de intensiteit niet gewijzigd in de afgelopen jaren.

9. *Hangen de verschillen samen met langer/korter verblijf?*

Verblijf in Gemeente B is gedaald. Dat zou verband kunnen houden. Uit de interviews hebben we daar geen aanwijzingen voor gevonden.

10. *In welke mate komen de verschillen overeen met het regionale beeld?*

Het beeld in Gemeente B verschilt op een aantal punten van het regionale beeld.

*We maken jaarlijks een afspraak met de gemeente én met het lokale team om te evalueren en dan geven we over en weer feedback, daar leren we van en zij ook. Ik geloof niet dat er veel anderen zijn die dat doen. Contractmanagement met een grote organisatie gaat ook hoogover, dan mis je de diepgang die er nodig is om te leren. Bovendien komt het niet door in de rest van de organisatie, terwijl wij zelf óók direct leren van het gesprek. Wij kunnen echt ervaringen uit de praktijk delen.*  
Zorgaanbieder

### Concluderend

De duur van de trajecten ambulante jeugdhulp op locatie van de aanbieder is op basis van de CBS cijfers toegenomen met 203% tussen 2016 en 2019. De gemiddelde duur is 437 dagen in 2019.

De volgende redenen zijn, op basis van de cijfers en de afgenomen interviews, aannemelijk voor een verklaring van een toenemende trajectduur in Gemeente B:

- Onvoldoende sturing en kwaliteit van contractmanagement door de gemeente



- Kwaliteit van de hulpverlening (te individueel gericht en onvoldoende methodisch werken) en onvoldoende samenwerking in de keten
- Beter zicht op systemische problematiek

### Tabellen

Kerncijfers over jeugdzorg					
Jongeren met jeugdzorg (relatief)					
In % bepaalde leeftijdsklasse		2016	2017	2018	2019*
JH 12 Totaal jeugdhulp in natura	Nederland	8,5	9	9,3	9,6
	Gemeente B	8,9	9,1	8,9	9,6
	Regio B (JZ)	8,3	8,6	8,9	9
JH 121 Totaal jeugdhulp zonder verblijf	Nederland	8,1	8,5	8,8	9,1
	Gemeente B	8,2	8,4	8,2	9
	Regio B (JZ)	7,4	7,4	8,3	8,4
JH 1211 Uitgevoerd door wijkteam	Nederland	1,4	1,8	1,9	1,8
	Gemeente B	0,1	0,1	0,4	1,1
	Regio B (JZ)	0,2	0,2	0,2	0,3
JH 12121 Ambulante JH op loc. aanbieder	Nederland	6	6,3	6,3	6,6
	Gemeente B	7,3	7,3	6,8	6,9
	Regio B (JZ)	6,3	6,3	7	7,2
JH 12122 Daghulp op locatie aanbieder	Nederland	0,6	0,6	0,6	0,7
	Gemeente B	0,9	0,8	0,9	1,1
	Regio B (JZ)	0,7	0,8	0,8	0,8
JH 12123 JH in het netwerk v.d. jongere	Nederland	1,3	1,3	1,6	1,8
	Gemeente B	0,8	1	1	1,4
	Regio B (JZ)	0,9	1	1,3	1,4

Jongeren met jeugdzorg (relatief)					
In % bepaalde leeftijdsklasse		2016	2017	2018	2019*
JH 122 Totaal jeugdhulp met verblijf	Nederland	1	1	1	1
	Gemeente B	1,3	1,4	1,2	1,1
	Regio B (JZ)	1,6	2	1,1	0,9

Jongeren met jeugdzorg   Jongeren met jeugdzorg (relatief)					
In % bepaalde leeftijdsklasse		2016	2017	2018	2019*
JB 1 Totaal jeugdbescherming	Nederland	1,2	1,2	1,2	1,2
	Gemeente B	1,8	1,7	1,6	1,4
	Regio B (JZ)	1,3	1,3	1,3	1,3
JR 1 Totaal jeugdreclassering	Nederland	0,5	0,4	0,4	0,4
	Gemeente B	0,6	0,5	0,5	0,7
	Regio B (JZ)	0,4	0,4	0,4	0,5



## Partners in Jeugdbeleid

Jeugdhulptrajecten in natura Verwijzer Jeugdzorg: Totaal verwijzer	stijging tov 2016								
	Nederland			Gemeente B			Regio B		
	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019
Totaal jeugdhulptrajecten in natura	108%	111%	115%	104%	99%	111%	106%	107%	109%
Totaal begonnen trajecten	102%	116%	98%	80%	91%	82%	92%	111%	85%
Totaal beëindigde trajecten	133%	108%	120%	160%	102%	118%	145%	107%	114%
Totaal duur van de beëindigde trajecten	133%	108%	120%	160%	102%	118%	145%	107%	114%
0 tot 3 maanden	120%	98%	97%	129%	88%	68%	137%	109%	81%
3 tot 6 maanden	124%	99%	100%	132%	71%	74%	139%	104%	81%
6 maanden tot 1 jaar	142%	105%	116%	210%	92%	102%	161%	89%	92%
1 tot 2 jaar	130%	111%	152%	127%	117%	213%	119%	123%	227%
2 tot 3 jaar	248%	213%	218%	360%	280%	220%	215%	181%	196%
3 tot 4 jaar	138%	279%	284%				86%	300%	329%
4 jaar of langer	123%	121%	190%	75%	175%	250%	115%	177%	315%
Niet uitgevoerd door wijk- of buurtteam									
Totaal duur van de beëindigde trajecten	131%	101%	118%	171%	106%	127%	154%	117%	130%
0 tot 3 maanden	120%	92%	91%	136%	83%	69%	147%	119%	90%
3 tot 6 maanden	120%	94%	98%	135%	71%	74%	143%	113%	92%
6 maanden tot 1 jaar	143%	102%	117%	230%	100%	112%	171%	96%	102%
1 tot 2 jaar	125%	103%	163%	133%	133%	250%	125%	145%	288%
2 tot 3 jaar	210%	166%	192%	400%	300%	250%	237%	226%	247%
3 tot 4 jaar	140%	225%	242%				100%	425%	500%
4 jaar of langer	137%	132%	194%				140%	320%	660%
ontbreken van getallen agv te lage aantallen in 2016									

Toelichting op 'verwijzergedrag':

Het totaal aantal verwijzingen van de betreffende verwijzer is 100%, in de kolommen staat de verhoudingen van de 'eigen' verwijzingen.

Verwijzer gedrag Gemeente B 2016			
	Niet uitgevoerd		
	Uitgevoerd door het wijk- of buurtteam	door wijk- of buurtteam	Totaal jeugdhulp met verblijf
Gemeentelijke toegang		85,1%	14,0%
Huisarts		99,0%	1,0%
Jeugdarts		100,0%	
Gecertificeerde instelling		27,3%	72,7%
Medisch specialist		92,9%	
Rechter, Officier van Justitie, ...			
Geen verwijzer	9,1%	90,9%	
Verwijzer onbekend		82,3%	17,7%



## Partners in Jeugdbeleid

Verwijzergedrag 2019 Gemeente B			
	Uitgevoerd door het wijk- of buurtteam	Niet uitgevoerd door wijk- of buurtteam	Totaal jeugdhulp met verblijf
Totaal verwijzer	8,0%	80,9%	10,9%
Gemeentelijke toegang	19,1%	68,6%	12,3%
Huisarts		99,5%	
Jeugdarts		100,0%	
Gecertificeerde instelling		46,3%	53,7%
Medisch specialist		90,5%	9,5%
Rechter, Officier van Justitie, ...			
Geen verwijzer	10,5%	89,5%	
Verwijzer onbekend		40,0%	40,0%

Kerncijfers over jeugdzorg		stijging/daling tov 2016		
		2017	2018	2019*
Jeugdhulptrajecten				
JH 12 Totaal jeugdhulp in natura	Nederland	108%	111%	115%
	Gemeente B	104%	99%	111%
	Regio B	106%	107%	109%
JH 121 Totaal jeugdhulp zonder verblijf	Nederland	109%	112%	117%
	Gemeente B	105%	101%	116%
	Regio B	103%	115%	120%
JH 1211 Uitgevoerd door wijkteam	Nederland	132%	134%	129%
	Gemeente B	100%	633%	1500%
	Regio B	73%	90%	141%
JH 12121 Ambulante JH op loc. aanbieder	Nederland	106%	106%	111%
	Gemeente B	105%	95%	98%
	Regio B	101%	112%	116%
JH 12122 Daghulp op locatie aanbieder	Nederland	107%	111%	115%
	Gemeente B	88%	95%	119%
	Regio B	120%	115%	114%
JH 12123 JH in het netwerk v.d. jongere	Nederland	98%	124%	136%
	Gemeente B	128%	125%	175%
	Regio B	110%	145%	152%
JH 122 Totaal jeugdhulp met verblijf	Nederland	107%	97%	97%
	Gemeente B	101%	89%	81%
	Regio B	122%	72%	58%
JB 1 Totaal jeugdbescherming	Nederland	99%	100%	103%
	Gemeente B	89%	86%	82%
	Regio B	95%	94%	98%
JR 1 Totaal jeugdreclassering	Nederland	96%	92%	90%
	Gemeente B	100%	92%	138%
	Regio B	98%	106%	116%



## Bijlage 3. Deelrapport Gemeente C

Gemeente C is in verband met dit onderzoek interessant vanwege een dalende trend in de gemiddelde trajectduur. Ook in de regio neemt de gemiddelde trajectduur af, maar minder snel dan in Gemeente C. De gemiddeld aantal dagen in gemeente C is nog steeds hoger dan in regio C en het landelijk gemiddelde.

Jeugdhulp zonder verblijf, ambulante jeugdhulp op locatie van de aanbieder							
	2017 %			2018 %		2019 %	
	2016	2017	tov 2016	2018	tov 2016	2019	tov 2016
Gemeente C	486	442	90,9	414	85,2	386	79,4
Regio C	332	343	103%	321	97%	315	95%
Nederland	290	318	109,7	335	115,5	363	125,2

### Algemeen

Gemeente C is een gemeente met meer dan 90.000 inwoners. Ze laat zich op basis van de CBS cijfers omschrijven als afwijkend van het landelijk gemiddelde.

De gemeente kent iets meer mannen dan vrouwen (landelijk is dat andersom) en een gemiddelde qua aantal jeugdigen (per leeftijdsgroep een paar procentpunten hoger dan het landelijk gemiddeld. Het totaal aantal jeugdigen tot 20 jaar is in Nederland 22% en in Gemeente C 23% in 2019, in 2016 was dat 24%. Ook in absolute cijfers is het aantal jeugdigen iets gedaald.

De totale bevolking groeit in 2018 iets meer dan het landelijk gemiddeld (5,9% NL vs 6,8%). In 2017 en 2016 was het juist lager dan het landelijk gemiddeld (5,8% en 6% NL vs 3,3% en 5,3%). Er leven relatief meer gescheiden mensen in gemeente C (9,2% NI vs 11,0% in 2019). Er zijn meer huishoudens met kinderen (32,9% vs 36,8% in 2019). Er wonen relatief iets meer mensen met een migratieachtergrond in de gemeente (23,6% NI vs 26,9% in 2019). Relatief meer mensen in Gemeente C ontvangen een uitkering (tot de AOW leeftijd: 8,5% NI vs 10%).

Het relatief hoger aantal gescheiden mensen en het relatief hoger aantal mensen met een migratieachtergrond en met een uitkering zijn het meest opvallend qua populatiegegevens.

De beleidsmedewerker van de gemeente die we spraken, ziet geen significante wijzigingen in de populatie.

### Inrichting zorglandschap jeugdzorg

Binnen de regio werken 21 gemeenten samen aan de inkoop van jeugdhulp. Een aantal andere gemeenten in de regio vaart (samen) ook een eigen koers.

De gemeente heeft de eerste jaren na de transitie geïnvesteerd in preventie. De gemeentelijke toegang tot jeugdhulp is georganiseerd via wijkteams, die zelf lichte vormen van hulp en ondersteuning bieden. Momenteel wordt een extra focus aangebracht in de inrichting van het

*We zijn al voor de transitie, tien jaar geleden gestart met het concept 'wonen doe je thuis'. Toen waren we al bezig met deeltijdplaatsingen, het hele gezinssysteem betrekken, etc. In die zin is met de transitie niet iets nieuws begonnen, al denken gemeenten dat soms wel.*  
Zorgaanbieder

zorglandschap: ondersteuning dichterbij (en vaker thuis), en een integraler aanbod (werken aan ontschotting tussen de drie 'oude' zuilen, en tussen



verschillende domeinen binnen de gemeente). Het blijft een uitdaging om de gesprekken met zorgaanbieders vanuit de inhoud en transformatieopgave te voeren en niet te laten overheersen door discussies over tarieven. Gemeente C zoekt naar een passende verhouding tussen zakelijkheid en partnerschap, en realiseert zich dat meerjarige contracten daarbij helpend kunnen zijn.

Er zijn bijna 200 aanbieders op het gebied van jeugdhulp gecontracteerd in de gemeente. Het aantal aanbieders dat daadwerkelijk zorg levert is lager (als gevolg van de samenwerking in de inkoop zijn er meer aanbieders gecontracteerd) en sinds de transitie redelijk stabiel in de gemeente.

Met de grootste spelers zijn lumpsum-achtige afspraken gemaakt, met een gemiddelde prijs per client en een bandbreedte van een totaal aantal cliënten,

zodat de aanbieders op voorhand weten waar ze aan toe zijn. Met de kleinere spelers werd sinds 2017 gewerkt met producten vertaald in maandbedragen, en inmiddels, sinds 2020 voor een groot aantal producten weer p.x.q.

De gemeente kampt met overschrijdingen van het budget, die dus vooral het gevolg zijn van een toenemend aantal beschikkingen voor kleinere

aanbieders. Het aantal cliënten bij de grote aanbieders neemt inderdaad ook af. 'Mensen gaan blijkbaar liever naar de kleine aanbieders. Ik weet niet waarom dat is. Misschien staat het institutionele ze tegen? Voor sommigen is de zorg dan ook wel te zwaar bij de grote aanbieders. We proberen daar toch wel op te sturen, aangezien zij een vast budget hebben, en er daarbinnen dan nog ruimte bestaat', vertelt de gemeente ambtenaar.

Indicaties worden afgegeven voor een bepaalde tijdsperiode, als de beschikking wordt afgegeven door het lokale team. Loopt de verwijzing via de 'medische route', dan bepaalt de aanbieder dat zelf.

Het contact met de huisartsen in de gemeente is in opbouw.

Het aantal jeugdigen dat verlengde jeugdzorg ontvangt is gedaald, tussen 2018 en 2019.

Desgevraagd vertelt de gemeente ambtenaar dat wachtlijsten niet een heel groot issue zijn in de gemeente, aanbieders bevestigen dat geluid, hoewel sommigen vertellen zelf wel een wachtlijst te hebben. Ook capaciteitsproblemen met betrekking tot personeel (met uitzondering van kinder- en jeugdpsychiaters) zijn niet veel voorkomend. De ene aanbieder heeft wel een hoger verloop dan de andere aldus de ambtenaar. Eén aanbieder benoemt een gebrek aan ervaren personeel voor de intensieve ambulante trajecten als een knelpunt.

De gemeente ziet geen zorginhoudelijke redenen waardoor de duur van de trajecten veranderd zou zijn, en signaleert ook geen aantrekkende werking van aanbieders die ook zorg aan volwassen leveren in de gemeente (bijna een derde van de aanbieders levert zorg aan jeugd en aan volwassenen). Ook in relatie tot aanpalende terreinen (WLZ, WMO) ziet de ambtenaar die we spraken geen aanwijzingen of wijzigingen die een verklaring zouden kunnen geven.

Eigenlijk staan alle indicatoren in de gemeente op 'groen', vertelt de beleidsmedewerker van de gemeente, alleen de kosten niet.

