



Rapport

Duur jeugdhulptrajecten

Ambtelijk vooroverleg Beleidsinformatie Jeugd (ABJ)

Colofon

Uitgave

I&O Research
Zuiderval 70
7543 EZ Enschede

Rapportnummer

2020/056

Datum

april 2020

Opdrachtgever

Ambtelijk vooroverleg Beleidsinformatie Jeugd (ABJ)

Auteurs

Rachel Beerepoot, MSc.
Leon Heuzels, MSc.
Roy van der Hoeve, MSc.

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



Inhoudsopgave

1	Samenvatting	5
2	Inleiding	9
2.1	Achtergrond	9
2.2	Hoofd- en deelvragen	9
2.3	Methoden	10
2.4	Leeswijzer	11
3	Ontwikkeling in cijfers	13
3.1	Gegevensanalyse	13
3.1.1	Trajecten en gemiddelde trajectduur	13
3.2	Ontwikkelingen in jeugdhulp zonder verblijf	17
3.2.1	Totaal jeugdhulp zonder verblijf	17
3.2.2	Ambulant	18
3.2.3	Daghulp	18
3.2.4	Jeugdhulp in netwerk van jeugdige	19
3.3	Ontwikkelingen in jeugdzorg met verblijf	19
3.3.1	Totaal jeugdzorg met verblijf	19
3.3.2	Pleegzorg	20
3.3.3	Gezinsgericht	21
3.3.4	Andere vormen van jeugdzorg met verblijf	21
3.4	Conclusies deskresearch	22
3.4.1	Aanvullend deskresearch	22
4	Mogelijke oorzaken en verklaringen	25
4.1	Genoemde verklaringen	25
4.1.1	Administratie-effecten	25
4.1.2	Sociaaleconomische, demografische en regiogerelateerde factoren	25
4.1.3	Effecten rond kwaliteit (van doorverwijzing naar) jeugdhulp	27
4.1.4	Inkoopeffecten	29
4.2	Grip op het sociaal domein	32
4.2.1	Wat is grip?	32
4.2.2	Inzicht en sturing	34
5	Conclusies	38
5.1	Beantwoording deelvragen	38
5.2	Beantwoording hoofdvraag	40
A	Literatuurlijst	42



Samenvatting



1 Samenvatting

Deze samenvatting presenteert de belangrijkste bevindingen van het onderzoek naar de stijging van gemiddelde trajectduren in de jeugdhulp. Hierbij maken wij onderscheid tussen jeugdhulp zonder verblijf (JHZV) en jeugdzorg met verblijf (JZMV). Aan de hand van een gegevensanalyse van CBS-data, een literatuurstudie en (groeps)interviews in zes jeugdzorgregio's is geprobeerd de volgende hoofdvraag te beantwoorden:

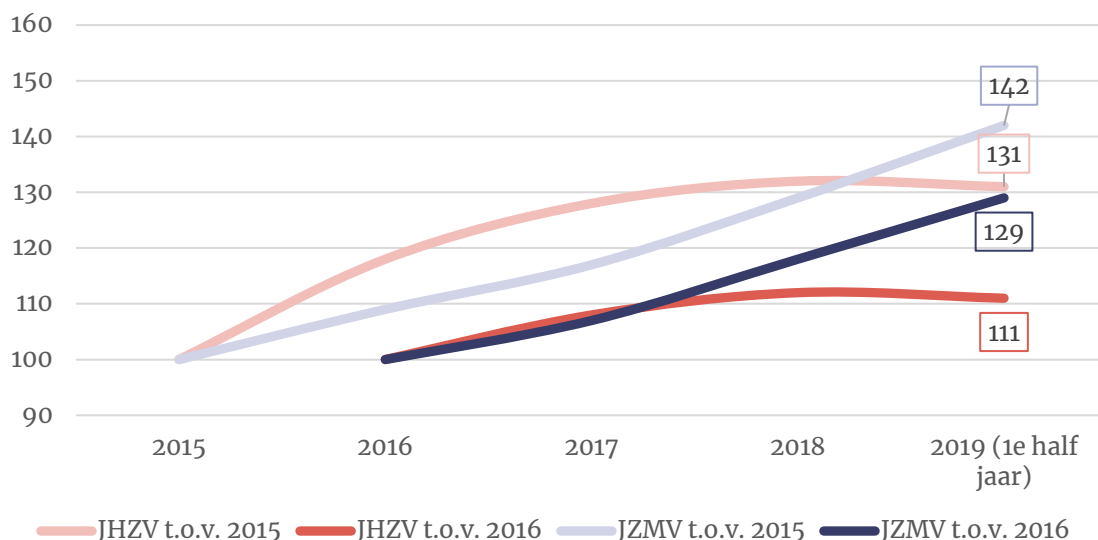
“Hoe kan de toename van de duur van jeugdhulptrajecten sinds 2015 worden verklaard?”

Gedurende het onderzoek is gekeken bij welke ondersteuningsvormen deze stijging vooral zichtbaar is en is gekeken naar mogelijke verklaringen op de volgende gebieden:

- 1 Administratie-effecten
- 2 Sociaaleconomische, demografische en regiogerelateerde effecten
- 3 Effecten aangaande kwaliteit (van doorverwijzing naar) jeugdhulp
- 4 Inkoop-effecten

Stijging gemiddelde trajectduur waarschijnlijk deels veroorzaakt door administratie-effect

Van deze vier gebieden kan vrijwel met zekerheid vastgesteld worden dat een deel van de stijging wordt verklaard door administratie-effecten. De sterke toename van de gemiddelde trajectduur ten opzichte van 2015 is zeer waarschijnlijk het gevolg van het invoeren van (al dan niet bestaande) cliënten in nieuwe administratiesystemen ten tijde van de transitie. Er is wel degelijk sprake van een toename van de gemiddelde trajectduur, ook wanneer men kijkt vanaf 2016, maar niet in dezelfde mate zoals de indexcijfers in het CBS-bestand doen vermoeden.



Figuur 1.1 Ontwikkeling trajectduur t.o.v. 2015 en 2016

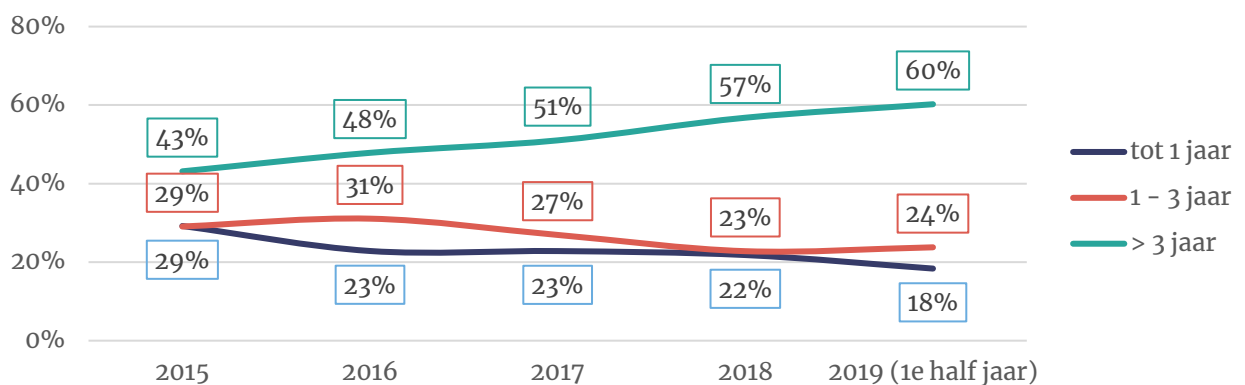
Pleegzorg heeft grote impact in toename gemiddelde trajectduur jeugdzorg met verblijf

Binnen de categorie jeugdzorg met verblijf heeft pleegzorg zowel qua volume (aandeel in totaal aantal trajecten) als een hoge gemiddelde trajectduur een grote invloed op de stijging van de gemiddelde duur van jeugdzorg met verblijf.