*We hebben wel eens bedacht om na te denken over een manier om het beter inzichtelijk te maken, zodat je ook beter kunt schuiven als de ene wel een wachtlijst heeft en de ander niet. Die werkgroep is er nooit gekomen. Je krijgt de informatie van aanbieders niet en ze willen het ook niet op de website zetten, omdat dat zo beeldvormend is ('daar hebben ze een wachtlijst').*  
Beleidsmedewerker gemeente

*Contact met huisartsen is een vak apart, die laten zich weinig zeggen. Sinds een half jaar hebben we beter overleg, door een collega die dat goed kan is dat voor elkaar gekregen. Het is nog in opbouw. Sommigen werken nu met POH jeugd. Sommigen verwijzen wel erg makkelijk, zeker als er een vaktherapeut of psycholoog in het gezondheidscentrum een ruimte heeft. Dan zijn de lijnen kort. Misschien soms wel té kort.*  
Beleidsmedewerker gemeente

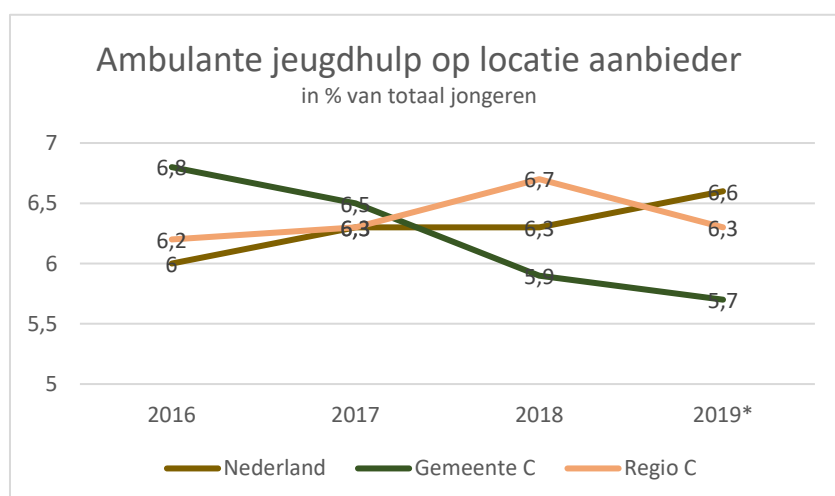
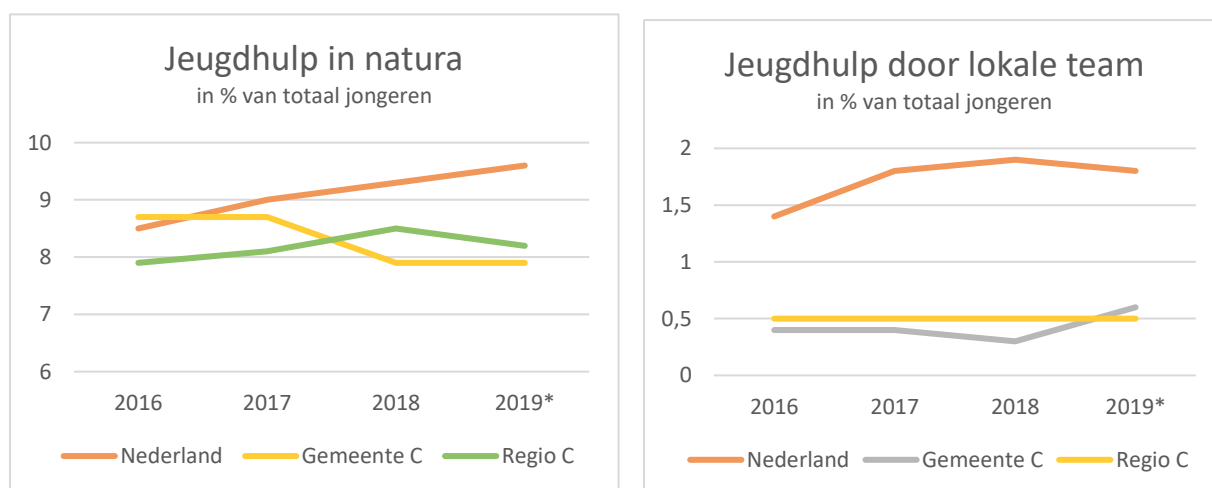


### Jeugdhulp

Het gebruik van jeugdhulp, qua aantallen jongeren, is in Gemeente C gedaald, en lager dan het landelijk en regionaal gemiddelde. Het is in 2017 plots gedaald en lijkt daarna gestabiliseerd. De gemeente kan dit niet direct verklaren: 'wat we kunnen bedenken, is dat we begin 2017 een actie hebben uitgezet om alle indicaties die vielen onder de continuïteit van zorg onder de loep te nemen. Daar zijn bijvoorbeeld casussen naar de WLZ gebracht, bleek zorg niet nodig te zijn of was er iets heel anders mogelijk. Ik kan niet terughalen of deze actie tot een dermate grote terugval heeft geleid, maar verder was er toen niets wat deze afname kan verklaren'.

Er wordt in de gemeente en in de regio beduidend minder jeugdhulp door het lokale team geboden, dan het landelijk gemiddelde. Ambulante jeugdhulp op locatie van de aanbieder is in de gemeente gedaald en ligt inmiddels onder het landelijk en regionaal gemiddelde. Het relatief aantal jongeren met jeugdhulp met verblijf (1,1%) is gedaald tot iets boven het landelijk gemiddelde in 2019 (1%). Het is echter hoger dan het gemiddelde in de regio (0,8%)<sup>23</sup>.

Jeugdbescherming is lager dan het landelijk gemiddelde, en inmiddels gelijk aan dat in de regio. Jeugdreclassering is gelijk aan het landelijk gemiddelde, maar hoger dan dat in de regio.



<sup>23</sup> Aan het eind van dit hoofdstuk zijn een aantal tabellen met de cijfers opgenomen





*Samenwerking met lokale veld is heel belangrijk, dat is in iedere gemeente weer anders ingericht. Dat heeft tijd nodig gehad om over en weer te settelen, nu komt er meer rust en daarmee meer aandacht voor inhoudelijke verbeteringen. Sommige wijkteams doen heel veel zelf, anderen halen ons er eerder bij. In samenwerking met gemeente C gaat dat prettig, die bellen ook op om te consulteren en zullen echt verwijzen als het nodig is. in andere gemeenten zit het wijkteam meer met de opdracht om meer zelf te doen, dat merken wij ook.*

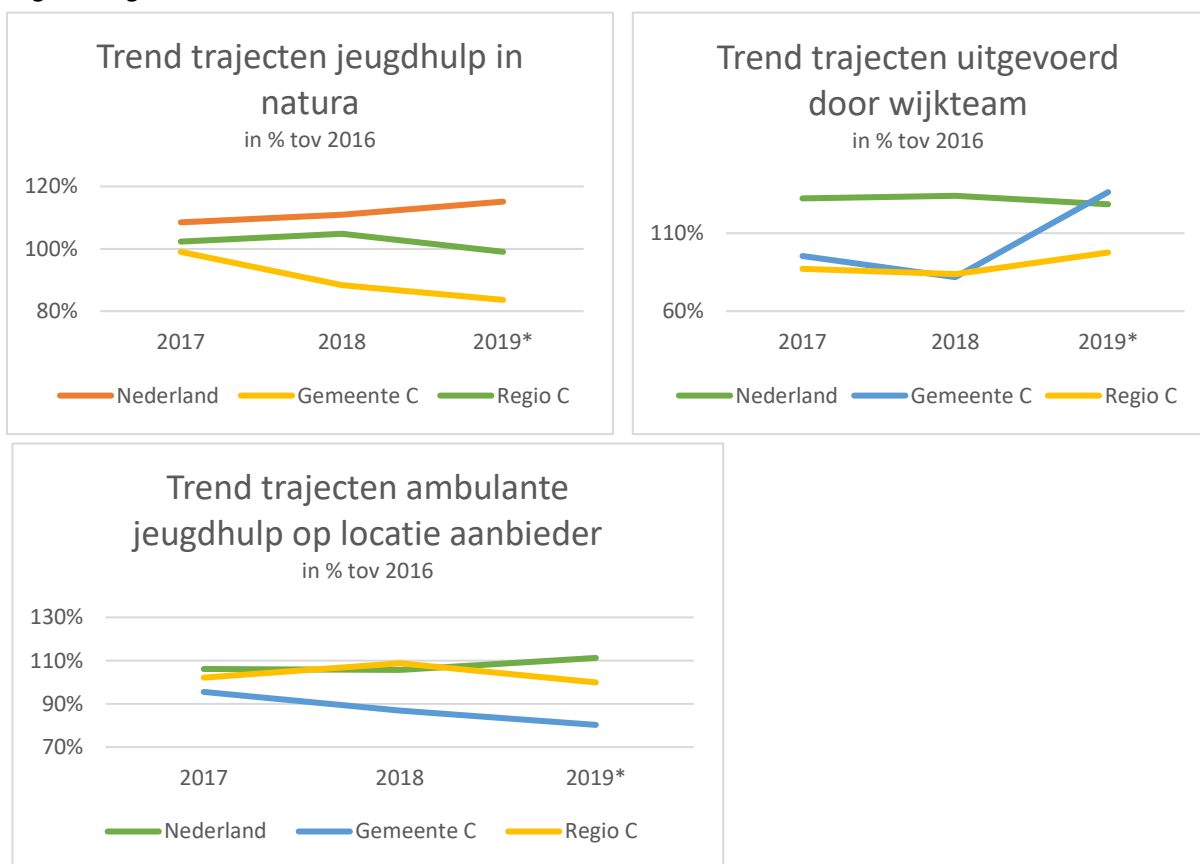
Zorgaanbieder

### Aantal trajecten

Gemeente C valt in de CBS cijfers op vanwege een daling van het aantal trajecten, conform het beeld in de regio, maar afwijkend van het landelijk beeld. De daling in de gemeente is groter, dan in de regio.

Hulp door het wijkteam vertoont een forse stijging sinds 2018, afwijkend van het landelijk beeld, en sterker dan de stijging in de regio. In dat jaar zijn de sociale teams in de gemeente gestart.

De andere vormen van ambulante hulp, en jeugdhulp met verblijf dalen, qua aantal trajecten. Meest opvallend in de cijfers van deze gemeente, is de afwijking van het regionale beeld. Zowel in aantallen unieke jongeren als in aantallen trajecten scoort deze gemeente, vrijwel op alle items onder of op het regionale gemiddelde.



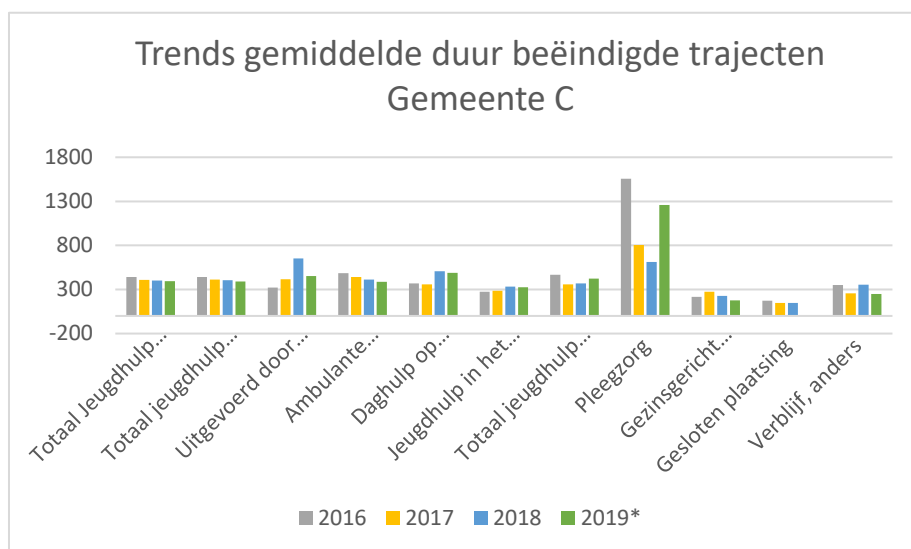
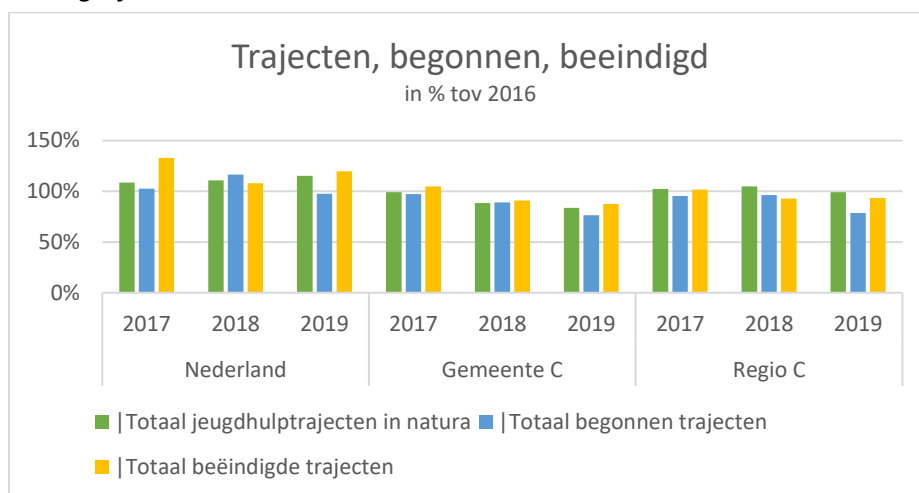
### Duur van de trajecten

De gemiddelde duur van de trajecten wordt bepaald op basis van de afgesloten trajecten.

Er worden landelijk – tov 2016- minder trajecten begonnen (blauwe balk), meer trajecten afgesloten (gele balk) en toch stijgt het totaal aantal trajecten (groene balk). Voor Regio C en voor Gemeente C, ziet de situatie er iets anders uit. Ook daar worden minder trajecten begonnen. Er worden echter ook



minder afgesloten. Het totaal aantal trajecten daalt in Gemeente C en is in de regio in 2019 min of meer gelijk als in 2016.



Vergeleken met het landelijk gemiddelde kent Gemeente C een hoger gemiddeld aantal dagen, maar een dalende trend (van 296 in 2016 tot 361 in 2019 in NL; van 443 in 2016 tot 394 in 2019 in Gemeente C).

Dat beeld geldt ook voor ambulante hulp op locatie (van 290 in 2016 tot 363 in 2019 in NL; van 486 in 2016 tot 386 in 2019 in Gemeente C). Dat is een afname van 89% tegen een landelijk stijging van 125%. Deze afname werd door de gemeente in eerste instantie niet herkend, omdat het niet overeenkomt met de stijgende kosten.

De gemeente heeft voor ons een berekening gemaakt over 2018 en 2019, van de gemiddelde zorgduur bij de 20 grootste aanbieders. De gemiddelde duur van de zorgtijd is gedaald met 24 dagen tussen 2018 en 2019. De gemiddelde zorgduur uit de gemeentelijke cijfers is, naar verwachting, lager dan die uit de CBS cijfers (386 dagen). Er worden soms meerdere indicaties achter elkaar gegeven. Uitgesplitst naar de verschillende aanbieders en producten zijn er grote verschillen te zien, tussen de 70 en 640 dagen.

*Dus ik herken niet de afname van het aantal cliënten, noch de afname in duur van de trajecten. Het enige wat ik nog zou kunnen bedenken is dat we intensievere zorg in iets kortere tijd hebben gedaan.  
Zorgaanbieder*



De dagactiviteiten en behandeling zijn, in de berekening van de gemeente, bijna verdubbeld tot een gemiddelde van 988 dagen. Dat is niet terug te zien in de CBS cijfers.

	2018	2019	verschil
gemiddelde looptijd zorg	254	230	91%
gemiddelde looptijd indicatie	259	236	91%
verschil aantal cliënten		81%	

Voor aanbieders bleek het lastig om de combinatie van de cijfers te herkennen. Sommigen herkenden de cijfers van de gemeenten wel, andere niet. Niemand had de indruk dat de trajecten korter zijn geworden in de gemeente. De vergelijking tussen de CBS en gemeentelijke cijfers wordt ingewikkelder gemaakt door een wijziging in de gemeentelijke administratie, plus de vertaalslag van de gemeentelijke producten naar de CBS hulpvormen. Uit spiegelrapportages die we mochten inzien is dat niet terug te vinden. Dat geldt ook voor de duur van de trajecten.

### Redenen voor een dalende trend trajectduur

Omdat de cijfers niet door alle respondenten herkend worden, en de drie bronnen (CBS, Gemeentelijke administratie en gegevens zorgaanbieders) lastig vergelijkbaar zijn, betrachten we enige terughoudendheid met het bieden van verklaringen. We hebben in z'n algemeenheid gevraagd om inzichten en gedachten bij het onderwerp. Die sluiten qua inhoud aan bij ervaringen vanuit andere gemeenten uit dit onderzoek.

*Ik zie een verschil in problematiek in mijn praktijk, met toen ik startte (in 2004). Wat voorheen naar de sGGZ ging, blijft nu vaker in de 1<sup>e</sup> lijn. Je komt moeilijker de sGGZ binnen, dus ga je toch meer zelf oplossen. Daardoor worden trajecten wel langer. Datzelfde gebeurt in relatie tot de jeugd- en jongerencoaches, die hebben wachtlijsten, dus dan hou ik een kind soms toch ook nog langer bij me.*  
Zorgaanbieder

**Sturing door gemeente** Er wordt door de gemeente, anders dan via de duur van de indicaties niet speciaal gestuurd op de lengte van hulpverleningstrajecten.

'We hebben er geen prestatieafspraken met de gemeente over, maar het wordt wel steeds meer onderwerp van gesprek', vertelt een aanbieder.

Aanbieders laten zich positief uit over de gegroeide relatie met de gemeente, ook over het feit dat er meer samenhang in contractering en financiering door de verschillende gemeenten is gekomen. Kleine aanbieders vinden het 'een gedoe' dat de wijze van financieren telkens

*Ik ben blij met de betrokkenheid van de gemeente, die proberen het echt te snappen en goed in te richten. Je merkt wel dat ze willen dat alles via hen gaat, ze willen toch liever niet dat de huisarts zelf verwijst. Die geeft een indicatie van een jaar af en dan hebben ze er geen grip meer op. Het is wel lastig als ze zich inhoudelijk te veel willen bemoeien, dat ze alles weer over willen doen, maar ik vind het wel goed dat ze kritisch zijn, dat zet ons ook weer op scherp. En ik hoor ook wel verhalen dat er heel makkelijk gedeclareerd wordt. Dus de triage die we nu in de pilot hebben ingericht, waarbij de gemeente heel kritisch meekijkt, is wel goed. Voor de client is het lastig, weer een schakel erbij, die snapt vaak ook niet waarom de gemeente erbij moet.*  
Zorgaanbieder

verandert, maar hebben niet het idee dat dat op de inhoud of omvang van het werk veel invloed heeft. Van meerdere respondenten horen we terug dat er inhoudelijk goed kan worden samengewerkt met de gemeente en dat er echt wordt gekeken wat er nodig is. 'Ik snap ook wel dat er grenzen gesteld worden. Ik ben



al heel blij dat de gemeente vaktherapie betaalt, dat doet ook niet iedere gemeente', vertelt een aanbieder.

**Zwaardere problematiek** Sommige aanbieders zien de problematiek toenemen, hetzij specifiek voor de door hen bereikte gezinnen, hetzij in het algemeen. 'Als je dan op maat hulp wil verlenen, ga je al snel wat langer door', vertelt een aanbieder. Anderen zien geen verschil met de afgelopen jaren, behalve misschien bij problematische echtscheidingen, of het moeilijk kunnen verdragen van ongemak door ouders.

*Doorlooptijden moet je in het geheel bekijken, niet bij een enkele aanbieder. Als wij korter behandelen en het is niet voldoende, dan plopt het elders weer op, dan helpt het nog niet. Dus het gaat altijd om doorlooptijd in de hele keten. Als een client te lang in het voorliggend veld blijft moeten we weer herstellen, en als er geen mogelijkheden tot afschalen zijn, blijven ze ook langer bij ons.*  
Zorgaanbieder

**Af- en opschalen** Een goede inschatting van wat er nodig is, dus goede mensen aan de voordeur (zowel in de vorm van een lokaal team, als een POH bij de huisarts) en een goede samenwerking 'in het veld', zijn van invloed op de lengte van de trajecten. Als zwaardere zorg niet bereikbaar is, en als het lokale team niet overpakt, dan gaan aanbieders eerder zelf langer door. Goede samenwerking in de breedte, bijvoorbeeld als er ook sprake is van schulden, slechte huisvesting, of een echtscheiding, kan een traject ook verkorten, in de zin dat ieder dan vanuit de eigen

expertise een inzet pleegt.

**Technische redenen** In de nieuwe financieringsvorm is zelf afsluiten niet persé nodig. 'Ik sluit trajecten niet af via een stopbericht als het niet persé hoeft. Na 6 maanden stopt het automatisch, dus dat laat ik nu gewoon doorlopen, scheelt mij weer tijd', vertelt een aanbieder. Dit heeft invloed op de gemiddelde duur van de doorlopen indicaties. De gemeente vraagt aanbieders wél direct af te sluiten bij beëindiging zorg.

Daarnaast zijn door een nieuwe vorm van financieren, bepaalde trajecten afgesloten en andere opgestart (zelfde zorg onder een andere naam). Ook wordt door twee aanbieders die we spraken niet altijd alle zorg gedeclareerd, vanwege het gedoe van een nieuwe indicatie aanvragen.

Genoemde redenen staan in verband met de gemeentelijke administratie (duur van de indicaties). Het is niet duidelijk in hoeverre dit een effect heeft gehad op de aanlevering aan CBS.

*Zelf doe ik ook wel eens 1 of 2 behandelingen extra, ik ga voor die 2 keer dan geen nieuwe beschikking aanvragen. Ik vind het dan belangrijk om goed afscheid te nemen, daar maak ik tijd voor. Een kind dat ik ging overdragen omdat ie elders beter op z'n plek zou zijn, komt nog steeds bij me lunchen, ik kan die niet zomaar niet meer zien, als je zoveel moeite hebt gedaan om elkaar te leren kennen en vertrouwen op te bouwen. Dat is wel eigen aan mensen die in een eigen praktijk werken ja, dat hoor ik van collega's ook. We zijn bevlogen mensen, en we leveren wat er nodig is.*  
Zorgaanbieder

**Kwaliteit en veelheid van het hulpaanbod** De toename van het aantal jeugdhulpaanbieders maakt het zicht op de kwaliteit die wordt geboden lastiger, vinden aanbieders. 'Oudere' aanbieders zijn ook kritisch op het gemak waarmee nieuwe aanbieders zich als deskundige in de markt positioneren. Ook spreken een aantal aanbieders het vermoeden uit dat anderen makkelijk omgaan met het 'in de top' declareren.



**Neiging om door te gaan met hulpverlening** Het beperken van de hulpverleningstijd vraagt om actief onderhoud, zegt een aanbieder. Medewerkers snappen dat er keuzes gemaakt moeten worden, maar hebben vanuit zichzelf eerder de neiging om nog door te willen gaan, ten behoeve van nog betere resultaten of nazorg. 'Sturen op doorlooptijden moet je actief onderhouden want anders zakt het weg uit de aandacht. Dat is ook logisch'.

**Relatie tot verblijf** Er is door een aanbieder die we spraken fors afgebouwd op het aantal verblijfsplaatsen, en geïnvesteerd op het verkorten van de duur. 'Voorheen verbleven jongeren soms jarenlang op de verblijfsvoorzieningen, dat is nu echt niet meer zo, de gemiddelde doorlooptijd is nu 1,5 jaar'. Het voorkomen van verblijf kan leiden tot langere en meer trajecten ambulante. Een aanbieder vertelt: 'Die ene client die ik al zo lang behandel trekt de gemiddelde doorlooptijd omhoog. Dat gaat

*Voorheen hadden we pxq financiering, dat was overzichtelijk, je declareerde wat je deed. Ik vind het systeem van trajecten, met 2 maanden declareren in 6 maanden tijd best lastig. Soms heb ik aan drie gesprekken genoeg, dan voelt het gek om de volle mep te declareren, maar soms ga ik er ook ver over heen. Nu heb ik zelf maar een soort overzicht gemaakt om het ene tegen het andere weg te strepen, want ik wil het in totaal wel fair houden.*

Zorgaanbieder

om een kind met FAS (foetaal alcohol syndroom). Die woont in een pleeggezin en vertoont moeilijk gedrag. De pleegouders houden het vol, mede omdat ik met het kind blijf werken. Ik werk al sinds 2004 met dit gezin. Ter voorkoming van zwaardere zorg houden we dit zo vol. Ik heb nu twee keer een indicatie van 2 jaar gekregen. Dat is bij hoge uitzondering.' Verblijf in Gemeente C is qua unieke jongeren fors hoger dan in de regio, en iets hoger dan het landelijk percentage. Het aantal trajecten verblijf is juist lager, wat erop duidt dat jongeren minder verhuizen van plek naar plek.

**Intensiteit** praten over de duur van trajecten, zonder de intensiteit ervan te bepalen, heeft weinig zin, horen we terug van aanbieders. Belangrijker is het aantal afspraken binnen een bepaalde indicatieperiode. 'Of ik daar nou iets langer over doe, omdat ik de laatste paar afspraken niet elke week, maar om de paar weken plan, maakt dan niet zoveel uit', zegt de een. 'De intensiteit van zorg is in onze sturing meer leidend geweest', vertelt een andere zorgaanbieder. 'Die is gelijk gebleven'.

*Belangrijkste aandachtspunten:*

- *Kijk naar doorlooptijden in de hele keten, want het gaat erom duurzame, effectieve hulp te bieden, dat hangt niet af van 1 aanbieder*
- *Hou oog voor relatie met intensiteit. In sommige gevallen kan het beter zijn om minder frequent heel langdurige hulp te bieden, dan is een lange doorlooptijd juist goed.*

Zorgaanbieder

### *Beantwoording onderzoeksvragen Gemeente C:*

1. *Zijn de verschillen in trajectduur tussen gemeenten te verklaren uit de (on)betrouwbare registratie, populatieverschillen, sociaal economische omstandigheden of andere moeilijk te beïnvloeden factoren?*

Nee. De populatie is niet herkenbaar veranderd. Wel relatief zwaar, qua problematiek en sociaal economische omstandigheden.

2. *Is de toename van trajectduur van toepassing voor alle jeugdigen die uitstromen of zijn er verschillen? (grote groep met kleine toename of kleine groep met grote toename).*



We hebben geen cijfers die daarop wijzen. Uit de interviews kunnen we opmaken dat in sommige gevallen een langer duur als gunstig kan worden beschouwd en in andere gevallen niet.

- 3. Zijn de verschillen te verklaren uit maatschappelijke omstandigheden die de problematiek bij jongeren in deze regio's heeft verzaagd in de periode 2016-2019?*

Sommige aanbieders zien de problematiek toenemen. Dat vormt geen verklaring voor een kortere duur in Gemeente C.

- 4. In welke mate zijn de verschillen in trajectduur te verklaren in doordat het CIZ en zorgverzekeraars de Jeugdwet als voorliggend beschouwen op aanspraken voor de Wlz en Zvw?*

We hebben onvoldoende aanwijzingen hiervoor gevonden.

- 5. In welke mate is de toegenomen trajectduur te verklaren uit bekostigingsvorm, inkoopinstrumenten als open house of verlaagde tarieven?*

De bekostigingsvorm en wijze van verantwoorden kan van invloed zijn op de trajectduur, uitgaande van de duur van de indicaties van de gemeente. Voor de CBS cijfers heeft dat geen effect. Verder hebben we geen aanwijzingen gevonden dat de vorm van bekostiging een rol speelt, behalve dat de hoeveelheid aanbieders groter is geworden, wat een goede samenwerking in de keten bemoeilijkt. Aanbieders laten zich positief uit door de relatie tot de gemeente, die vanuit de inhoud meekijkt. Dat heeft mogelijk effect op de duur van de trajecten.

- 6. Wordt er meer, en door wie, verwezen naar ambulante jeugdhulp op locatie van de aanbieder?*

Er wordt minder verwezen naar ambulante hulp op locatie, aangezien het aantal trajecten is gedaald. Qua verwijsgedrag zien we dat het lokale team meer, en de GI en de medisch specialist minder naar ambulante jeugdhulp, niet uitgevoerd door het wijkteam, heeft verwezen, wanneer we 2016 en 2019 vergelijken (zie cijfers aan het eind van de bijlage). We hebben geen redenen gevonden dat dit verband zou houden met de duur van de trajecten.

- 7. Is de lengte in de trajectduur tussen gemeenten te verklaren uit de organisatie van het aanbod van jeugdhulp zonder verblijf?*

Door een veelheid van aanbieders is de samenwerking lastiger, mede vanwege een moeilijker zicht op de geboden kwaliteit.

- 8. Hangen verschillen in duur samen met wijzigingen in intensiteit van de hulp?*

Intensiteit is een belangrijk gegeven naast de duur van trajecten.

- 9. Hangen de verschillen samen met langer/korter verblijf?*

De duur van ambulante trajecten is gedaald, de duur van verblijf ook, het aantal unieke jongeren met verblijf is hoger dan in de regio en dan landelijk, maar wel gedaald. Aanbieders vertellen bedden te hebben afgebouwd, en de duur te hebben verkort. Dat heeft niet geleid tot langere trajecten ambulante jeugdhulp.

- 10. In welke mate komen de verschillen overeen met het regionale beeld?*

Qua aantallen verschilt de gemeente ten opzicht van de regio, qua trendrichting is het beeld enigszins vergelijkbaar.

### Concluderend

De duur van de trajecten is op basis van de CBS cijfers gedaald met 79%. Het gemiddeld aantal dagen in 2019 is 386 dagen, dat is bijna op het landelijk gemiddelde van 363 dagen. De dalende trend wordt door Gemeente C in eerste instantie niet herkend. Bij een doorrekening bleek dit wel het geval, hoewel



cijfers over dagbehandeling juist een andere richting op wijzen. Aanbieders herkennen de cijfers deels, of niet, uit de eigen administratie. Het aantal dagen is moeilijk vergelijkbaar, omdat de gemeente rekent in indicaties.

Als we er vanuit gaan dat de trendcijfers een juiste richting aanwijzen, dan zijn de meest aannemelijke genoemde redenen die van invloed kunnen zijn daarop:

- Goede samenwerking in de keten
- Sturing op inhoud door de gemeente
- Besef van beperkte middelen bij aanbieders, al dan niet versterkt door wachtlijsten en krapte
- Hoger verblijf qua unieke jongeren dan het regionaal en landelijk percentage

### Tabellen

		2016	2017	2018	2019*
JH 12 Totaal jeugdhulp in natura	Nederland	8,5	9	9,3	9,6
	Gemeente C	8,7	8,7	7,9	7,9
	Regio C	7,9	8,1	8,5	8,2
JH 121 Totaal jeugdhulp zonder verblijf	Nederland	8,1	8,5	8,8	9,1
	Gemeente C	8	8,1	7,4	7,4
	Regio C	7,4	7,6	8,1	7,8
JH 1211 Uitgevoerd door wijkteam	Nederland	1,4	1,8	1,9	1,8
	Gemeente C	0,4	0,4	0,3	0,6
	Regio C	0,5	0,5	0,5	0,5
JH 12121 Ambulante JH op loc. aanbieder	Nederland	6	6,3	6,3	6,6
	Gemeente C	6,8	6,5	5,9	5,7
	Regio C	6,2	6,3	6,7	6,3
JH 12122 Daghulp op locatie aanbieder	Nederland	0,6	0,6	0,6	0,7
	Gemeente C	0,9	1	0,9	0,9
	Regio C	0,7	0,8	0,7	0,7
JH 12123 JH in het netwerk v.d. jongere	Nederland	1,3	1,3	1,6	1,8
	Gemeente C	1,7	1,8	1,7	1,4
	Regio C	1,2	1,2	1,3	1,3

		2016	2017	2018	2019*
JH 122 Totaal jeugdhulp met verblijf	Nederland	1	1	1	1
	Gemeente C	1,2	1,3	1	1,1
	Regio C	0,9	1	0,8	0,8

		2016	2017	2018	2019*
JB 1 Totaal jeugdbescherming	Nederland	1,2	1,2	1,2	1,2
	Gemeente C	1,1	1	1	1
	Regio C	0,9	0,9	0,9	1
JR 1 Totaal jeugdreclassering	Nederland	0,5	0,4	0,4	0,4
	Gemeente C	0,5	0,4	0,4	0,4
	Regio C	0,3	0,3	0,3	0,3



## Partners in Jeugdbeleid

Jeugdhulptrajecten in natura; verwijzer, regio (gemeente)	stijging tov 2016			stijging tov 2016			stijging tov 2016		
	Nederland			Gemeente C			Regio C		
	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019
Verwijzer Jeugdzorg: Totaal verwijzer									
Totaal jeugdhulptrajecten in natura	108%	111%	115%	99%	88%	84%	102%	105%	99%
Totaal begonnen trajecten	102%	116%	98%	97%	89%	76%	95%	96%	79%
Totaal beëindigde trajecten	133%	108%	120%	105%	91%	87%	102%	93%	93%
Totaal duur van de beëindigde trajecten	133%	108%	120%	105%	91%	87%	102%	93%	93%
0 tot 3 maanden	120%	98%	97%	95%	86%	83%	84%	82%	78%
3 tot 6 maanden	124%	99%	100%	98%	88%	85%	97%	86%	96%
6 maanden tot 1 jaar	142%	105%	116%	113%	110%	87%	116%	105%	92%
1 tot 2 jaar	130%	111%	152%	102%	76%	102%	91%	87%	104%
2 tot 3 jaar	248%	213%	218%	155%	82%	91%	158%	114%	121%
3 tot 4 jaar	138%	279%	284%	120%	100%	100%	144%	181%	138%
4 jaar of langer	123%	121%	190%	67%	75%	42%	84%	70%	65%
Niet uitgevoerd door wijk- of buurtteam Totaal duur van de beëindigde trajecten	131%	101%	118%	111%	95%	87%	105%	95%	96%
0 tot 3 maanden	120%	92%	91%	91%	88%	74%	82%	84%	77%
3 tot 6 maanden	120%	94%	98%	109%	97%	91%	99%	88%	101%
6 maanden tot 1 jaar	143%	102%	117%	125%	122%	92%	123%	108%	95%
1 tot 2 jaar	125%	103%	163%	105%	72%	105%	95%	90%	113%
2 tot 3 jaar	210%	166%	192%	160%	70%	70%	167%	97%	103%
3 tot 4 jaar	140%	225%	242%	150%	125%	75%	173%	182%	145%
4 jaar of langer	137%	132%	194%	70%	80%	40%	96%	76%	60%

Toelichting op 'verwijzergedrag':

Het totaal aantal verwijzingen van de betreffende verwijzer is 100%, in de kolommen staat de verhoudingen van de 'eigen' verwijzingen.