Uit de onderstaande figuur blijkt dat sinds 2015 de groep die langer dan 3 jaren pleegzorg ontvangt ieder jaar groter wordt, terwijl de groep die tot 1 jaar pleegzorg ontvangt jaarlijks afneemt. Dit kan er op duiden dat de instroom in de pleegzorg jaarlijks afneemt en er een groep cliënten is die niet uitstroomt of terug gaat naar ondersteuning vanuit de thuissituatie. In cijfers van Jeugdzorg Nederland is deze ontwikkeling echter niet terug te zien.

Een tweede mogelijke verklaring ligt in de observatie dat de gemiddelde leeftijd van pleegzorgcliënten laag is en/of daalt, waardoor jongeren langer hulp krijgen (tot hun 18^e en daarna). Een gesproken zorgaanbieder die pleegzorg faciliteert en begeleidt geeft aan dat zij steeds vaker te maken krijgen met jongere cliënten. Waar een aantal jaren geleden de leeftijd van een jongere bij een aanmelding rond de 16 jaar lag, is dat in de afgelopen jaren bij deze aanbieder gedaald naar 13 tot 15 jaar. Deze jongeren blijven vaak tot hun 18^e pleegzorg ontvangen, wat tot gevolg heeft dat zij langere behandelduur kennen dan voorheen bij jongeren het geval was.

Een derde verklaring ligt in de wijziging van de regels rond pleegzorg. Vanaf 1 juli 2018 is pleegzorg standaard tot 21 jaar mogelijk. Daarnaast heeft er een omslag plaatsgevonden van ‘pleegzorg tot 18 jaar ten zij langer nodig is’ naar ‘pleegzorg tot 23 jaar tenzij eerder gestopt kan worden’. Deze omslag in regels en denken dragen vermoedelijk ook bij aan de langere trajectduren.



Figuur 1.2 Ontwikkeling verdeling duur trajecten pleegzorg

Langdurige ambulante hulpverlening mogelijke oorzaak toenemende trajectduur zonder verblijf

Veel van de gesproken jeugdzorgregio's en aanbieders geven aan dat zij er in slagen om de jeugdhulp dichterbij de cliënt te organiseren. Dit betekent dat het aandeel jongeren met residentiële jeugdzorg afneemt, zoals de doelen van de decentralisaties ook beogen. Cijfers van het CBS lijken deze ontwikkeling te ondersteunen. Tegelijk betekent dit dat een deel van de jongeren die eerder residentiële jeugdzorg ontvingen, nu aangewezen zijn op jeugdhulp zonder verblijf. Hierbij is mogelijk sprake van een substitutie-effect.

Bij de jeugdhulp zonder verblijf is ambulante hulp met enige afstand de grootste groep. Binnen deze ondersteuningsvorm is het aantal jongeren dat langdurig (meer dan drie jaren) ondersteuning ontvangt in de afgelopen jaren toegenomen. Dit lijkt een van de voornaamste ontwikkelingen waarom jeugdhulp zonder verblijf gemiddeld 11% langer duurde in 2019 ten opzichte van 2016. Tegelijk is het waarschijnlijk dat er voor de jongeren die uit de pleegzorg stromen een intensievere ondersteuningsvorm moet worden gevonden. Doordat deze zwaardere

gevallen vaker in de categorie zonder verblijf terecht komen, verklaart dit mogelijk waarom jongeren langer ambulante hulp en dagopvang ontvangen.

Tabel 1.1 Aantal cliënten die jeugdhulp en-zorg ontvangen (alle jaren eerste half jaar)¹

	2015	2016	2017	2018	2019
Zonder verblijf tot 18 jaar	269.765	293.190	315.080	322.320	340.625
Met verblijf tot 18 jaar	35.710	38.345	40.805	37.870	38.660

Niet mogelijk om verschil duur trajecten te verklaren op basis van kenmerken regio's

Er is reeds veel onderzoek gedaan naar factoren die het gebruik van jeugdhulp kunnen verklaren, zowel qua volume als kans op succes van een behandeling. Onderzoek van Significant laat zien dat het grootste deel van verschillen in volume van jeugdhulp niet verklaard kunnen worden door sociaaleconomische factoren. In een statistisch model dat zij hebben ontwikkeld kunnen zij voor 4,2% de verschillen verklaren van jeugdhulpvolume tussen gemeenten. Sociaaleconomische, demografische en regio gerelateerde effecten zijn echter divers van aard. Iedere regio kenmerkt zich met specifieke werkwijzen, inrichting van de toegang, gemaakte afspraken (enkele tot honderden) zorgaanbieders, verschillende bekostigingssystematieken, regionale of plaatsgebonden problematiek en bevolkingssamenstelling etc. Deze aspecten hangen zoveel met elkaar samen dat unieke regionale factoren lastig zijn te onderscheiden.

Binnen de toegang naar- en organisatie van- jeugdhulp liggen veel mogelijke verklaringen

Binnen effecten aangaande kwaliteit (van doorverwijzing naar) jeugdhulp spelen diverse mogelijke verklaringen. Gemeenten ervaren niet altijd grip op de huisartsenroute. Ze zien een deel van de cliënten zelf niet, die ze daarom ook niet (goed genoeg) in beeld hebben. Door een gebrek aan inzicht is het moeilijk om te sturen op de trajectduur. Ook beperkte afschaling, wellicht door risicomijdend gedrag van zorgaanbieders, speelt mogelijk een rol. Tegelijk hebben met name hoogspecialistischere aanbieders te maken met capaciteitsproblemen waardoor behandeling en doorstroming in het geding komt. Doordat dit vaker bij hoogspecialistische aanbieders schijnt te spelen, heeft dit vooral invloed op jeugdzorg met verblijf.

Grip op een stijgende trajectduur hangt samen met grip op het sociaal domein

Het bovenstaande, zoals het zicht op toegang naar jeugdhulp, is ook in sterke mate verweven met inkoop, sturing en grip in het sociaal domein. Nu de basis voor de uitvoering van de jeugdhulp in de regio's is gelegd, kijken zij in steeds bredere mate naar de regierol die zij hebben. Het ontwikkelen van efficiëntere samenwerkingsvormen met zorgaanbieders, verkrijgen van inzicht door middel van data-analyses en perceelgericht indelen van aanbestedingen (met bijbehorende bekostigingssystematiek) staat bij veel regio's hoog op de agenda. Dit heeft indirect ook invloed op de (toekomstige) stijging van gemiddelde duur van trajecten, maar door de grote mate van verwevenheid van alle onderdelen is niet aan te wijzen welk onderdeel of welke vorm 'het meeste' verklaart waarom de duur van jeugdhulptrajecten is toegenomen. Verwacht wordt dat met een toenemend inzicht en bijbehorende sturing dit in de komende tijd meer zichtbaar wordt.

¹ Via: <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/84135NED/table?dl=3797A>

Inleiding



2 Inleiding

2.1 Achtergrond

Sinds de decentralisaties in 2015 in het sociaal domein zijn gemeenten verantwoordelijk voor het uitvoeren van taken die voortkomen uit de Jeugdwet. Belangrijke uitgangspunten in de Jeugdwet zijn ondersteuning op maat en het aanbieden van ondersteuning dicht bij de jongeren. Enkele van deze taken, zoals het bieden van jeugdzorg met een hoog-specialistisch karakter, worden door de gemeenten voornamelijk binnen regionale samenwerkingsverbanden uitgevoerd. Nederland kent op dit moment 42 van deze jeugdzorgregio's.

Sinds de decentralisaties in 2015 is binnen het Ambtelijk vooroverleg Beleidsinformatie Jeugd (ABJ) het opgevallend dat de gemiddelde duur van de jeugdhulp en -zorgtrajecten tegen de verwachtingen in is gestegen. Dit blijkt uit cijfers van het CBS, die in december 2019 een maatwerktabel publiceerden over de duur van jeugdhulp- en zorgtrajecten in de periode 2015 – 2019². Een blik op de indexcijfers die in de tabel zijn opgenomen laten zien dat de gemiddelde trajectduur over alle jeugdzorgregio's in 2019 ten opzichte van 2015 met respectievelijk 31% is gestegen bij jeugdhulp zonder verblijf en met 42% bij jeugdzorg met verblijf.