	Verwijzergedrag Gemeente C 2016		
	Uitgevoerd door het wijk- of buurtteam	Niet uitgevoerd door wijk- of buurtteam	Totaal jeugdhulp met verblijf
Totaal verwijzer	3,6%	84,5%	11,9%
Gemeentelijke toegang	11,7%	70,6%	17,8%
Huisarts		98,5%	1,5%
Jeugdarts		100,0%	
Gecertificeerde instelling		61,5%	35,9%
Medisch specialist		96,2%	3,8%
Rechter, Officier van Justitie, ...			
Geen verwijzer	3,6%	98,2%	
Verwijzer onbekend		71,1%	28,9%





## Partners in Jeugdbeleid

	Verwijzergedrag 2019 Gemeente C		
	Uitgevoerd door het wijk- of buurtteam	Niet uitgevoerd door wijk- of buurtteam	Totaal jeugdhulp met verblijf
Totaal verwijzer	5,9%	82,0%	12,1%
Gemeentelijke toegang	10,7%	74,3%	15,0%
Huisarts		98,8%	1,2%
Jeugdarts		95,7%	
Gecertificeerde instelling	6,6%	54,1%	41,0%
Medisch specialist		90,0%	10,0%
Rechter, Officier van Justitie, ...			
Geen verwijzer		95,0%	
Verwijzer onbekend			

Jeugdzorgtrajecten		trend tov 2016 in %		
		2017	2018	2019*
JH 12 Totaal jeugdhulp in natura	Nederland	108%	111%	115%
	Gemeente C	99%	88%	84%
	Regio C	102%	105%	99%
JH 121 Totaal jeugdhulp zonder verblijf	Nederland	109%	112%	117%
	Gemeente C	99%	89%	83%
	Regio C	102%	106%	100%
JH 1211 Uitgevoerd door wijkteam	Nederland	132%	134%	129%
	Gemeente C	95%	82%	136%
	Regio C	87%	84%	98%
JH 12121 Ambulante JH op loc. aanbieder	Nederland	106%	106%	111%
	Gemeente C	96%	87%	80%
	Regio C	102%	109%	100%
JH 12122 Daghulp op locatie aanbieder	Nederland	107%	111%	115%
	Gemeente C	113%	96%	96%
	Regio C	113%	102%	96%
JH 12123 JH in het netwerk v.d. jongere	Nederland	98%	124%	136%
	Gemeente C	109%	99%	78%
	Regio C	102%	106%	104%
JH 122 Totaal jeugdhulp met verblijf	Nederland	107%	97%	97%
	Gemeente C	99%	84%	85%
	Regio C	104%	91%	91%
JB 1 Totaal jeugdbescherming	Nederland	99%	100%	103%
	Gemeente C	96%	83%	87%
	Regio C	102%	97%	108%
JR 1 Totaal jeugdreclassering	Nederland	96%	92%	90%
	Gemeente C	85%	85%	100%
	Regio C	94%	99%	96%



## Bijlage 4. Deelrapport Gemeente D

Gemeente D is in verband met dit onderzoek interessant vanwege een hoog gemiddeld aantal dagen, en met een dalende trend (tot 2018) in de gemiddelde trajectduur. In 2019 is het weer iets gestegen, maar nog altijd lager dan in 2016.

De trend in de gemeente wijkt sterk af van de trend in de regio, hoewel ook daar het gemiddeld aantal dagen hoger is dan het landelijk gemiddelde.

Jeugdhulp zonder verblijf, ambulante jeugdhulp op locatie van de aanbieder							
	2017 %			2018 %		2019 %	
	2016	2017	tov 2016	2018	tov 2016	2019	tov 2016
Gemeente D	692	635	91,8	553	79,9	615	88,9
Regio D	435	526	121%	504	116%	564	130%
Nederland	290	318	109,7	335	115,5	363	125,2

### Algemeen

Gemeente D is een gemeente met meer dan 100.000 inwoners. Ze laat zich op basis van de CBS cijfers omschrijven als afwijkend van het gemiddelde.

De gemeente kent bijna evenveel mannen als vrouwen en een bijna gemiddeld aantal jeugdigen (per leeftijdsgroep een paar procentpunt afwijkend, in totaal tot en met 20 jaar zijn er in Gemeente D 21% jongeren, versus landelijk 22%. Het is met 1% gedaald ten opzicht van 2016). Ook in absolute cijfers is het aantal iets gedaald.

De totale bevolking neemt in 2018 licht af (-0,7%), terwijl die in Nederland groeit met 5,9%. De krimp zie je ook in 2017(-2,8%) en 2016(-0,9%).

Het aantal gescheiden inwoners is relatief iets hoger dan het landelijk gemiddelde (9,2% NL vs 10%). Er zijn relatief meer huishoudens met kinderen (32,9% NL vs 33,3% in 2019). Er wonen relatief gezien bijna de helft minder mensen met een migratieachtergrond in Gemeente D (23,6% NL vs 12,2%). Relatief veel mensen ontvangen een uitkering (tot de AOW leeftijd: 8,5% NL vs 11,7%).

Met name het lagere aantal eenpersoonshuishoudens, het lage aantal mensen met een migratieachtergrond en het hoge aantal inwoners met een uitkering vallen op qua populatiegegevens.

'We kennen een oude tweedeling in de stad, waarbij de ene helft van de gemeente op indicatoren van 'waarstaatjegemeente' volledig rood kleurt. Dat gaat over armoede, verslaving, lvb en intergenerationele problematiek', aldus de beleidsmedewerker gemeente. Ook sommige (maar niet alle) zorgaanbieders zien een afwijkende bevolkingsopbouw.

Niemand benoemt dat er grote veranderingen zijn opgetreden', met uitzondering van een toename van jongeren. 'Ik zie nu dat de groep van 15-17 jarigen toeneemt, dat is een risicogroep, gevoelig voor verslaving', aldus de gemeente.

### Inrichting zorglandschap jeugdzorg

De toegang tot jeugdhulp door de gemeente is ondergebracht bij een zelfstandige stichting die ook de toegang tot WMO en schuld- en dienstverlening verzorgd. De lokale teams zijn beschikbaar voor consultatie en advies. Ze doen aan vraagverheldering, zoeken samen met de inwoner naar geschikte



oplossingen, eventueel in de vorm van het indiceren van gespecialiseerde jeugdhulp. Ook kan het lokale team regievoeren in hulpverleningstrajecten. Het verleent zelf geen hulp.

*In 2015 starten we met een financiering die leek op de oude AWBZ, pxq urentarief. Toen in 2017 naar een financiering in trajecten, met een omvang in aantal uren per week voor een bepaalde periode. Daar kreeg je dan 1 bedrag voor. Soms kon je stapelen met bouwstenen (andere producten binnen het contract). Dat is ook de verklaring waarom CBS trajecten langer zijn dan gemeentelijke informatie. In 2019 zijn we overgegaan van trajectbouwstenen naar maandbouwstenen.*  
Zorgaanbieder

Bij de huisartsen zijn jeugdverpleegkundigen ondergebracht ten behoeve van een extra uitvraag bij gezinnen. 'Nu missen we nog laagdrempelig aanbod als vervolg daar. Dat gaan we ontwikkelen', aldus de gemeente.

Gemeente D benadrukt het belang van een lokale insteek als het gaat om transformeren en is niet helemaal gelukkig met de verplichte regionale inkoop. "Andere gemeenten hebben gewoon andere vraagstukken'. Dat Gemeente D afwijkt van de omringende gemeente, wordt ook uit de CBS cijfers zichtbaar (zie parafen over cijfers unieke jongeren en aantal trajecten).

Binnen de regio werken twee subregio's samen met betrekking tot de inkoop van jeugdhulp. Er zijn ongeveer 180 aanbieders gecontracteerd, waarvan 50 ook daadwerkelijk iets doen in de gemeente.

De wijze van contractering is een aantal keren gewijzigd. Er werd gestart met een financiering via pxq in maandafspraken, daarna in trajecten en sinds 2020 wordt er in een poging om meer zicht en grip te krijgen, via pxq met een omzetbegrenzing gecontracteerd en gedeclareerd. 'Tot 2019 contracteerden we alles pxq, voor de lichtere vormen hadden trajectprijzen, daar werd geen gebruik van gemaakt, alles werd als specialistisch gedeclareerd', vertelt de beleidsmedewerker gemeente.

*Verlengde jeugdhulp is niet eenvoudig te krijgen, het is jammer dat daar zoveel gesprek over moet plaatsvinden, als je geconstateerd hebt dat er hulp nodig is, ben je vervolgens aan het steggelen uit welke middelen dit moet worden betaald (Jeugdwet of WMO).*  
Zorgaanbieder

Er wordt nu gewerkt met langdurige contracten voor de 5 grootste, tot tevredenheid van de zorgaanbieders. 'We hebben nu een contract van 8 jaar, dat geeft rust, voorheen was het 2 jaar met verlengingen'. Voor de lichtere vormen van zorg, begeleiding wordt via open house contracten afgesloten, ook dat via pxq.

Er is op bestuurlijk niveau een goede samenwerking in de regio, ambtelijk liggen er lastige vraagstukken, mede ingegeven door het feit dat de populatie in Gemeente D een relatief eigen vraagstuk geeft. De regio heeft stevig ingezet op de transformatiedoelen. 'Er wordt te vaak jeugdhulp, in de vorm van begeleiding of behandeling van het kind ingezet als het gaat om maatschappelijke problemen, als armoede en schulden. We zouden willen dat jeugdhulpaanbieders meer met oog voor

die context een gezin benaderen. Daar hebben we in ons transformatieakkoord ook afspraken over gemaakt', vertelt de gemeente.

*Sinds we voor de WMO met lumpsumbekostiging werken, zeggen aanbieders niet meer dat alles specialistisch is. Helaas hebben we dat voor jeugd niet voor elkaar in de regio.*  
Gemeente



## Partners in Jeugdbeleid

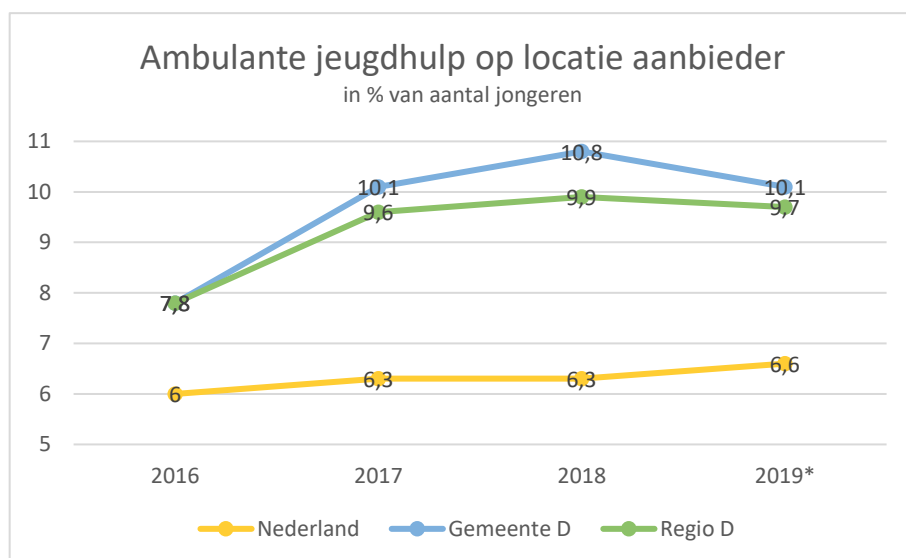
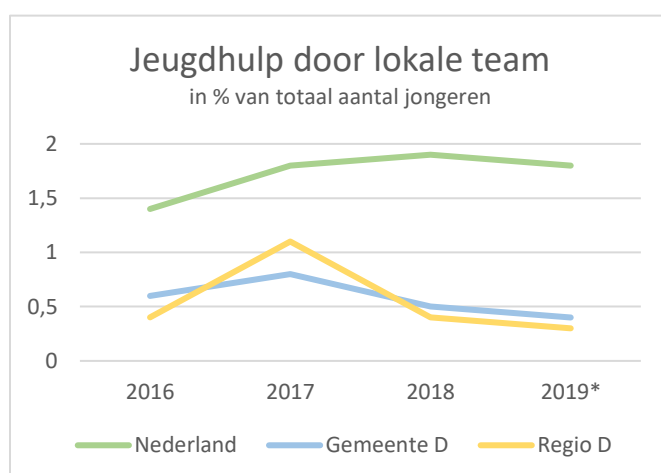
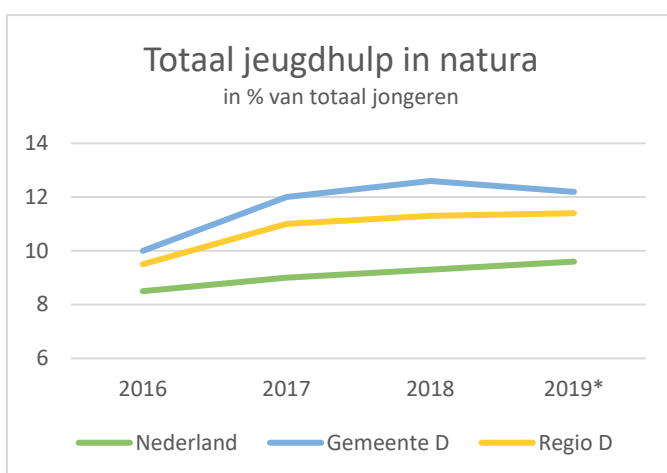
### Jeugdhulp

Het gebruik van jeugdhulp, qua aantallen jongeren, is in Gemeente D fors hoger dan het landelijk gemiddelde en hoger dan dat in de regio. Dat is met name op conto te schrijven van ambulante jeugdhulp op locatie van de aanbieder en het hogere verblijf. Dat laatste is ook hoger dan het regionale percentage en stijgend. Ook op jeugdbescherming scoort Gemeente D aanzienlijk hoger dan de regio en in vergelijking met het landelijk percentage.