Partijen verenigd in het ABJ kunnen deze stijging niet goed verklaren en daarom heeft I&O Research opdracht gekregen om de cijfers van CBS te analyseren en over deze ontwikkeling in gesprek te gaan met verschillende jeugdzorgregio's.

2.2 Hoofd- en deelvragen

Zoals hierboven gesteld is er niet direct een verklaring aan te wijzen voor de toename van de gemiddelde trajectduur die jongeren met jeugdhulp en jeugdzorg ontvangen. De hoofdvraag van het onderzoek is derhalve de volgende:

“Hoe kan de toename van de duur van jeugdhulptrajecten sinds 2015 worden verklaard?”

Het primaire doel van dit onderzoek is om zo veel mogelijk plausibele verklaringen voor de stijging van de gemiddelde trajectduur in kaart te brengen. Het onderzoek kent daarmee een sterk exploratief karakter. Om dit exploratieve karakter enige richting mee te geven zijn er een aantal initiële deelvragen geformuleerd. Deze initiële deelvragen zijn de volgende:

- 1 Bij welke vormen van jeugdhulp is de stijging tussen 2015 en 2019 het sterkst?
- 2 Is de stijging van de hulp het gevolg van registratie effecten?
- 3 Heeft de stijging in de duur van de hulp te maken met specifieke regionale factoren?
- 4 Kan er iets worden gezegd over de relatie tussen de toenemende duur van de hulp en de intensiteit van de hulp? Of met het flexibel op- en afschalen van de intensiteit van de hulp?
- 5 Is er een verschil in de (ontwikkeling van de) duur van hulp tussen nieuwe (actief vanaf 2016) en bestaande aanbieders?
- 6 In hoeverre komt het voor dat een daling van het aantal jeugdigen in hulp gepaard gaat met langere duur van hulp?

² Zorgduur van jongeren met jeugd, 2015 – 2019, via: <https://www.cbs.nl/nl-nl/maatwerk/2019/50/zorgduur-van-jongeren-met-jeugdzorg-2015-2019>

- 7 In hoeverre hangt de duur van hulp samen met de wijze van bekostiging (PxQ, traject of lumpsum?)
- 8 Kan er een onderscheid worden gevonden tussen de duur van hulp in de bloedgroepen (Ivg, ggz of j&o)?
- 9 Is er een samenhang tussen de duur van de hulp en de verwijzers?
- 10 Sturen de onderzochte regio's expliciet op de duur van hulp en slagen zij daarin?

2.3 Methoden

Om bovenstaande hoofdvraag en deelvragen te beantwoorden zijn verschillende methoden toegepast. Tijdens het onderzoek is er een gegevensanalyse gedaan aan de hand van de CBS cijfers, zijn er verschillende professionals in zes jeugdzorgregio's gesproken en is een literatuuronderzoek uitgevoerd. Tijdens het onderzoek is onderscheid gemaakt tussen de onderstaande vormen van ondersteuning.

Hoofdcategorie	Ondersteuningsvorm	Toelichting
Jeugdhulp zonder verblijf (JHZV)	Totaal jeugdhulp zonder verblijf	
	Ambulant	Ambulante hulp of groepsgesprekken op het kantoor waarbij in principe één expertise tegelijkertijd binnen de hulpverlening wordt ingezet
	Daghulp	Begeleider of hulpverlener is minimaal een dagdeel in nabije omgeving van jongere (individueel of groep) op de locatie van de aanbieder.
	Jeugdhulp in netwerk van jeugdige	Vindt plaats bij de jongere thuis, op school of elders in het netwerk van de jongere.
Jeugdzorg met verblijf (JZMV)	Totaal jeugdzorg met verblijf	
	Pleegzorg	Jongere wordt (tijdelijk) opgenomen in een pleeggezin, waarbij pleeggezin wordt begeleid door pleegzorgorganisatie.
	Gezinsgericht	Alle vormen van verblijf die een gezinssituatie benaderen. Denk aan gezins- en logeerhuizen, zorgboerderijen waar overnacht wordt.
	Gesloten plaatsing	Jongere verblijft op basis van een machtiging in een instelling voor gesloten jeugdzorg.
	Ander verblijf bij aanbieder	Alle vormen van verblijf die niet onder voorgaande categorieën vallen.

Jeugdhulp uitgevoerd door het wijk- of buurtteam is niet meegenomen in dit onderzoek. Jeugdzorg op basis van gesloten plaatsing is door de lage aantallen niet apart uitgesplitst.

Gegevensanalyse

De eerste fase van het onderzoek betrof het verder uitdiepen van de cijfers die CBS beschikbaar heeft gesteld. Het document bestaat uit twee tabellen. Beide tabellen bevatten cijfers over het aantal trajecten per unieke cliënt. Dit zijn andere cijfers dan wat het CBS normaliter in eigen rapportages gebruikt. Daarin maken zij doorgaans gebruik van het aantal unieke trajecten.

- Tabel 1: Gemiddeld aantal ontvangen zorgdagen en aantal jongeren naar zorgduur per hulpvorm en jeugdregio, 2015 – 2018 (heel jaar) en 2019 1e halfjaar;
- Tabel 2: Ontwikkeling van het gemiddeld aantal ontvangen zorgdagen per hulpvorm en jeugdregio, 2015 – 2018 (heel jaar) en 2019 1e halfjaar.

Aan de hand van tabel 1 is gekeken naar het totaal aantal trajecten en de verdeling van de duur van de trajecten per vorm van jeugdhulp en -zorg. Er is bij de verdeling onderscheid gemaakt tussen trajecten die in een betreffend jaar korter dan 1 jaar duurden (of nog bezig waren), tussen de 1 en 3 jaar en langer dan 3 jaar. Met tabel 2 is gekeken naar de ontwikkeling van het gemiddeld aantal ontvangen zorgdagen. De resultaten van de gegevensanalyse zijn opgenomen in hoofdstuk 3.

Interviews met jeugdzorgregio's

Tijdens het onderzoek is contact gezocht met acht verschillende jeugdzorgregio's op basis van de onderstaande tabel. Voor ieder onderdeel zijn twee jeugdzorgregio's geselecteerd. Uiteindelijk is er gesproken met zes jeugdzorgregio's. Met twee geselecteerde regio's bleek het niet mogelijk om contact te krijgen.

	Jeugdhulp zonder verblijf	Jeugdzorg met verblijf
Gemiddelde trajectduur neemt toe	2 regio's	2 regio's
Gemiddelde trajectduur neemt niet toe	1 regio	1 regio

Per regio zijn (groeps-)gesprekken gevoerd. Onder hen waren zorgaanbieders, contract- en accountmanagers, beleidsmedewerkers en regiomanagers. Dit verschilde per betreffende regio. Tijdens de interviews is gesproken of men de ontwikkeling herkend en over mogelijke verklaringen. Hoofdstuk 4 gaat in op de uitkomsten van de gesprekken met de jeugdzorgregio's.

Naast de gesprekken met de regio's is ook gesproken met Niels Uenk van PPRC over sturing en bekostiging in het sociaal domein. PPRC is verbonden aan de Universiteit Utrecht en de Universiteit Twente en specialiseert zich in inkoop binnen de publieke sector.

Literatuuronderzoek

Sinds de decentralisaties (en daarvoor) is er reeds veel onderzoek gedaan naar volume, kosten en duur van jeugdzorg. Gedurende het onderzoek is gezocht naar literatuur, rapporten en andere onderzoeken die op het onderwerp aansluiten. De literatuurlijst staat in bijlage A. De gevonden documenten zijn in de beginfase van het onderzoek gebruikt om mogelijke verklaringen te vinden en na afloop van de interviews om resultaten nader te duiden.