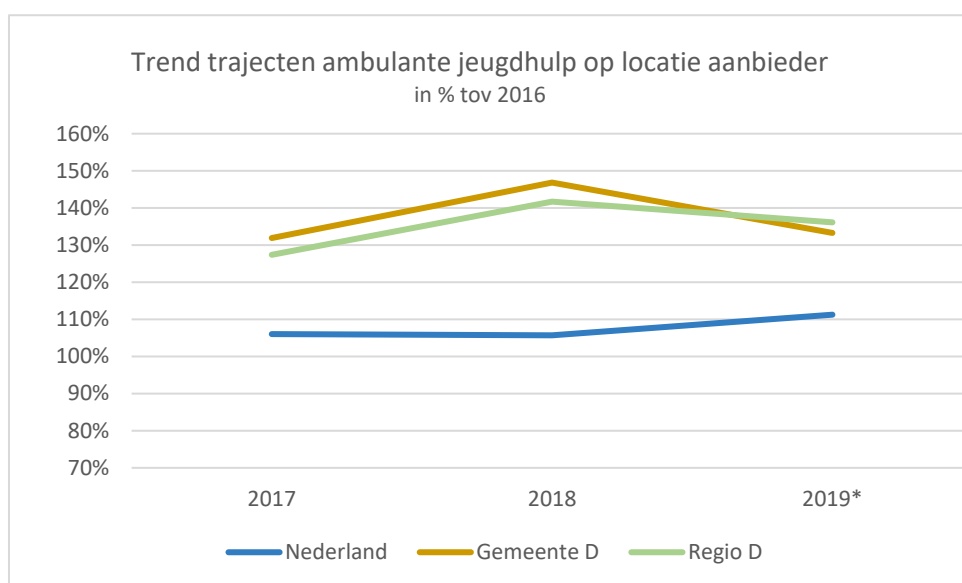
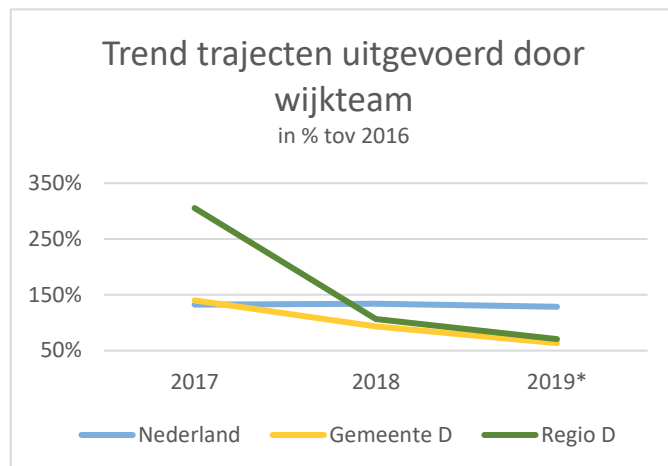
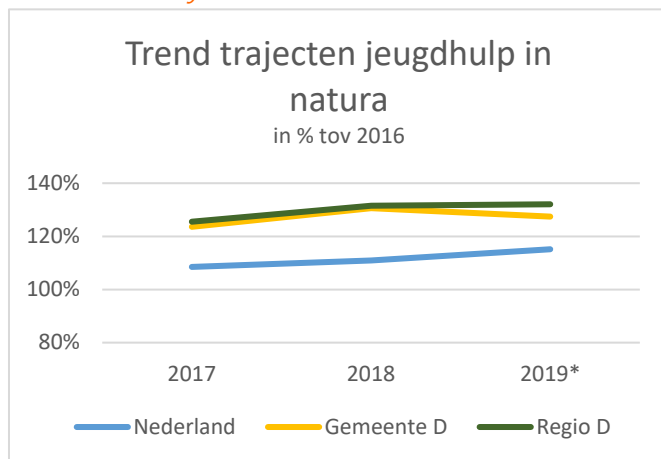
Hulp door het lokale team is fors lager dan het landelijke gemiddelde. Het beeld is vergelijkbaar met dat in de regio.

*Ik kan de verschillen ten opzichte van de regio moeilijk duiden, onze teams werken wel hetzelfde. Gemeente D is wel extra kritisch op het afgeven van een beschikking, dat zie je misschien terug in de cijfers.*

Zorgaanbieder



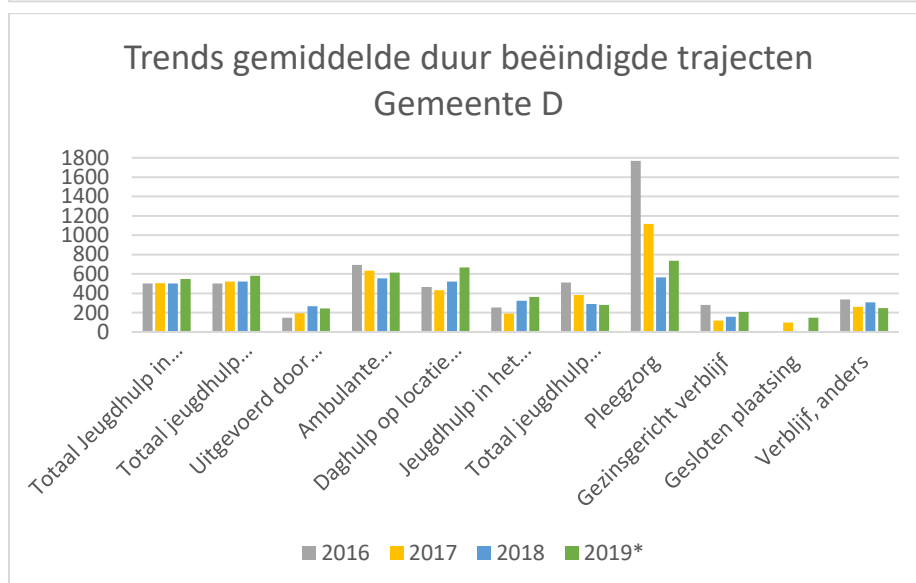
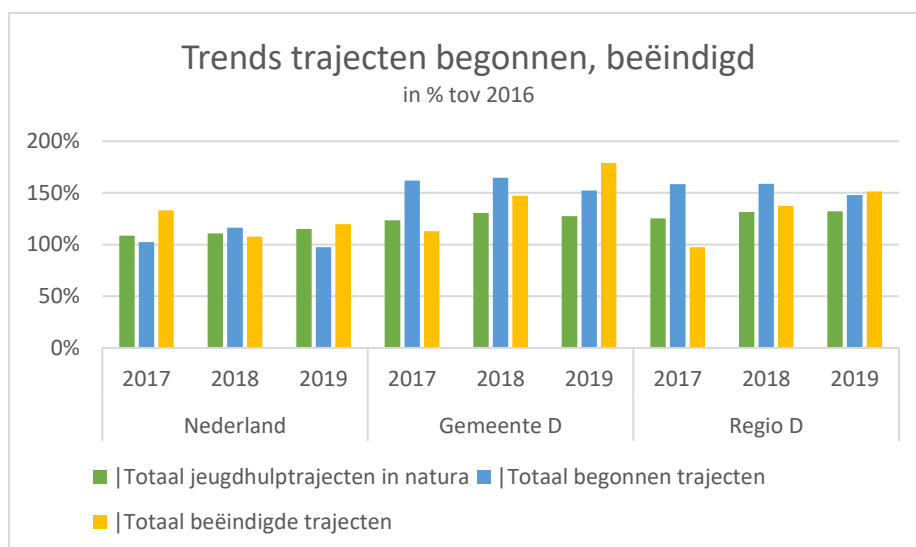
Duur van de trajecten



Ook de trend in het aantal trajecten in Gemeente D ten opzichte van 2016 is sterk afwijkend van het landelijk gemiddelde, en vergelijkbaar met dat in de regio. In 2017 is het aantal trajecten uitgevoerd door het wijkteam in de regio explosief gestegen en in de jaren erna weer gedaald, tot onder het niveau van 2016. In Gemeente D is de trend dalend, maar minder sterk. Het totaal aantal trajecten uitgevoerd door het wijkteam is in 2019 bijna de helft minder dan in 2016. Dat is een vergelijkbeeld met de trend in unieke cliënten.

De gemiddelde duur van de trajecten wordt bepaald op basis van de afgesloten trajecten. Er worden landelijk – ten opzichte van 2016- minder trajecten begonnen (blauwe balk), meer trajecten afgesloten (gele balk) en toch stijgt het totaal aantal trajecten (groene balk). Gemeente D en regio D laten een vergelijkbaar beeld zien in 2017 en 2018 (qua wijzigingen ten opzichte van 2016). In Gemeente D zijn de verschillen groter, dat effect is met name in 2019 te zien. Het aantal begonnen trajecten in alle drie jaren is fors hoger dan in 2016, het aantal beëindigde trajecten ook. Ook het totaal aantal trajecten is hoger dan in 2016.





De gemiddelde duur van de trajecten is hoger dan het landelijk gemiddelde, en dalend tot en met 2018 wat betreft ambulante jeugdhulp op locatie van de aanbieder. In 2019 stijgt die weer. De gemiddelde duur van verblijf daalt, waarbij vooral de grote afname bij pleegzorg opvalt.

Gemeente D is geschrokken van het inzicht dat het tot de top van gemeenten met langdurende trajecten behoort, maar herkent wel het beeld.

De gemeente heeft de duur van de indicaties in 2019 berekend en komt op een gemiddelde van 331 dagen. Dat is lager dan de CBS cijfers omdat het is gebaseerd op indicaties. Er worden soms meerdere indicaties achter elkaar afgegeven.

Dat de trajectduur is gedaald werd niet door alle aanbieders, maar wel door sommige die we spraken herkend. Sommigen zien in de eigen cijfers zelfs een (lichte) stijging van de trajectduur. Behandelingen duren korter (genoemde aantallen van gemiddelden lagen tussen de 6 en de 10 maanden), begeleiding kan langer duren. Daarnaast vragen ze aandacht voor een differentiatie in een normering van het onderwerp: soms is een kortere trajectduur wenselijk, maar soms een langere.



We hebben met aanbieders en gemeente, uitgaande van deze differentiatie, verkend welke factoren van invloed zijn op een langere, dan wel kortere trajectduur.

### Redenen voor een langere of kortere trajectduur

**Problematiek jeugd** 'De stijging heeft te maken met een verschuiving naar zwaardere problematiek, waardoor we iets meer in het hoge niveau doen (kijkend naar het ambulante aanbod), dat duurt dan ook wat langer', vertelt een aanbieder. Dat gaat volgens diezelfde aanbieder niet zozeer om een verergering van de problematiek van de jeugd in de afgelopen jaren (hoewel dat over een langere periode wel zichtbaar is), maar over een verschuiving in de doelgroep. De organisatie richt zich meer de meest zware problematiek. Eenzelfde geluid horen we van een ander aanbieder. 'Voorheen deden we 'alles', sinds een half jaar hebben we echt een focus aangebracht op wat onze propositie is: onze taak en toegevoegde waarde in het zorglandschap. We verwachten dat de gemiddelde duur daardoor zal gaan stijgen, omdat we de zwaarste doelgroep bedienen. Dus bij ons gaat prijs, duur en intensiteit stijgen, maar bij anderen zal dat omlaag moeten gaan, omdat zij ook een focus hebben aangebracht, op de lichtere problematiek. Er werd soms ook te lang onnodig doorbehandeld', aldus de aanbieder. Aanbieders benoemen ook dat ze door verwijzers beter gevonden worden op hun expertise. 'Dat is ook een rare spagaat. Aan de ene kant moedigt de gemeente ons aan tot specialisatie en wil tegelijk dat we goedkoper werken', vertelt een aanbieder.

*Deze gemeente is ook een gemeente, met een bijzondere populatie, armoede over generaties heen, laaggeletterdheid, criminaliteit, veel schooluitval. Kinderen die met 5,6 jaar al uit school uitvallen, die gaan dan naar de dagbehandeling en als je niet uitkijkt hou je die een levenslang in zorg.*

Zorgaanbieder

Afhankelijk van de problematiek duurt een traject ook korter of langer. 'Zeker als de ouders een

*De laatste 2,3 jaar zien we meer mensen met een migratieachtergrond, vaker uit het AZC, daar speelt veel trauma. Misschien komen die nu vaker bij ons omdat de jeugdhulp ook naar de gemeente is gegaan in 2018?*

Zorgaanbieder

verstandelijk beperking hebben, duren trajecten langer, daar moet je lang blijven', vertelt een aanbieder.

De beleidsmedewerker van de gemeente vertelt dat er bij aanvang in 2015 10% van de gezinnen er sprake was van meervoudig complexe problematiek. Meer dan 20 jongeren zaten langdurig in een gesloten setting.

**Sturing door gemeente** Mogelijk speelt een geschiedenis van lang hulpverlening in de regio een rol. De trajecten waren bij aanvang in 2015 al lang. 'Ik ken niet precies de geschiedenis hier, maar ik herken het beeld dat je, als je eenmaal in aanraking komt met jeugdhulp, er weer moeilijk vanaf komt', vertelt de beleidsmedewerker gemeente. 'We zagen echt wel een gemak om te verlengen. Dat er voor een derde jaar op rij om een indicatie voor verblijf werd gevraagd. We zijn het gesprek over trajecten van 8 jaar verblijf wel gaan voeren. Maar echt sturen op afsluiten? Deden we dat maar'.

Het aantal indicaties begeleid wonen in de gemeente is afgenomen. Verlengde jeugdhulp is gedaald, en WMO gestegen. 'We hadden solidariteitsafspraken met andere gemeenten. Die gingen klagen dat zoveel jongeren vanuit onze gemeente verlengde jeugdhulp kregen. Daar zijn we wat aan gaan doen', vertelt de gemeente.

*De gemeente zelf is ook zoekend geweest. In het begin hebben we hen niet echt als een deskundig partner gezien, dan vroegen ze ons: welke indicatie is hier passend? Inmiddels hebben ze dat op orde, en de nodige kennis in huis. Nu moeten wij weer schakelen en de soms arrogante expert positie durven loslaten om echt in samenspraak op te trekken.*

Zorgaanbieder



Aanbieders vertellen ook dat ze ervaren dat Gemeente D kritisch is op het afgeven van indicaties, ook in relatie tot andere gemeenten in de regio. 'De verhouding met de gemeente is echt lastig, daar zit een lemen laag. Mooie woorden aan de bestuurlijke tafel en dan in de praktijk alleen maar drukken op de kosten. Dat geef veel gedoe, eindeloos leuren om een indicatie, mensen die zich ermee gaan bemoeien en het levert weinig geld op (want als het nodig is, dan komt die indicatie er uiteindelijk wel, je bent er alleen onnodig lang mee bezig)', aldus een aanbieder.

*Mijn baan staat inmiddels in het teken van indicaties aanvragen en met de gemeente in gesprek gaan. We zijn nu goed gericht bezig, maar dat vechten en dat afleidend gedoe om je geld binnen te halen vind ik jammer.*

Zorgaanbieder

Deze sturing door de gemeente zou een verklaring kunnen vormen voor het afwijkende beeld van de gemeente tot de regio.

Vanuit aanbieders wordt er sturing door de gemeente op indicaties ervaren, in de zin dat die liever iets kortere indicaties afgeeft, om dan weer te beoordelen wat er nodig is 'Gemeente D stuurt erg op het afgeven van de juiste indicaties. Achter de toegang medewerker zit nog een controller om die te beoordelen. Dat geeft soms wel spanning ja. Het kost relatief veel tijd om je ertoe te verhouden. We snappen ook het gemeente perspectief. Deze gemeente heeft behoorlijk wat zorgvragende inwoners, en heeft last van de ongunstige uitwerking van de landelijke verdeelsleutel', aldus een zorgaanbieder. In het algemeen spreken aanbieders zich positief uit over de recente ontwikkelingen in de gemeente, waarbij de samenwerking is verbeterd. 'Het helpt ook wel dat de gemeente kritisch is. We zijn nu verenigd in een bestuurlijk transformatieakkoord om de zorg met elkaar betaalbaar te houden, met focus op onderwijs, matched care en betere regie op de zorg, met name voor jongeren die alsmaar overal uitknallen in verblijfslocaties, daar gaan we nu meer de expertise naar de locatie toe brengen, in plaats van de jongere te verhuizen', vertelt een aanbieder.

### Specialistisch aanbod en vragen over

**kwaliteit** De gemeente herkent enerzijds het beeld van de zware problematiek van de jeugd, maar ziet ook een neiging van aanbieders om in het zwaarste segment te declareren, en daarvoor de hulp als

*We hebben nu nieuwe afspraken gemaakt: als er drie jaar lang hulpverlening in een gezin is, of als er meer dan drie hulpverleners in een gezin actief moeten zijn, dan gaan we vanaf nu eerst een pas op de plaats maken en goed evalueren om te bepalen wat er nodig is.*

Gemeente

specialistisch te benoemen. 'Iedereen zegt dat de zwaarste hulp bij hen is. Wie doet dan de lichte hulp?', vraagt de gemeente zich af. Dat beeld wordt niet weersproken vanuit de interviews met aanbieders. We hebben natuurlijk een beperkt aantal aanbieders gesproken.