2.4 Leeswijzer

Hoofdstuk 3 laat de resultaten zien van de gegevensanalyse. Hoofdstuk 4 gaat verder in op mogelijke verklaringen van ontwikkelingen die gevonden zijn in hoofdstuk 3. Tot slot zijn in hoofdstuk 5 de belangrijkste conclusies opgenomen.



Ontwikkeling in cijfers



3 Ontwikkeling in cijfers

Dit hoofdstuk bevat de belangrijkste bevindingen uit de analyses die zijn uitgevoerd met de maatwerktabel van CBS. Hoofdstuk 3.1 behandelt de (absolute en relatieve) stijging van het aantal behandeldagen voor de totalen van jeugdhulp zonder verblijf en jeugdzorg met verblijf. Hoofdstuk 3.2 laat de ontwikkeling per vorm van ondersteuning zien.

3.1 Gegevensanalyse

3.1.1 Trajecten en gemiddelde trajectduur

Eerste analyse laat toename zien in gemiddelde trajectduur ten opzichte van 2015

Zowel figuur 3.1 als 3.2 laten zien dat sinds 2015 de trajectduren (in dagen) voor jeugdhulp zonder verblijf (JHZV) en jeugdzorg met verblijf (JZMV) zijn toegenomen. Waar bij JHZV in 2015 nog 50% van de jeugdzorgregio's onder de 400 behandeldagen bleef, is dit in 2019 toegenomen tot ongeveer 525 dagen. De toename was het sterkst in 2015 en 2016. Vanaf 2017 is de stijging minder sterk. De toename is groter bij JZMV: in 2015 bleef 50% van de jeugdzorgregio's onder de 1000 behandeldagen, dit is jaarlijks toegenomen tot 1300 dagen in 2019. De stijging van de gemiddelde trajectduren is ook relatief weer te geven met behulp van indexcijfers. Tabel 3.1 laat zien dat de gemiddelde trajectduur in dagen voor JHZV in 2019 met 31% is toegenomen ten opzichte van 2015. Voor JZMV is de relatieve toename 42%.

Verder valt aan de figuren op dat de spreiding tussen de jeugdzorgregio's afneemt. In 2015 was de afstand tussen het laagste en hoogste waargenomen aantal dagen groter dan in 2019. Vanaf circa 2017/2018 wordt de afstand tussen deze twee punten kleiner. Er lijkt minder vaak sprake van opvallend lage trajectduren. Deze lage trajectduren hebben ook invloed op de interpretatie van de cijfers. Daarover meer in de volgende paragraaf.

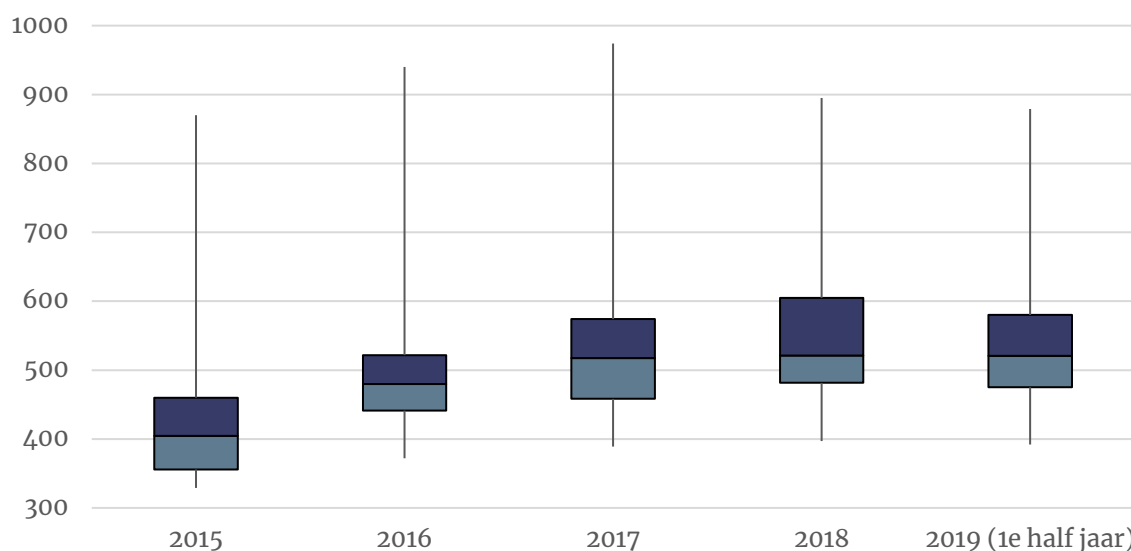
Het lezen van een boxplot

Een boxplot geeft de verdeling van de resultaten weer en daarvoor worden alle waarnemingen van laag naar hoog gesorteerd en één voor één geteld. In de beschrijvende statistiek is een boxplot een grafische weergave van de vijf-getallensamenvatting.

De vijf getallen zijn het minimum (de eerste, laagste waarneming), het eerste kwartier (de waarde waarbij 25% van alle waarnemingen zijn geteld), de mediaan (waarbij 50% is geteld, in dit geval de 21^e jeugdzorgregio), het derde kwartiel (75% geteld) en het maximum (de laatste, hoogste getelde waarde). **Let op dat 50% van de getelde waarden niet per sé het gemiddelde hoeft te zijn.** Een boxplot is daarmee een vereenvoudigde, maar bruikbare, voorstelling van de verdeling van de data.

Voorbeeld

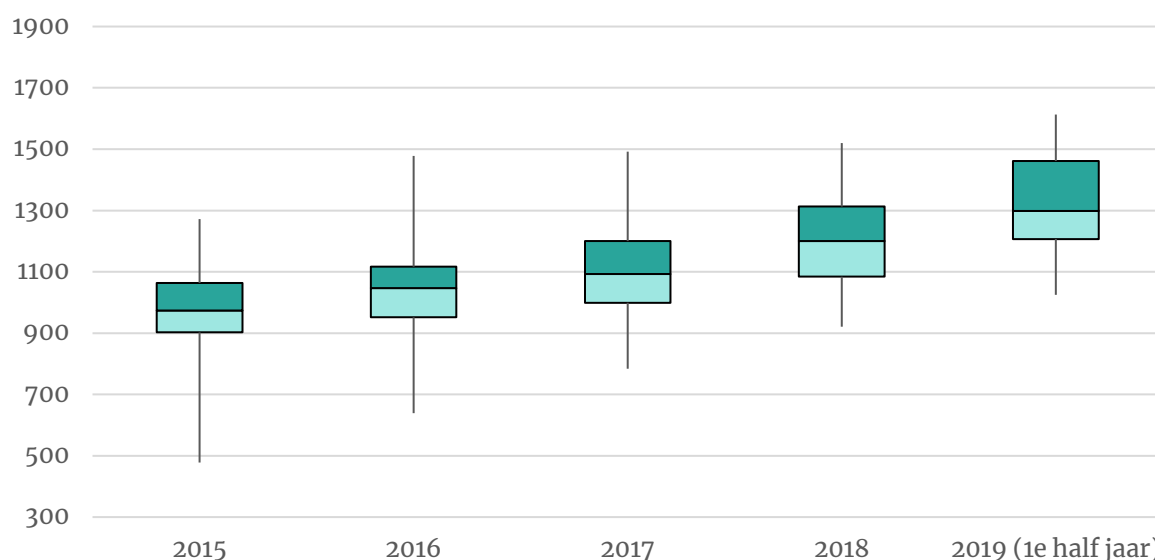
Stel dat regio X in figuur 3.1 een behandelduur had van 600 dagen, dan valt die score tussen het derde kwartiel en het hoogst waargenomen resultaat. Dit betekent dat regio X in ieder geval een hogere behandelduur heeft dan 75 procent van de waargenomen gemeenten.