Tegelijk bestaan er bij aanbieders, en ook bij gemeente, zorgen over de kwaliteit van het aanbod.

Een aanbieder formuleert het scherp: 'De kern van het probleem bij de overschrijdingen is het werken met bouwstenen waarbij iedereen 'alles' kan aanbieden. Daardoor zijn partijen op een hoog interventieniveau met een hoge vergoeding gaan werken die daar niet thuishoren. Teveel kleine aanbieders zijn erbij gekomen, die meer cliënten zijn gaan zien, en hogere vergoedingen kregen dan voorheen. Dat is onterecht, omdat ze werken aan de onderkant van de cliënten populatie met de lichte problematiek. Denk aan zorgboerderijen die van alles zijn gaan doen. Natuurlijk hebben kleine aanbieders een grote meerwaarde in flexibiliteit en op maat kunnen inspringen, maar begeleiding en behandeling moet niet teveel door elkaar heen gaan lopen. Behandeling moet je echt aan de specialist laten'. Een andere aanbieder benoemt juist dat ze aanbod hebben gecreëerd op het grensvlak van zorg een onderwijs, waar ze ingewikkelde doelgroep bedienen, die elders niet terecht kon.





**Relatie met verblijf** Een aanbieder wijst op een mogelijk verband van een langere trajectduur met de afbouw verblijf. De aanbieder zelf heeft geen bedden afgebouwd, maar is wel bewust bezig met zoveel mogelijk ambulante trajecten te bieden. Een andere aanbieder heeft bedden omgebouwd naar meer gezinsgerichte vormen, en ziet een verband hiermee, omdat daarbij aparte ambulante trajecten worden geboden. Voor CBS-cijfers heeft dat geen invloed, omdat in de uitvraag de zwaarste vorm telt. Ook een derde aanbieder die we spraken heeft bedden afgebouwd en vervangen door ambulante inzet, soms met heel compacte, intensieve trajecten om een uithuisplaatsing te voorkomen. Dat er andersom een inhoudelijk verband zou kunnen zijn, dat de duur van de trajecten korter wordt door

*Ook de verwijzer speelt natuurlijk een rol in minder inzet verblijf. Met name als het gaat om crisis zie je (soms) dat er discussie kan ontstaan, dat men graag een opname ziet en wij liever ambulante iets doen. Uiteindelijk kom je er samen wel uit. Laatst kreeg ik spontaan een mail waarin een aantal goede samenwerkingsvoorbeelden in casuïstiek stond, dat was mooi.*  
Zorgaanbieder

een stijging van verblijf, hebben we in de interviews niet gehoord. De CBS cijfers duiden daar wel op. Waarschijnlijk heeft dit ook te maken met het beperkt aantal aanbieders dat we spraken, plus de organisatie overstijgende effecten: de duur kan bij de ene langer worden, en in totaal korter, als gevolg van een strak sturen op korte indicaties ambulante (bij de ene aanbieder, zou verblijf (bij een andere aanbieder) kunnen stijgen. Aantallen qua ambulante jeugdhulp stijgen echter ook, dus de verbanden zijn niet duidelijk.

**Wachlijsten** Door een aantal aanbieders worden wachtlijsten bij andere zorgaanbieders of de jeugdbescherming genoemd als reden voor langere trajecten. Ook de gemeente herkent dat er (minimale) wachtlijsten bij de toegang, en wachtlijsten bij aanbieders zijn. 'Veel aanbieders publiceren dat op hun website, dat kun je gewoon nakijken. Het is met name de GGZ waar dat speelt'.

Ook wachtlijsten bij het lokale team spelen mogelijk een rol. 'De relatie met het lokale team staat wel onder druk door onderbezetting, in de daghulp maak ik het soms mee dat ze geen tijd hebben om een vervolgingindicatie te maken, waardoor een traject onnodig langer duurt bij ons. Ook zag je in het begin nog onduidelijkheid op de vraag wie waarover gaat, dan gaven de medewerkers toegang een indicatie en dan wilde de gemeente hier ook nog iets van vinden', aldus een aanbieder. De gemeente herkent de druk op de toegang, mede door het hoge verloop.

*We zien vaker cliënten waarbij ambulante trajecten niet helpen, omdat er een groot trauma onder zit. Dat is dan verergerd, of komt meer in de weg te zitten door en tijdens het wachten. Daarom hebben we een nieuwe, kort intensieve behandelvorm opgezet.*  
Zorgaanbieder

**Samenwerking intern en in de keten** 'We zetten nu pas behandeling in als eerst de basis in een gezin op orde is (qua dagstructuur, financieren, conflicten in de buurt etc), dan is de behandeling ook effectiever. We starten dus vaak met begeleiding om de voorwaarden op orde te krijgen en daarna wordt de behandeling ingezet. Daarna schalen we sneller af naar 'gezinsbegeleiding', aldus een aanbieder. Dit maakt de trajecten niet persé korter, maar wel goedkoper.

**Intensiteit** het gesprek over de duur van trajecten moet in relatie tot de intensiteit daarvan bekeken worden, vinden aanbieders. Die kan niet altijd nog meer opgevoerd worden, omdat een gezin een maximum aan contacten in een week aankan.



**Grens met andere wetten** Omdat het onderscheid tussen onderwijs en zorg niet altijd eenvoudig te maken was, wordt gewerkt met die financiering die het meest eenvoudig te verkrijgen is. Voor een aanbieder waren dat, zeker bij de start, de onderwijsgeldten. Inmiddels is de verdeling meer in verhouding tot de vraagstukken die er liggen.

Ook de omzetting van jeugdwet naar WMO wordt door een aantal als knelpunt benoemd. 'Het is ook niet goed geregeld qua overgang 18-/18+, want je moet enerzijds vroeg melden dat ze 18 worden, maar je mag pas in gesprek als ze 18 zijn, dan moet je eerst nog een aanvraagprocedure door en dan valt er sowieso een gat. Als een voogd het aanvraagt dan lukt het wel, maar de gemeentelijke toegang houdt het vaak tegen', vertelt een aanbieder. Deze observatie wordt door een andere aanbieder bevestigd. Voor de gemeente is het

*We zitten met ons aanbod op de grens van onderwijs en jeugdhulp. We zijn nu bezig met de gemeente om een focus aan te brengen, wat hoort bij wat. Dat proberen we vanuit de concrete casuïstiek op te bouwen. Voorheen starten we vaak met een plusvoorziening (van onderwijsgeldten) omdat dat het makkelijkst te regelen was. Dat klopte inhoudelijk niet altijd. Nu draaien we het om: eerst jeugdhulp inzetten om de acute, echte problemen aan te pakken, en nog geen focus op onderwijs, en dan langzaam de aandacht verleggen richting onderwijs. Zo worden de trajecten scherper, dat is ook goed.*  
Zorgaanbieder

*Ik zou willen dat de VNG met de zorgkantoren gaat praten, want we hebben echt kinderen in de JW die in de WLZ horen. Je moet oppassen wat je opschrijft in een aanvraag, want zodra er maar iets van ontwikkeling in staat, wordt het afgewezen. Terwijl je echt wel weet dat die kinderen een levenslang 24-uurszorg nodig zullen hebben.*  
Zorgaanbieder

financieel gunstiger als een jongere vanuit de WMO begeleidt wordt, omdat dat via lumpsum is bekostigd.

Ook de toegang tot de WLZ wordt door gemeente en aanbieders benoemd als knelpunt. Aanvragen voor de WLZ worden te streng beoordeeld in hun ogen. 'Er zijn er dit jaar maar twee toegekend, terwijl er een veelvoud is aangevraagd', vertelt de gemeente.

### Beantwoording onderzoeksvragen Gemeente D:

1. Zijn de verschillen in trajectduur tussen gemeenten te verklaren uit de (on)betrouwbare registratie, populatieverschillen, sociaal economische omstandigheden of andere moeilijk te beïnvloeden factoren?

Een 'pittige' populatie in de gemeente kan een verklaring zijn voor de hoge duur van de trajecten, maar niet voor een verandering daarvan. De populatie is niet herkenbaar veranderd.

2. Is de toename van trajectduur van toepassing voor alle jeugdigen die uitstromen of zijn er verschillen? (grote groep met kleine toename of kleine groep met grote toename)

We hebben niet kunnen differentieren naar cijfers. Vanuit de inhoud worden verschillen benoemd.

3. Zijn de verschillen te verklaren uit maatschappelijke omstandigheden die de problematiek bij jongeren in deze regio's heeft verzaamd in de periode 2016-2019?

Nee.

4. In welke mate zijn de verschillen in trajectduur te verklaren in doordat het CIZ en zorgverzekeraars de Jeugdwet als voorliggend beschouwen op aanspraken voor de Wlz en Zvw?

*Wat geholpen heeft bij de omslag:*  
1. Rust, duidelijkheid en continuïteit in financiële afspraken;  
2. Eigen propositie helder;  
3. Gezamenlijke visie;  
4. Samenwerken in de praktijk (en af en toe een robbertje vechten heeft daarbij toch ook geholpen).  
Zorgaanbieder



Aanbieders en gemeente benoemen dat het lastig is om een WLZ indicatie te krijgen. Voor de zorg voor cliënten met langdurige problematiek betekent het dat de trajecten jeugdhulp dan juist langer zouden worden. Een sturing op WMO instroom in plaats van de inzet van verlengde jeugdhulp is een mogelijke verklaring voor de afnemende duur van de trajecten.

5. *In welke mate is de toegenomen trajectduur te verklaren uit bekostigingsvorm, inkoopinstrumenten als open house of verlaagde tarieven?*

Een wijze van bekostiging waarin er veel nieuwe toetreders zijn, die elkaar niet op inhoud, maar op marktaandeel beconcurreren is volgens veel aanbieders die we spraken een reden waarom de kosten toenamen.

6. *Wordt er meer, en door wie, verwezen naar ambulante jeugdhulp op locatie van de aanbieder?*

Er wordt meer verwezen naar ambulante hulp op locatie, aangezien het aantal trajecten is gestegen. Qua verwijsgedrag zien we dat de jeugdarts en de GI meer, en de medisch specialist minder naar ambulante jeugdhulp, niet uitgevoerd door het wijkteam, heeft verwezen, wanneer we 2016 en 2019 vergelijken (zie cijfers aan het eind van de bijlage). We hebben geen redenen gevonden dat dit verband zou houden met de duur van de trajecten.

7. *Is de lengte in de trajectduur tussen gemeenten te verklaren uit de organisatie van het aanbod van jeugdhulp zonder verblijf?*

We hebben geen aanwijzingen, naast een versnipperd zorglandschap gevonden.

8. *Hangen verschillen in duur samen met wijzigingen in intensiteit van de hulp?*

Nee.

9. *Hangen de verschillen samen met langer/korter verblijf?*

De duur van de trajecten ambulante jeugdhulp op locatie daalt en het aantal jongeren met verblijf is verdubbeld ten opzichte van 2016, volgens de CBS cijfers. De duur van het verblijf is ook gedaald. Vanuit de interviews hebben we geen inhoudelijke redenen gehoord voor een stijging van aantallen verblijf en afname van de duur van ambulante trajecten (wel voor een omgekeerde relatie).

10. *In welke mate komen de verschillen overeen met het regionale beeld?*

De populatie in de gemeente is afwijkend van de populatie in andere gemeenten in de regio. Een strakke sturing door de gemeente lijkt de meest aannemelijke, maar niet de enige, verklaring voor het verschil met de regio, in afname van de duur van de trajecten.

*Het gesprek over de duur van trajecten gaat over samenwerking in de hele keten. En over wat er maatschappelijk acceptabel wordt geacht. Wat is normaal en wat moet je accepteren als gedrag? Het heeft ook te maken met inkoopmodellen, ontwikkelingen bij toegang en interne ontwikkelingen in een organisatie, dat speelt allemaal een rol.*  
Zorgaanbieder

### Concluderend

De duur van de trajecten in Gemeente D is op basis van de CBS cijfers gedaald met tot 89% ten opzichte van 2016. Het gemiddeld aantal dagen in 2019 is 615, dat is ver boven het landelijk gemiddelde van 363 dagen.

Het hoge gemiddelde wordt door de gemeente wel herkend, de dalende trend niet. Het bleek als gevolg van een systeemwisseling niet mogelijk de cijfers te vergelijken.

Sommige aanbieders herkennen een daling wel, anderen niet.



Ervan uitgaande dat de cijfers een juiste richting aanwijzen, dan zijn de meest aannemelijke redenen die van invloed kunnen zijn daarop:

- Sturing op het niet te gemakkelijk verlenen van verlengingen door de gemeente
- Een historie van lange jeugdhulptrajecten en een pittige populatie zijn de meest aannemelijke redenen voor de lange gemiddelde duur
- Een stijgend verblijf in samenhang met een dalende duur is opvallend, maar lastig om verklarend te gebruiken (in aantal stijgen de ambulante trajecten wel)

### Tabellen

Kerncijfers over jeugdzorg	Jongeren met jeugdzorg (relatief)				
		2016	2017	2018	2019*
JH 12 Totaal jeugdhulp in natura	Nederland	8,5	9	9,3	9,6
	Gemeente D	10	12	12,6	12,2
	Regio D	9,5	11	11,3	11,4
JH 121 Totaal jeugdhulp zonder verblijf	Nederland	8,1	8,5	8,8	9,1
	Gemeente D	9,5	11,5	12	11,5
	Regio D	9	10,6	10,8	10,8
JH 1211 Uitgevoerd door wijkteam	Nederland	1,4	1,8	1,9	1,8
	Gemeente D	0,6	0,8	0,5	0,4
	Regio D	0,4	1,1	0,4	0,3
JH 12121 Ambulante JH op loc. aanbieder	Nederland	6	6,3	6,3	6,6
	Gemeente D	7,8	10,1	10,8	10,1
	Regio D	7,8	9,6	9,9	9,7
JH 12122 Daghulp op locatie aanbieder	Nederland	0,6	0,6	0,6	0,7
	Gemeente D	0,8	0,9	0,6	0,8
	Regio D	0,5	0,5	0,4	0,6
JH 12123 JH in het netwerk v.d. jongere	Nederland	1,3	1,3	1,6	1,8
	Gemeente D	1,4	1	1,2	1,5
	Regio D	1,1	0,8	0,9	1,2

		2016	2017	2018	2019*
JH 122 Totaal jeugdhulp met verblijf	Nederland	1	1	1	1
	Gemeente D	1	1,4	1,4	1,5
	Regio D	1	1,2	1,3	1,3

		2016	2017	2018	2019*
JB 1 Totaal jeugdbescherming	Nederland	1,2	1,2	1,2	1,2
	Gemeente D	1,3	1,3	1,4	1,6
	Regio D	1,1	1	1,1	1,2
JR 1 Totaal jeugdreclassering	Nederland	0,5	0,4	0,4	0,4
	Gemeente D	0,6	0,7	0,7	0,5
	Regio D	0,5	0,5	0,5	0,4



## Partners in Jeugdbeleid

		Jeugdzorgtrajecten, in % tov 2016		
		2017	2018	2019*
JH 12 Totaal jeugdhulp in natura	Nederland	108%	111%	115%
	Gemeente D	124%	131%	127%
	Regio D	126%	131%	132%
JH 121 Totaal jeugdhulp zonder verblijf	Nederland	109%	112%	117%
	Gemeente D	123%	131%	125%
	Regio D	126%	130%	131%
JH 1211 Uitgevoerd door wijkteam	Nederland	132%	134%	129%
	Gemeente D	140%	93%	63%
	Regio D	305%	107%	71%
JH 12121 Ambulante JH op loc. aanbieder	Nederland	106%	106%	111%
	Gemeente D	132%	147%	133%
	Regio D	127%	142%	136%
JH 12122 Daghulp op locatie aanbieder	Nederland	107%	111%	115%
	Gemeente D	109%	77%	107%
	Regio D	84%	65%	117%
JH 12123 JH in het netwerk v.d. jongere	Nederland	98%	124%	136%
	Gemeente D	69%	83%	111%
	Regio D	74%	85%	117%
JH 122 Totaal jeugdhulp met verblijf	Nederland	107%	97%	97%
	Gemeente D	131%	126%	147%
	Regio D	123%	142%	144%
JB 1 Totaal jeugdbescherming	Nederland	99%	100%	103%
	Gemeente D	97%	107%	122%
	Regio D	95%	97%	107%
JR 1 Totaal jeugdreclassering	Nederland	96%	92%	90%
	Gemeente D	122%	133%	94%
	Regio D	101%	103%	90%

Jeugdhulptrajecten in natura; verwijzer, regio (gemeente)	stijging tov 2016			stijging tov 2016			stijging tov 2016		
	Nederland			Gemeente D			Regio D		
Verwijzer Jeugdzorg: Totaal verwijzer	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019
Totaal jeugdhulptrajecten in natura	108%	111%	115%	124%	131%	127%	126%	131%	132%
Totaal begonnen trajecten	102%	116%	98%	162%	165%	152%	158%	159%	148%
Totaal beëindigde trajecten	133%	108%	120%	113%	147%	179%	97%	137%	151%
Totaal duur van de beëindigde trajecten	133%	108%	120%	113%	147%	179%	97%	137%	151%
0 tot 3 maanden	120%	98%	97%	145%	162%	217%	97%	99%	120%
3 tot 6 maanden	124%	99%	100%	114%	107%	112%	96%	99%	103%
6 maanden tot 1 jaar	142%	105%	116%	100%	127%	159%	94%	161%	147%
1 tot 2 jaar	130%	111%	152%	78%	208%	219%	81%	183%	219%
2 tot 3 jaar	248%	213%	218%	200%	178%	256%	143%	169%	219%
3 tot 4 jaar	138%	279%	284%	117%	150%	167%	130%	185%	215%
4 jaar of langer	123%	121%	190%	129%	143%	243%	122%	155%	224%
Niet uitgevoerd door wijk- of buurtteam  Totaal duur van de beëindigde trajecten	131%	101%	118%	110%	164%	193%	93%	145%	160%
0 tot 3 maanden	120%	92%	91%	187%	247%	260%	103%	107%	117%
3 tot 6 maanden	120%	94%	98%	97%	115%	118%	86%	103%	108%
6 maanden tot 1 jaar	143%	102%	117%	91%	128%	170%	79%	158%	151%
1 tot 2 jaar	125%	103%	163%	78%	225%	234%	80%	195%	232%
2 tot 3 jaar	210%	166%	192%	243%	214%	286%	141%	181%	222%
3 tot 4 jaar	140%	225%	242%	140%	180%	180%	139%	189%	222%
4 jaar of langer	137%	132%	194%	142%	158%	267%	151%	197%	289%



Toelichting op 'verwijzergedrag':

Het totaal aantal verwijzingen van de betreffende verwijzer is 100%, in de kolommen staat de verhoudingen van de 'eigen' verwijzingen.