Figuur 3.1 Boxplot met verdeling van gemiddelde trajectduur in dagen (JHZV) van de 42 jeugdzorgregio's³⁴

Tabel 3.1 Indexcijfers gemiddelde trajectduur jeugdhulp zonder verblijf

Jeugdhulp zonder verblijf	2015	2016	2017	2018	2019 (1 ^e half jaar)
Index t.o.v. 2015	100	118	128	132	131



Figuur 3.2 Boxplot met verdeling van gemiddelde trajectduur in dagen (JZMV) van de 42 jeugdzorgregio's

Tabel 3.2 Indexcijfers gemiddelde trajectduur jeugdzorg met verblijf

Jeugdzorg met verblijf	2015	2016	2017	2018	2019 (1 ^e half jaar)
Index t.o.v. 2015	100	109	117	129	142

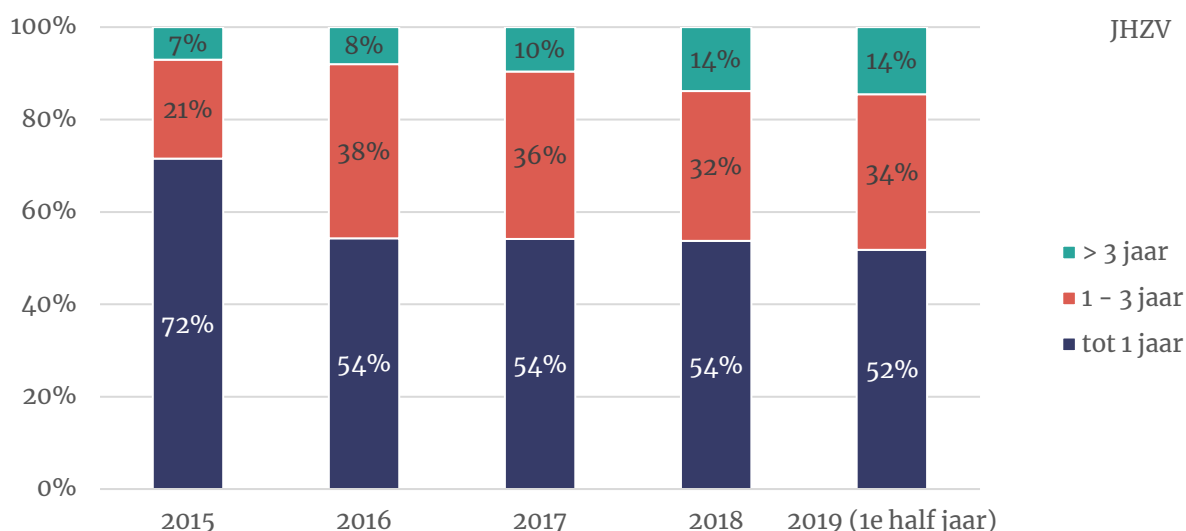
³ Let op: de streep in het midden van de boxplot is de mediaan en niet het gemiddelde (zie uitleg op vorige pagina).

⁴ Deze figuren zijn gebaseerd op een maatwerktable van CBS. Hierbij is uitgegaan van het aantal trajecten per unieke cliënt. Het CBS gaat in andere rapportages uit van unieke trajecten.

Verdeling van trajectduren laat vermoedelijk administratie-effect in 2015 zien

Tabel 1 van de CBS-data geeft een verdeling per jaar hoe lang jongeren in het betreffende jaar reeds jeugdhulp ontvangen. Deze data is tijdens de gegevensanalyse gecategoriseerd in drie categorieën: jongeren die tot 1 jaar jeugdhulp ontvangen, tussen de 1 en 3 jaar of langer dan 3 jaar. De onderstaande figuren visualiseren deze verdeling. Opvallend is dat in 2015 een groot aantal jongeren binnen de categorie ‘tot 1 jaar’ vallen. Dit is zeer waarschijnlijk een direct gevolg van de transitie in 2015: jongeren zijn door zorgaanbieders voor het eerst ingeschreven in hun administratie voor de gemeente (ook al ontvingen zij mogelijk al langer ondersteuning). Dit zorgt er primair voor dat het gemiddelde aantal dagen in 2015 veel lager ligt dan werkelijk het geval zal zijn geweest.

Wanneer de cijfers van deze categorie voor jeugdhulp zonder verblijf vergeleken worden met de jaren daarna, dan is de groep ‘tot 1 jaar’ in 2015 zo’n 18 procentpunten groter dan latere jaren. Dit betekent dat bijna een vijfde meer jongeren een maximale trajectduur heeft van 365 dagen. Dit zorgt er voor dat in 2015 het gemiddeld aantal dagen veel lager ligt dan in latere jaren. In 2016 en 2017 is zichtbaar dat de groep 1 – 3 jaar juist groter is. Dit zijn voor een deel dan ook de jongeren die in 2015 voor het eerst zijn ingeschreven.



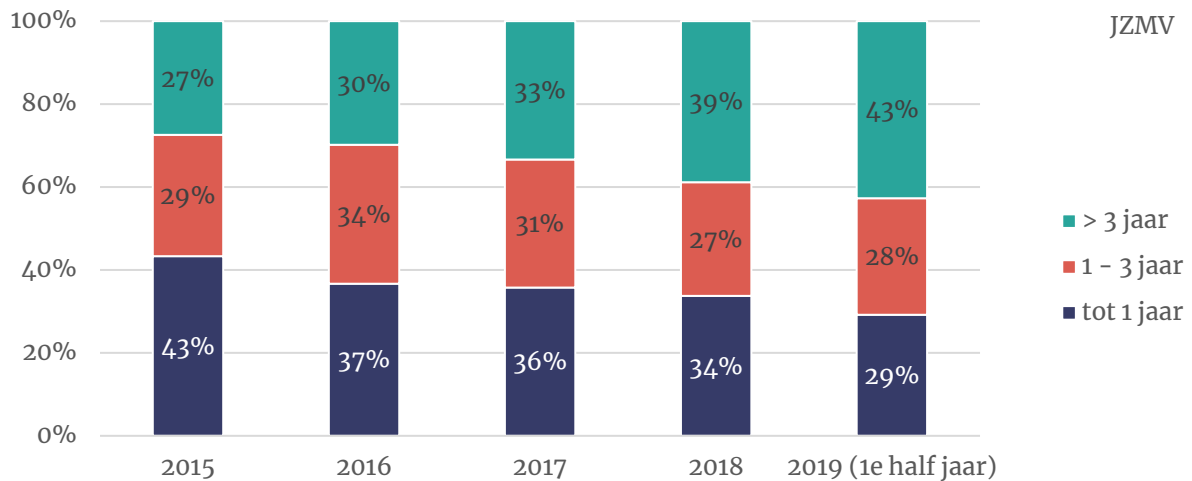
Figuur 3.3 Duur van trajecten (JHZV) gecategoriseerd per jaar

Bij jeugdzorg met verblijf vooral een toename in langdurige ondersteuning

Voor jeugdzorg met verblijf geldt dit administratie-effect tot op zekere hoogte ook, maar wel in mindere mate. Het verschil in procentpunten tussen 2015 en 2016 voor de categorie ‘tot 1 jaar’ is 5%. Opvallend bij deze verdeling is vooral het toegenomen aantal jongeren dat langer dan 3 jaar ondersteuning ontvangt: 27% in 2015 en 43% in 2019. De ‘instroom’ (het aantal jongeren met maximaal 1 jaar jeugdzorg) neemt daar jaarlijks af.

Dit valt mogelijk te verklaren doordat sinds de transitie de focus vooral ligt bij zorg dicht bij de jongeren te leveren. Regio’s, gemeenten en zorgaanbieders streven er naar om de hoeveelheid residentiële zorg waar mogelijk te verminderen. Vanuit het oogpunt van de bezuinigingsopdracht is dit ook een logisch gevolg. Residentiële jeugdzorg is duurder dan jeugdhulp zonder verblijf. Een zorgaanbieder van residentiële jeugdzorg zegt hierover: “Het beleid is er op gericht om jongeren uit de residentiële hulp te krijgen.