	Verwijzergedrag Gemeente D 2016		Totaal jeugdhulp met verblijf
	Uitgevoerd door het wijk- of buurtteam	Niet uitgevoerd door wijk- of buurtteam	
Totaal verwijzer	4,6%	85,1%	10,4%
Gemeentelijke toegang	11,1%	69,7%	18,2%
Huisarts	4,0%	95,7%	0,7%
Jeugdarts	15,2%	81,8%	
Gecertificeerde instelling		39,1%	59,4%
Medisch specialist		98,6%	
Rechter, Officier van Justitie, ...			
Geen verwijzer		100,0%	
Verwijzer onbekend		88,2%	11,8%

	Verwijzergedrag 2019 Gemeente D		Totaal jeugdhulp met verblijf
	Uitgevoerd door het wijk- of buurtteam	Niet uitgevoerd door wijk- of buurtteam	
Totaal verwijzer	2,3%	85,8%	11,9%
Gemeentelijke toegang	1,7%	72,0%	26,3%
Huisarts	2,4%	95,7%	2,1%
Jeugdarts	4,8%	95,2%	
Gecertificeerde instelling		55,8%	43,0%
Medisch specialist	5,0%	87,5%	7,5%
Rechter, Officier van Justitie, ...			
Geen verwijzer		100,0%	
Verwijzer onbekend		54,5%	45,5%



## Bijlage 5. Cijfers CBS, landelijk

Voor de liefhebbers van cijfers zetten we nog een aantal tabellen onder elkaar. We willen nogmaals benadrukken dat de cijfers met name geschikt zijn voor het beoordelen van trends, en niet zozeer op aantallen zelf, omdat het geen operationele informatie betreft.

Ook zijn we in het onderzoek drie items tegengekomen die van invloed zijn op de betrouwbaarheid van de gegevens. Die zetten we als eerste onder elkaar.

### Ten aanzien van de betrouwbaarheid

**Cijfers 2015 onbetrouwbaar.** I&O benoemt dat de cijfers van 2015 niet betrouwbaar zijn<sup>24</sup>. Dat herkennen we vanuit andere onderzoeken. Daarom hebben we 2015 achterwege gelaten in de analyse.

**Wijziging in aanlevering aan CBS.** Van aanbieders hoorden we daarnaast dat ze in de eerste jaren zoekend waren in de wijze van aanleveren aan CBS, en dat die aanlevering soms nog is gewijzigd en aangepast. Sommige kleine aanbieders leveren überhaupt geen gegevens aan. Dat heeft invloed gehad, die met name op de cijfers van de eerste jaren effect heeft. Aanpalend onderzoek door AEF (nog niet gepubliceerd) laat ook zien dat er omissies zijn in de aanlevering aan CBS.

*De CBS uitvraag is ook veranderd. Aan het begin zaten de duurzame trajecten er niet in. Nu geven we alleen de veranderingen door, dus de nieuw geopende en afgesloten trajecten. Dus als een client bijvoorbeeld januari 2017 start, en december 2019 stopt, dan geef je eerste helft 2017 een start door en tweede helft van 2019 een geëindigde datum. De openstaande trajecten lever ik niet aan. Dat is de laatste 2,3 jaar niet meer veranderd.*  
Zorgaanbieder

**Startdatum 1 januari 2015.** Een duidelijk aanwijsbaar effect op de trend in de duur van de trajecten wordt veroorzaakt door de wijze van aanlevering bij de start in 2015. Sommige aanbieders hebben er in hun aanlevering voor gekozen om alle startdata op 1 januari 2015 te zetten, ook wanneer de hulp al eerder was ingezet. Aangezien 1 januari een vrije dag is, en verwijzers nog niets hebben kunnen indiceren, is dat met grote waarschijnlijkheid voor alle trajecten met startdatum 1 januari het geval. Het gaat om naar schatting 80.000 trajecten in totaal.<sup>25</sup>

Dat betekent dat er in de eerste jaren een vertekend beeld is ontstaan, de trajecten lijken korter dan ze in werkelijkheid waren. De meeste van de trajecten ambulante hulp op locatie aanbieder met een startdatum 1 januari (ongeveer 40.000) worden in 2015 afgesloten. Dat jaar laten we sowieso buiten beschouwing.

*Ik lever niks aan aan CBS, dat hoeft ook niet meer. We hebben geprotesteerd, ook via de beroepsvereniging, omdat bsn toch privacygevoelige informatie is. Toen gaf ik een soort overzicht per leeftijdscategorie en nu hebben ze me niet meer gevraagd. Ook andere collega's niet.*  
Zorgaanbieder

Daarna gaat het om een afnemend aantal, van ongeveer 5.000 in 2016 tot nog 1.000 in 2019. Samen met CBS hebben we effect voor 2016 proberen te bepalen. We komen dan op een wijziging van het gemiddeld aantal dagen van 280 naar 307. Ook voor 2017 en 2018 zal het gemiddelde in werkelijkheid iets hoger zijn.

<sup>24</sup> I&O, p.

<sup>25</sup> Om die reden is in de eerste publicatie van CBS ook een correctie opgenomen. Voor de in 2015 gestarte trajecten is de startdatum van 2 januari 2015 gehanteerd. Het gaat om naar schatting 80.000 trajecten in totaal. <https://www.cbs.nl/nl-nl/publicatie/2016/17/jeugdhulp-2015>



In 2019 is het effect 'weggeëbd', omdat de laatste categorie 4 jaar en langer is.

De stijging van de trajectduur van ambulante jeugdhulp op locatie van de aanbieder tussen 2016 en 2019 is dus minder groot dan aanvankelijk gedacht, niet 127%, maar (geschat) 116%.

Het was in het kader van dit onderzoek niet mogelijk te bepalen welke effect deze correctie op regio en gemeente cijfers zal hebben. In zijn algemeenheid betekent het dat we een extra voorbehoud op de nauwkeurigheid van de cijfers moeten maken. Dat geldt voor alle hulpvormen, waarbij het grootste effect in 2015 te zien is, met een toenemende mate van betrouwbaarheid in de jaren daarna.

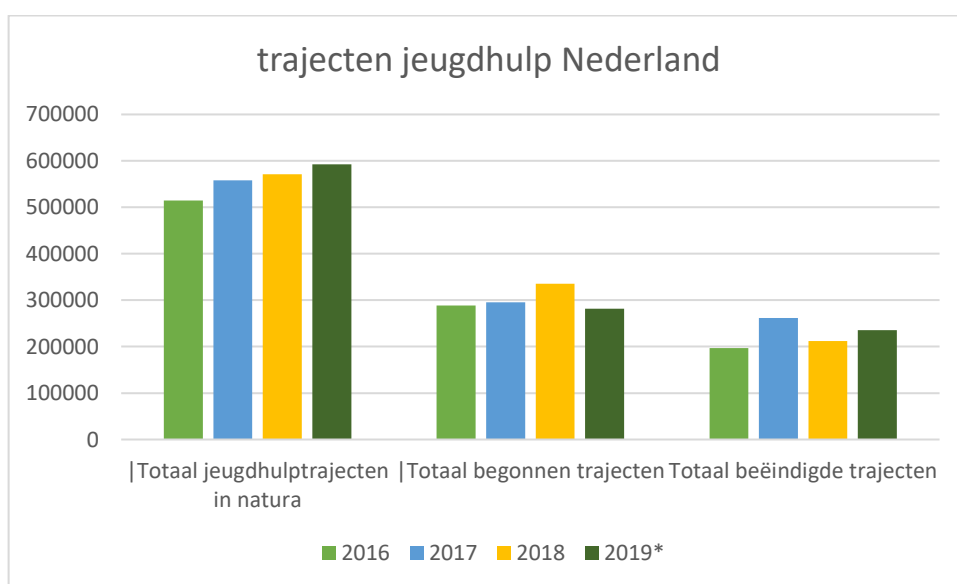
Ambulante jeugdhulp op locatie van de aanbieder					
	2016	2017	2018	2019*	2016 aangepast
Berekende gemiddelde duur in dagen:	280	304	324	356	307

### Over de duur trajecten:

We baseren gegevens op *afgesloten* trajecten (anders weet je immers nog niet hoe lang ze duren). In 2019 zijn er 592565 trajecten jeugdhulp verleend. 281465 daarvan zijn in dat jaar begonnen. De overige trajecten (311100) liepen dus al in 2018 (of eerder). 235263 zijn in 2019 beëindigd. Dat betekent dat 357300 in dat jaar *niet* zijn beëindigd, die lopen nog door in 2020.

Als we kijken naar de trends zien we: 1. Dat het totaal aantal trajecten stijgt, 2. Dat het aantal begonnen trajecten na een behoorlijke stijging in 2018, in 2019 weer daalt tot onder het niveau van 2016 en dat het aantal beëindigde trajecten schommelt in de jaren, met een stijging in 2019. De stijging van het totaal aantal trajecten wordt dus veroorzaakt door de stijging van de nog openstaande trajecten: de duur van de trajecten stijgt.

Omdat de berekening van de stijging van die duur wordt gedaan over bijna een derde van het totaal trajecten, zullen de cijfers over de stijging van de duur eerder hoger dan lager uitvallen (in ieder geval lopen de nog geopende trajecten immers langer dan een jaar).





## Partners in Jeugdbeleid

Jeugdhulptrajecten in natura; verwijzer, regio (gemeente) Verwijzer Jeugdzorg: Totaal verwijzer	stijging tov 2016		
	Nederland		
	2017	2018	2019
Totaal jeugdhulptrajecten in natura	108%	111%	115%
Totaal begonnen trajecten	102%	116%	98%
Totaal beëindigde trajecten	133%	108%	120%
Totaal duur van de beëindigde trajecten	133%	108%	120%
0 tot 3 maanden	120%	98%	97%
3 tot 6 maanden	124%	99%	100%
6 maanden tot 1 jaar	142%	105%	116%
1 tot 2 jaar	130%	111%	152%
2 tot 3 jaar	248%	213%	218%
3 tot 4 jaar	138%	279%	284%
4 jaar of langer	123%	121%	190%

Kijken we vervolgens naar de trend, dan zien we, logischerwijs, dat het aandeel langere trajecten op het totaal toeneemt.

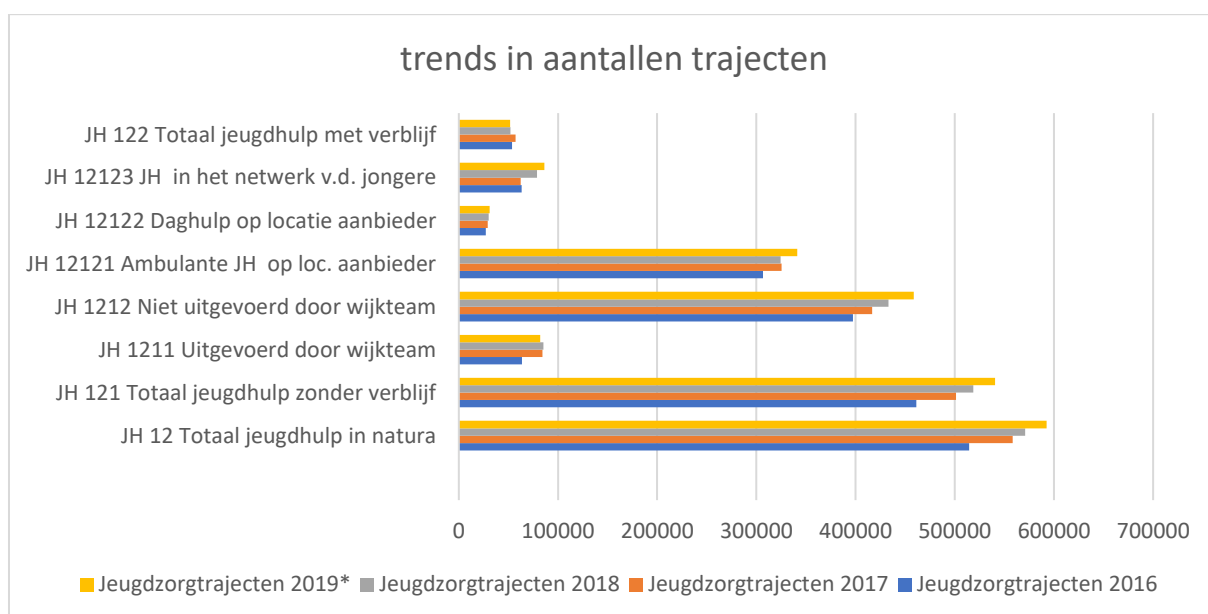
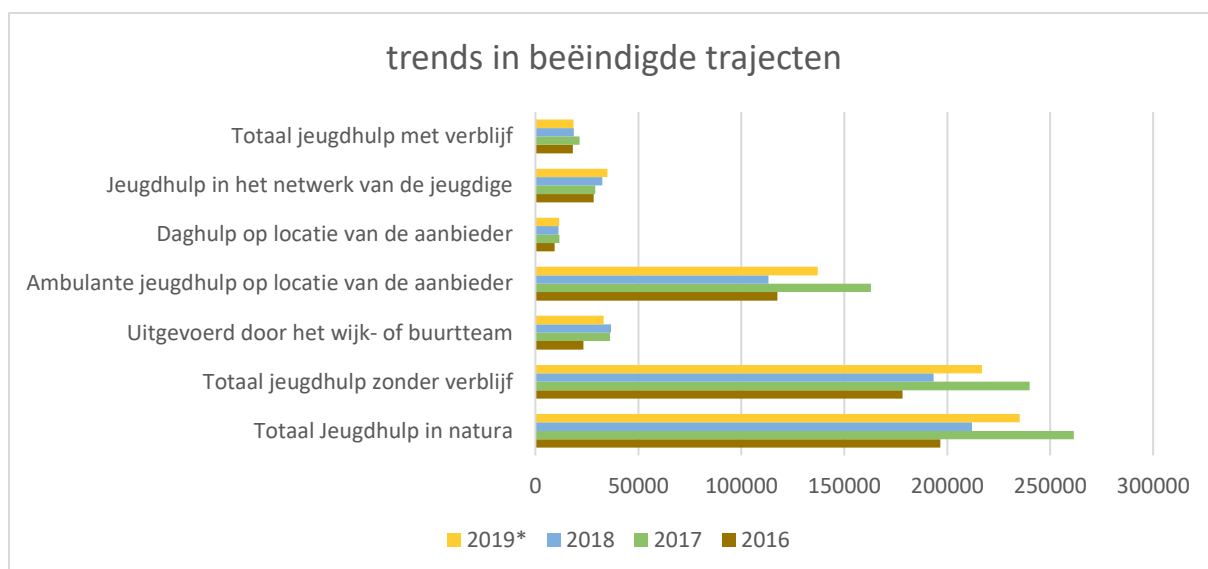
	2016	2017	2018	2019*
Totaal beëindigde trajecten	in % van totaal			
< 1 jaar	77,1	75,2	72,2	67,8
1-3 jaar	20,4	22,3	23,5	27,4
>3 jaar	2,6	2,5	4,3	4,8
Totaal beëindigde trajecten door lokale team				
< 1 jaar	75,7	66,7	62,8	65,1
1-3 jaar	23,7	32,4	32,5	27,9
> 3 jaar	0,6	0,9	4,7	7,1
Totaal beëindigde trajecten amb hulp op locatie aanbieder				
< 1 jaar	78,8	76,8	74,2	67,1
1 - 3 jaar	18,9	20,7	21,5	28,6
> 3 jaar	2,3	2,5	4,3	4,4

Wat hierin opvalt, naast het feit dat de stijging bij de lokale teams groter is dan die bij ambulante hulp op locatie, is een plotselinge (extra) stijging bij ambulante hulp op locatie op het middelste niveau van gemiddelde duur (1-3 jaar) in 2019, dat wordt veroorzaakt door een relatief grote stijging van de trajecten met een duur van 1-2 jaar.