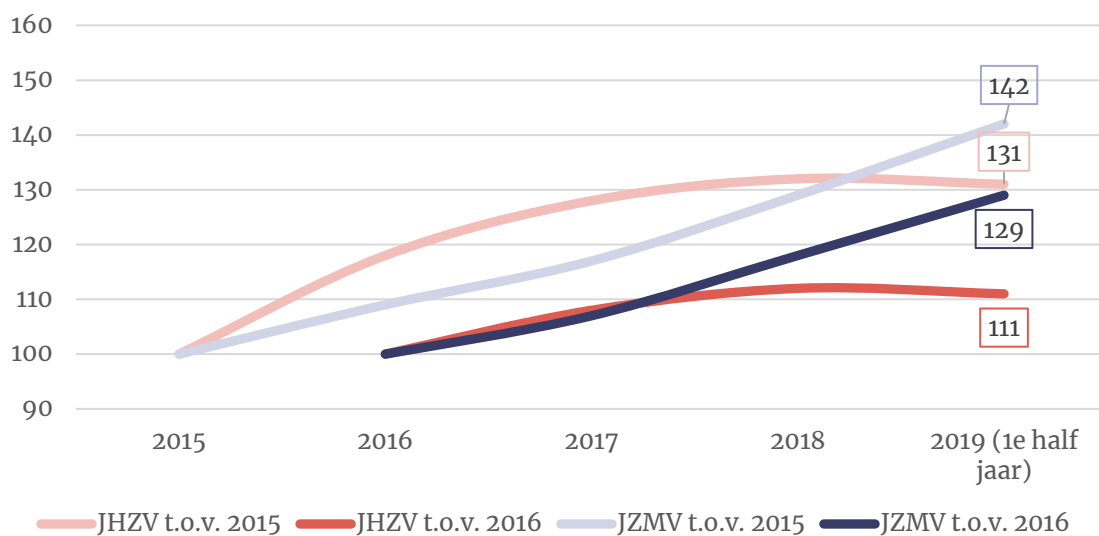
Dit lukt ook wel aardig doorgaans. Als er een thuis voor de jongere is, dan wordt deze ook naar huis gebracht.” Hieruit volgt de hypothese dat de toegenomen gemiddelde trajectduur vooral wordt veroorzaakt door een steeds kleinere groep jongeren die door de zwaarte van hun hulpvraag hoe dan ook residentiële hulp nodig blijft houden en niet uitstroomt naar andere vormen van (niet-residentiële) ondersteuning.



Figuur 3.4 Duur van trajecten (JZMV) gecategoriseerd naar jaar

Ten opzichte van 2016 is de toename van de gemiddelde trajectduur genuanceerder

Uit bovenstaande figuren blijkt dat – met name bij jeugdhulp zonder verblijf – het aannemelijk is dat in 2015 door administratieve redenen een lagere gemiddelde trajectduur dan werkelijk het geval was is genoteerd. Dit heeft vervolgens invloed op de relatieve stijging (weergegeven met de indexcijfers) sinds die tijd. Een nauwkeurigere weergave van stijging van de trajectduur is dan ook om een index te berekenen met als uitgangspunt 2016. De figuur hieronder geeft weer dat de toename in de gemiddelde trajectduur sinds 2016 minder hoog is vergeleken met 2015. De toename van de gemiddelde behandelduur voor jeugdhulp zonder verblijf is sinds 2016 11% en voor jeugdhulp met verblijf 29%, in plaats van respectievelijk 31% en 42%.



Figuur 3.5 Indexcijfers t.o.v. 2015 en 2016



Tabel 3.3 Indexcijfers t.o.v. 2015 en 2016

Soort	Index	2015	2016	2017	2018	2019 (1 ^e half jaar)
Jeugdhulp zonder verblijf	Index t.o.v. 2015	100	118	128	132	131
	Index t.o.v. 2016	-	100	108	112	111
Jeugdzorg met verblijf	Index t.o.v. 2015	100	109	117	129	142
	Index t.o.v. 2016	-	100	107	118	129

3.2 Ontwikkelingen in jeugdhulp zonder verblijf

Nu er een algemeen beeld is van de ontwikkeling in de gemiddelde trajectduur in de jeugdhulp en -zorg, wordt in deze paragraaf gekeken naar specifieke ontwikkelingen in jeugdhulp zonder verblijf. Hierbij wordt onder andere gekeken naar de afzonderlijke ondersteuningsvormen: ambulante, daghulp en jeugdhulp in het netwerk van de jongere.

3.2.1 Totaal jeugdhulp zonder verblijf

Ambulant meest verstrekte vorm van ondersteuning zonder verblijf

Met behulp van CBS-data is een vergelijking gemaakt om te achterhalen welke vormen van ondersteuning naar verhouding het vaakst worden verstrekt en welke daarmee de grootste invloed hebben op de gemiddelde trajectduur. Uit tabel 3.4 blijkt dat de meest verstrekte vorm van jeugdhulp zonder verblijf (excl. jeugdhulp uitgevoerd door wijkteams) ambulante hulp is. Bij ongeveer driekwart van de trajecten binnen jeugdhulp zonder verblijf gaat het om deze categorie. Daarna volgt jeugdhulp in het netwerk van de jongere (ongeveer een op de vijf) en tot slot daghulp (7%). Daghulp is vergeleken met de andere twee ondersteuningsvormen de ondersteuning met de hoogste gemiddelde behandelduur (516 dagen in 2019), maar wanneer deze groep vergeleken wordt qua impact op het gemiddelde (aandeel x aantal dagen) valt die weg tegenover de groep die ambulante ondersteuning ontvangt met een iets lager gemiddeld aantal behandeldagen (495 dagen).

Tabel 3.4 Verdeling ondersteuningsvormen jeugdhulp zonder verblijf (trajecten)

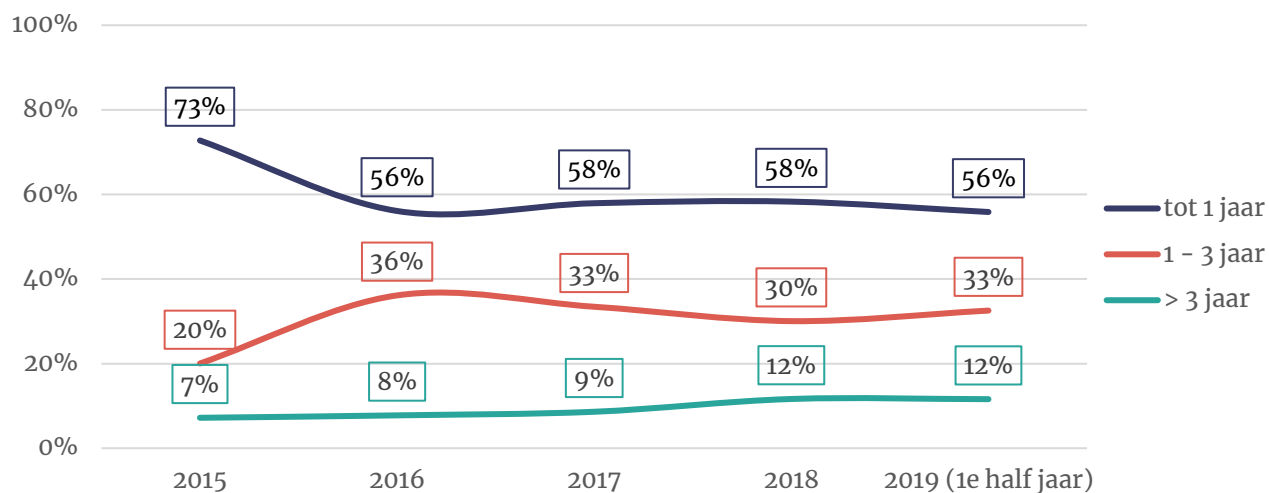
	Totaal JHZV (niet uitgevoerd door wijkteam)	Daghulp	Ambulant	JH in netwerk
Trajecten in eerste half jaar 2019 ⁵	458.755	31.125	341.310	86.320
%	100%	7%	74%	19%
Trajectduur in dagen	-	516	495	419

⁵ Via: <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/84134NED/table?ts=1588246023201>. Aangezien Jeugdhulp uitgevoerd door het wijkteam niet is meegenomen in dit onderzoek, telt deze niet mee in dit totaal van JHZV.

3.2.2 Ambulant

Vooral een toename van jongeren die langdurig ambulante hulp krijgen

Voor de naar verhouding grootste groep van ondersteuning binnen de groep jeugdhulp zonder verblijf valt op dat het aantal jongeren dat langer dan drie jaren ambulante jeugdhulp ontvangt sinds 2015/'16 is toegenomen met ongeveer vier procentpunten. De groep die tot 1 jaar hulp ontvangt is met uitzondering van 2015 jaarlijks ongeveer gelijk.

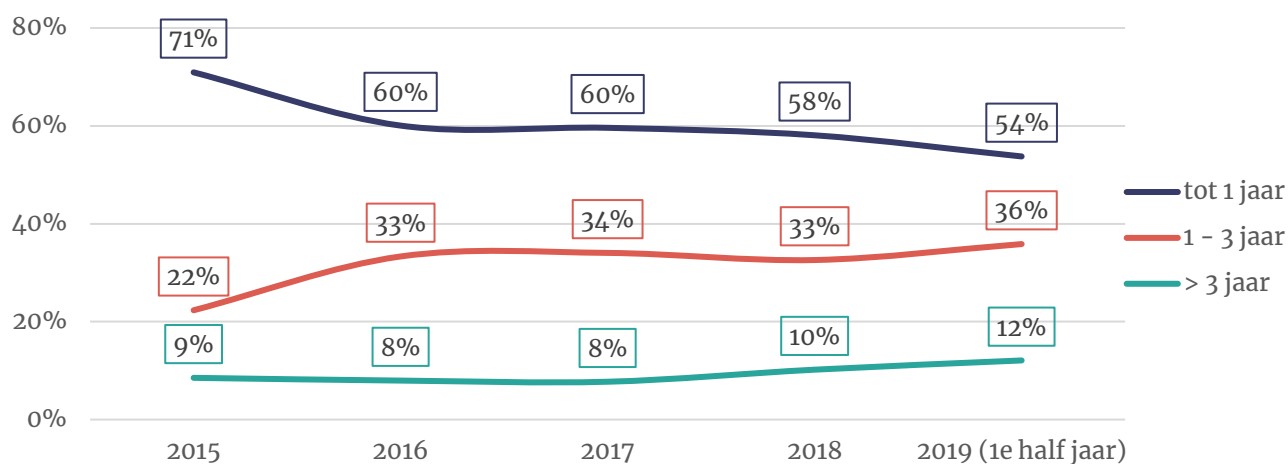


Figuur 3.6 Ontwikkeling verdeling duur trajecten ambulante jeugdhulp

3.2.3 Daghulp

Bij daghulp zelfde patroon als bij ambulante jeugdhulp

Ook bij hulpvormen waarbij jongeren een dagdeel op locatie van de zorgaanbieder besteden is een zelfde patroon zichtbaar als bij de ambulante hulpverlening. Sinds 2017 neemt het aantal jongeren dat langer dan drie jaren in hulp zit toe, terwijl het aantal jongeren dat 'instroomt' juist daalt.

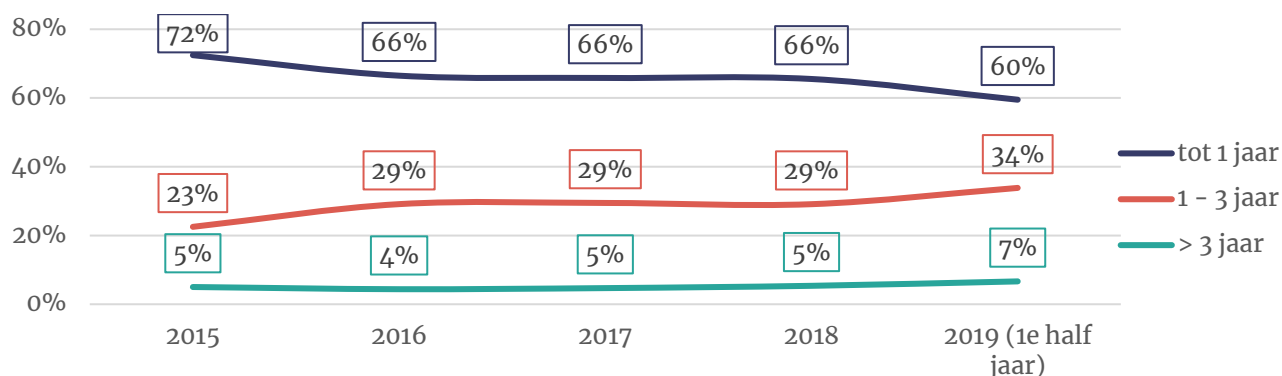


Figuur 3.7 Ontwikkeling verdeling duur trajecten daghulp

3.2.4 Jeugdhulp in netwerk van jeugdige

Jongeren die hulp krijgen binnen het eigen netwerk stromen sneller uit

Bij jeugdhulp in het netwerk van de jongere valt op dat de groep die langere tijd jeugdhulp ontvangt niet zozeer sterk toeneemt. In deze groep is pas in 2019 een ontwikkeling in de categorieën te zien. In de periode 2016 – 2018 zit er nauwelijks ontwikkeling in de verhouding tussen de drie categorieën.



Figuur 3.8 Ontwikkeling verdeling duur trajecten jeugdhulp in netwerk van de jongere

3.3 Ontwikkelingen in jeugdzorg met verblijf

3.3.1 Totaal jeugdzorg met verblijf

Pleegzorg heeft grootste invloed op gemiddelde trajectduur binnen residentiële jeugdzorg

Binnen de residentiële jeugdzorg is naar verhouding pleegzorg de meest verstrekte vorm van ondersteuning, boven gezinsgerichte jeugdzorg en ‘andere vormen van verblijf’. Gesloten jeugdzorg valt ook binnen het totaal van jeugdzorg met verblijf, maar door de zeer kleine aantallen jongeren per regio is de impact van deze groep op de gemiddelde trajectduur verwaarloosbaar.

Gekeken naar tabel 3.5 is te zien dat de pleegzorg de grootste impact heeft op de gemiddelde trajectduur in 2019 (46% van de trajecten en een gemiddelde trajectduur van 1.786 dagen). Daarna volgen andere vormen van verblijf (resp. 42% en 523 dagen) en gezinsgericht (resp. 12% en 685 dagen).

Tabel 3.5 Verdeling ondersteuningsvormen jeugdzorg met verblijf (trajecten)

	Totaal JZMV (excl. gesloten plaatsing)	Pleegzorg	Gezinsgericht	Anders
Trajecten in eerste half jaar 2019 ⁶	48.735	22.595	5.745	20.400
%	100%	46%	12%	42%
Trajectduur in dagen	-	1.786	685	523

⁶ Via: <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/84134NED/table?ts=1588246023201>