Er zijn relatief veel trajecten ambulante hulp op locatie afgesloten in 2017 (162965), terwijl er in 2018 juist veel nieuwe trajecten zijn begonnen.

We hebben geen verklaring kunnen vinden voor het gegeven dat er in 2018 minder trajecten zijn afgesloten, terwijl tegelijk het aantal begonnen trajecten steeg.



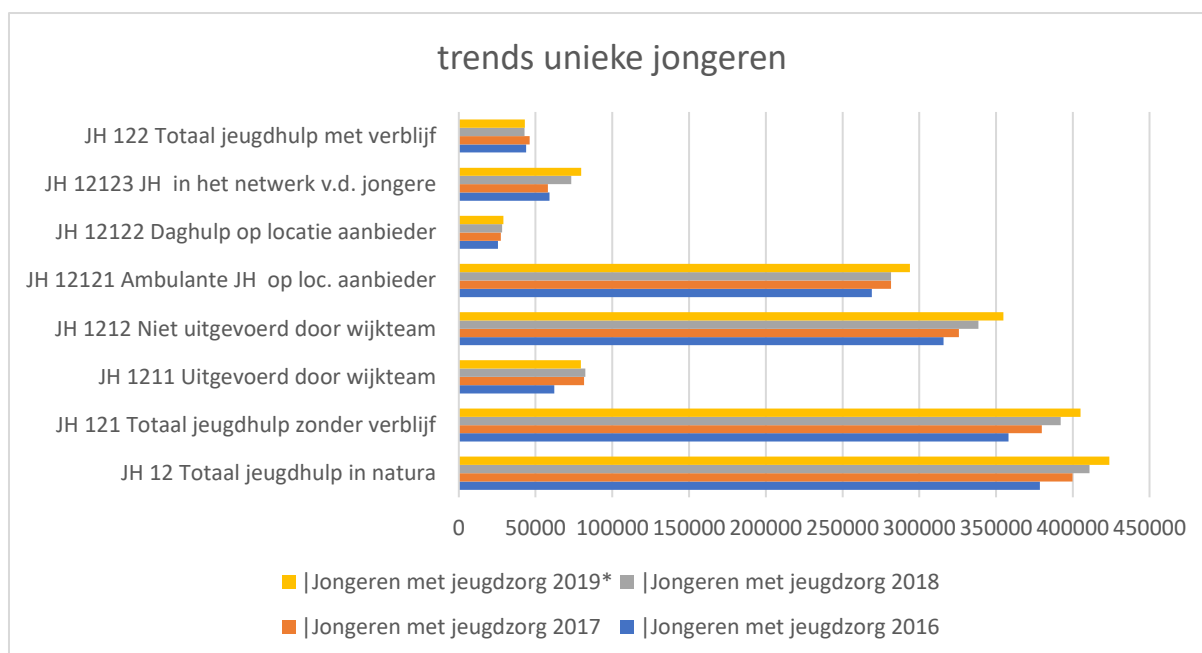


#### Unieke jongeren

Het aantal unieke jongeren met jeugdzorg is tussen 2016 en 2019 gestegen met 10% (van 404080 tot 443265<sup>26</sup>). In de jeugdzorgregio's varieert dit cijfer tussen de 35% stijging en 17% afname. Er is slechts één regio die een afname laat zien (Utrecht West).

<sup>26</sup> CBS Statline, kerncijfers over jeugdzorg, geraadpleegd 17 augustus 2020





Er is geen correlatie tussen de verandering van het percentage jongeren met jeugdzorg en een verandering in de duur van trajecten op regioniveau.

*Verhouding trajecten en unieke jongeren*

Jeugdzorg, kerncijfers, Nederland		Jongeren met jeugdzorg (aantal)	Jeugdzorgtrajecten (aantal)	verhouding trajecten/ unieke jongeren
JH 12 Totaal jeugdhulp in natura	2016	378615	514660	136%
	2017	399815	558350	140%
	2018	410875	570880	139%
	2019*	423825	592565	140%
JH 12121 Ambulante JH op loc. aanbieder	2016	269055	306795	114%
	2017	281510	325415	116%
	2018	281505	324275	115%
	2019*	293985	341310	116%

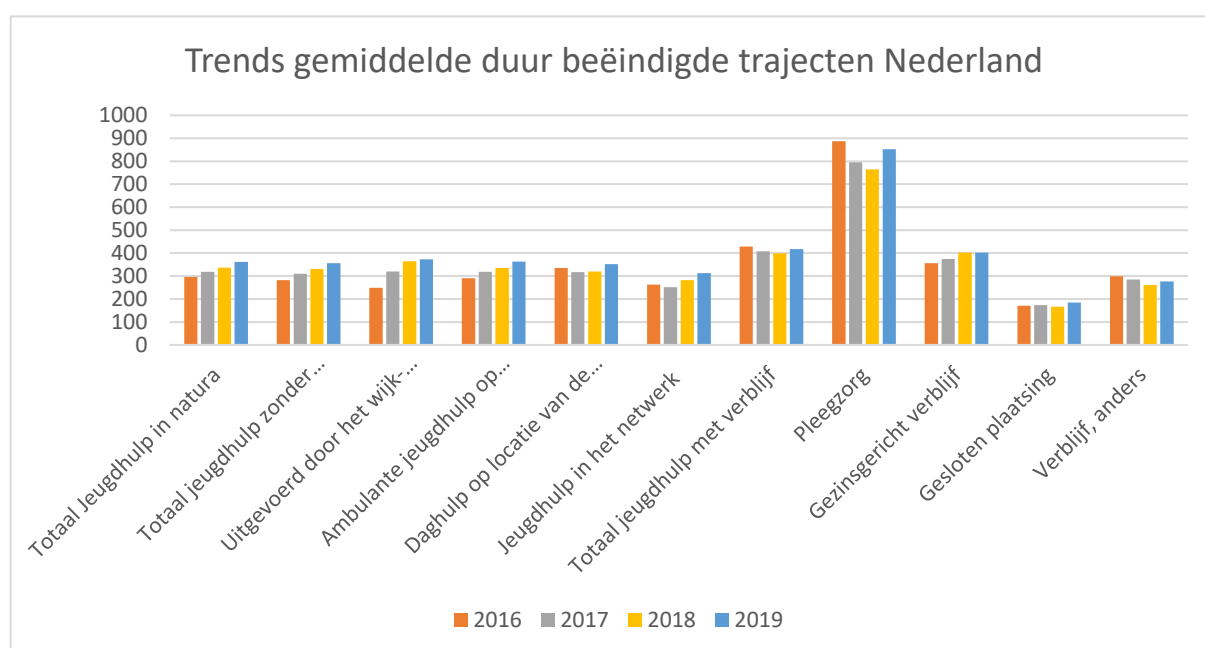
De verhouding tussen het aantal trajecten en het aantal jongeren is landelijk gezien min of meer stabiel, zowel voor jeugdhulp in natura totaal, als voor ambulante jeugdhulp op locatie. (hypothese: integraler werken door zorgaanbieders, levert minder trajecten naast elkaar en langere trajecten bij 1 aanbieder).



### Gemiddelde duur trajecten

Gemiddelde duur afgesloten jeugdhulptrajecten												
	Totaal Jeugdhulp in natura	Totaal jeugdhulp zonder verblijf	Uitgevoerd door het wijk- of buurtteam	Ambulante jeugdhulp op locatie	Daghulp op locatie van de aanbieder	Jeugdhulp in het netwerk	Totaal jeugdhulp met verblijf	Pleegzorg	Gezinsgericht verblijf	Gesloten plaatsing	Verblijf, anders	
Nederland	aantal dagen											
2015	299	287	146	304	310	268	410	754	288	190	274	
2016	296	282	248	<b>290</b>	335	263	428	887	356	171	299	
2017	318	310	320	318	317	252	407	795	374	174	285	
2018	337	331	365	335	320	282	399	764	402	166	261	
2019	361	356	373	<b>363</b>	352	313	418	852	402	185	276	
stijging 2019/2016	122%	126%	150%	125%	105%	119%	98%	96%	113%	108%	92%	

Bron: cbs maatwerktafel duur van afgesloten trajecten jeugdhulp 2015-2019, mei 2020



Uitgesplitst levert het een volgend beeld op:



## Partners in Jeugdbeleid

Jeugdhulptrajecten in natura; verwijzer, perspectief								
Perspectief Jeugdzorg: Totaal perspectief								
	2016	2017	2018	2019*	2016	2017	2018	2019*
<b>Totaal beëindigde trajecten</b>	<b>196620</b>	<b>261415</b>	<b>212045</b>	<b>235265</b>				
0 tot 3 maanden	48505	58085	47750	46830	25%	22%	23%	20%
3 tot 6 maanden	41955	51850	41535	42080	21%	20%	20%	18%
6 maanden tot 1 jaar	61060	86540	63845	70560	31%	33%	30%	30%
<b>&lt; 1 jaar</b>	<b>151520</b>	<b>196475</b>	<b>153130</b>	<b>159470</b>	<b>77%</b>	<b>75%</b>	<b>72%</b>	<b>68%</b>
1 tot 2 jaar	34655	45090	38455	52740	18%	17%	18%	22%
2 tot 3 jaar	5370	13335	11435	11695	3%	5%	5%	5%
<b>1-3 jaar</b>	<b>40025</b>	<b>58425</b>	<b>49890</b>	<b>64435</b>	<b>20%</b>	<b>22%</b>	<b>24%</b>	<b>27%</b>
3 tot 4 jaar	1820	2505	5085	5175	1%	1%	2%	2%
4 jaar of langer	3255	4015	3940	6185	2%	2%	2%	3%
<b>&gt; 3 jaar</b>	<b>5075</b>	<b>6520</b>	<b>9025</b>	<b>11360</b>	<b>3%</b>	<b>2%</b>	<b>4%</b>	<b>5%</b>
<b>Totaal beëindigde trajecten door lokale team</b>	<b>23265</b>	<b>36230</b>	<b>36705</b>	<b>33145</b>				
0 tot 3 maanden	6245	7530	7645	7335	27%	21%	21%	22%
3 tot 6 maanden	4820	7120	6590	6125	21%	20%	18%	18%
6 maanden tot 1 jaar	6545	9510	8800	8115	28%	26%	24%	24%
<b>&lt; 1 jaar</b>	<b>17610</b>	<b>24160</b>	<b>23035</b>	<b>21575</b>	<b>76%</b>	<b>67%</b>	<b>63%</b>	<b>65%</b>
1 tot 2 jaar	5115	8460	8305	6540	22%	23%	23%	20%
2 tot 3 jaar	405	3270	3640	2695	2%	9%	10%	8%
<b>1-3 jaar</b>	<b>5520</b>	<b>11730</b>	<b>11945</b>	<b>9235</b>	<b>24%</b>	<b>32%</b>	<b>33%</b>	<b>28%</b>
3 tot 4 jaar	90	245	1525	1485	0%	1%	4%	4%
4 jaar of langer	50	95	190	855	0%	0%	1%	3%
<b>&gt; 3 jaar</b>	<b>140</b>	<b>340</b>	<b>1715</b>	<b>2340</b>	<b>1%</b>	<b>1%</b>	<b>5%</b>	<b>7%</b>
<b>Totaal beëindigde trajecten amb hulp op locatie aanbieder</b>	<b>117465</b>	<b>162965</b>	<b>113120</b>	<b>137180</b>				
0 tot 3 maanden	27305	33335	23230	24245	23%	20%	21%	18%
3 tot 6 maanden	27060	33020	23870	25550	23%	20%	21%	19%
6 maanden tot 1 jaar	38145	58760	36865	42215	32%	36%	33%	31%
<b>&lt; 1 jaar</b>	<b>92510</b>	<b>125115</b>	<b>83965</b>	<b>92010</b>	<b>79%</b>	<b>77%</b>	<b>74%</b>	<b>67%</b>
1 tot 2 jaar	18990	26380	19330	33085	16%	16%	17%	24%
2 tot 3 jaar	3245	7320	4945	6110	3%	4%	4%	4%
<b>1 - 3 jaar</b>	<b>22235</b>	<b>33700</b>	<b>24275</b>	<b>39195</b>	<b>19%</b>	<b>21%</b>	<b>21%</b>	<b>29%</b>
3 tot 4 jaar	950	1555	2390	2380	1%	1%	2%	2%
4 jaar of langer	1770	2595	2485	3590	2%	2%	2%	3%
<b>&gt; 3 jaar</b>	<b>2720</b>	<b>4150</b>	<b>4875</b>	<b>5970</b>	<b>2%</b>	<b>3%</b>	<b>4%</b>	<b>4%</b>



### Verwijzers

In 2019 komen er verhoudingsgewijs meer verwijzingen vanuit het wijkteam dan in 2016. Verhoudingsgewijs komen er vanuit de huisartsen minder verwijzingen. Die verschuiving heeft mede te maken met het lagere aantal verwijzingen waarbij 'verwijzer onbekend' is opgegeven door zorgaanbieders, plus een betere aanlevering door de gemeentelijke toegangen zelf. Mogelijk speelt ook een sturing door gemeenten, die liever willen dat verwijzingen vanuit de lokale toegang komen, een rol.

	Totaal jeugdhulptrajecten in natura	Uitgevoerd door het wijk- of buurtteam	Niet uitgevoerd door wijk- of buurtteam	Jeugdhulp met verblijf
Nederland				
Gemeentelijke toegang	23,1%	8,8%	24,4%	30,7%
Huisarts	39,6%	4,1%	49,9%	4,9%
Jeugdarts	1,9%	1,7%	2,2%	0,3%
Gecertificeerde instelling	9,5%	4,2%	5,9%	43,0%
Medisch specialist	6,0%	0,5%	7,3%	3,2%
Rechter, Officier van Justitie, ...	0,2%	0,1%	0,2%	0,2%
Geen verwijzer	11,0%	65,1%	3,8%	
Verwijzer onbekend	8,7%	15,3%	6,4%	17,8%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

	Totaal jeugdhulptrajecten in natura	Uitgevoerd door het wijk- of buurtteam	Niet uitgevoerd door wijk- of buurtteam	Jeugdhulp met verblijf
Nederland				
Gemeentelijke toegang	32,5%	23,2%	33,3%	40,9%
Huisarts	36,5%	1,8%	46,3%	4,3%
Jeugdarts	2,6%	0,8%	3,2%	0,2%
Gecertificeerde instelling	9,5%	2,1%	6,7%	45,2%
Medisch specialist	5,1%	0,4%	6,1%	3,1%
Rechter, Officier van Justitie, ...	0,4%	0,0%	0,4%	0,6%
Geen verwijzer	11,6%	62,4%	3,8%	
Verwijzer onbekend	1,9%	9,4%	0,2%	5,6%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