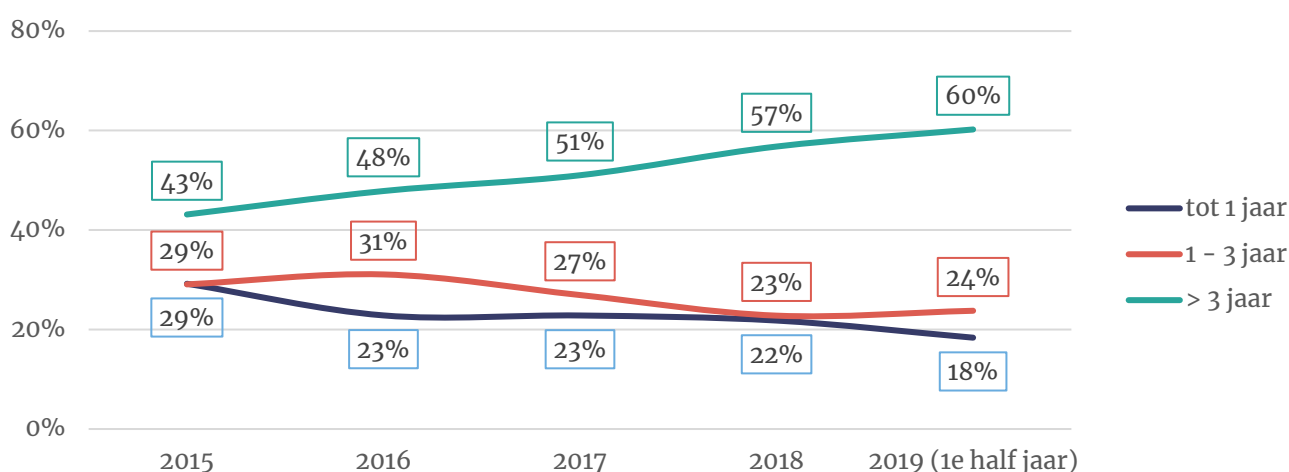
3.3.2 Pleegzorg

Flinke toename langdurige pleegzorg

Uit de onderstaande figuur blijkt dat sinds 2015 de groep die langer dan 3 jaren pleegzorg ontvangt ieder jaar groter wordt, terwijl de groep die tot 1 jaar pleegzorg jaarlijks afneemt. Een eerste mogelijke verklaring is dat de instroom in de pleegzorg afneemt, waardoor de groep die deze hulp voor langere tijd ontvangt automatisch groter wordt ten opzichte van de totale groep. Cijfers van Jeugdzorg Nederland laten echter nog geen lagere instroomaantallen zien.

Een tweede mogelijke verklaring ligt in de observatie dat de gemiddelde leeftijd van pleegzorgcliënten vrij laag is dan wel daalt, waardoor zij automatisch langer pleegzorg ontvangen. Een gesproken zorgaanbieder die pleegzorg faciliteert en begeleidt geeft aan dat zij steeds vaker te maken krijgen met jongere cliënten. Waar een aantal jaren geleden de leeftijd van een jongere bij een aanmelding rond de 16 jaar lag, is dat bij deze zorgaanbieder in de afgelopen jaren gedaald naar 13 tot 15 jaar. Cijfers over pleegzorg van Jeugdzorg Nederland laten zien dat ongeveer 65% van de jongeren al voordat zij 13 jaar worden pleegzorg ontvangen. Deze jongeren blijven vaak tot hun 18^e pleegzorg ontvangen, wat tot gevolg heeft dat zij vaak een langere behandelduur kennen dan andere vormen van jeugdzorg met verblijf. De gesproken zorgaanbieder zegt hierover: *“Eerder stroomden cliënten door vanuit pleegzorg/gezinshuizen/behandelgroepen maar nu komen er ook cliënten die rechtstreeks vanuit huis komen en nog niet zoveel andere plekken hebben gezien in vergelijking tot een paar jaar geleden. De hulpverleningsgeschiedenis van cliënten is dus veranderd.”*

Een derde verklaring ligt in de wijziging van de regels rond pleegzorg. Vanaf 1 juli 2018 is pleegzorg standaard tot 21 jaar mogelijk. Daarnaast heeft er een omslag plaatsgevonden van ‘pleegzorg tot 18 jaar ten zij langer nodig is’ naar ‘pleegzorg tot 23 jaar tenzij eerder gestopt kan worden’. Deze omslag in regels en denken dragen vermoedelijk ook bij aan de langere behandelduren.

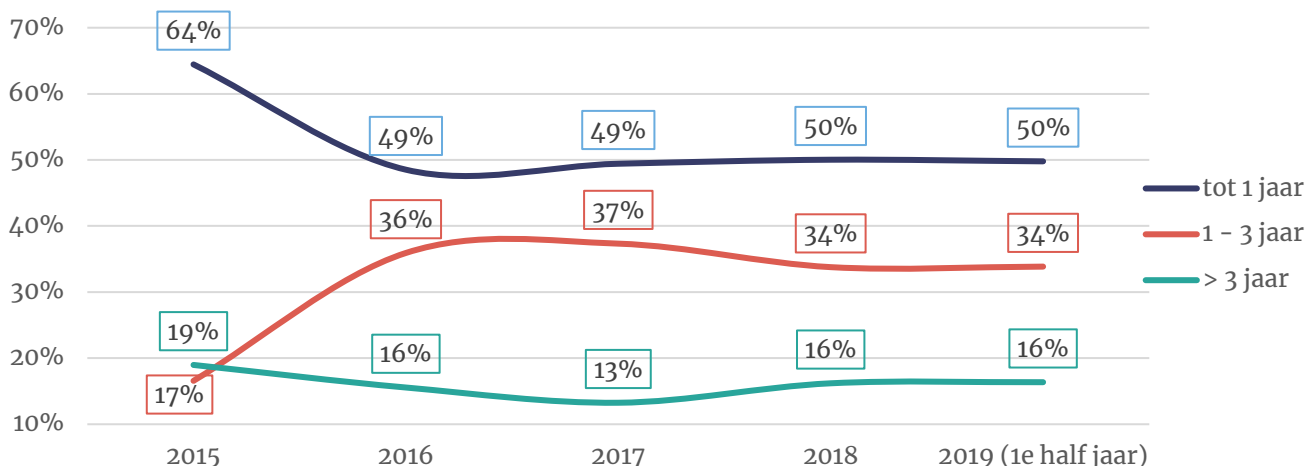


Figuur 3.93.6 Ontwikkeling verdeling duur trajecten pleegzorg

3.3.3 Gezinsgericht

Weinig ontwikkeling in gezinsgerichte residentiële jeugdzorg

Waar een duidelijk patroon is ontstaan bij pleegzorg, daar ontbreekt deze bij gezinsgerichte jeugdzorg met ondersteuning. Ten opzichte van 2016 is er geen duidelijke ontwikkeling te zien in het aantal jongeren dat tot 1 jaar of langer ondersteuning ontvangt.

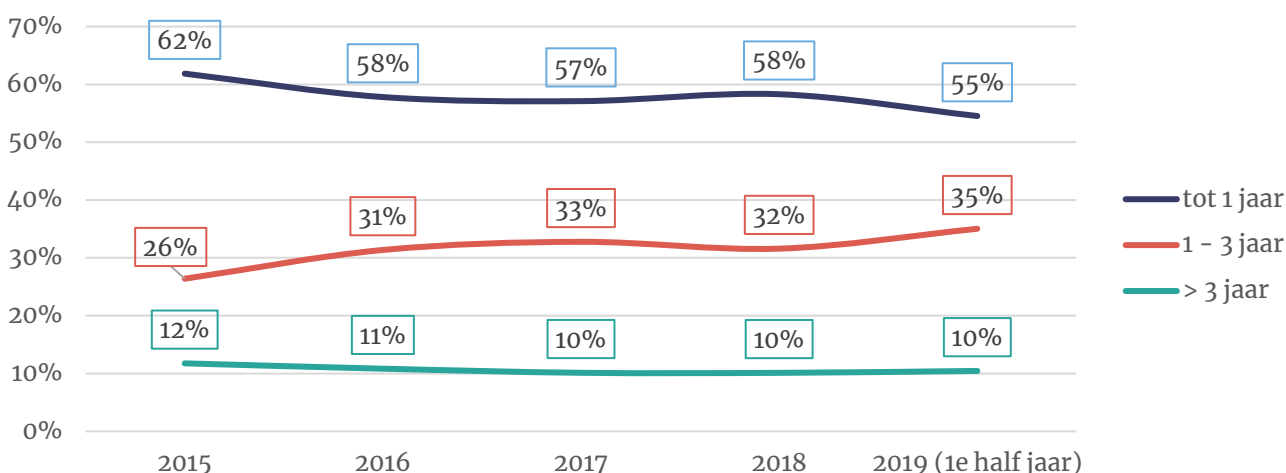


Figuur 3.103.7 Ontwikkeling verdeling duur trajecten gezinsgerichte jeugdzorg met verblijf

3.3.4 Andere vormen van jeugdzorg met verblijf

Lichte toename jongeren die tot drie jaren andere residentiële jeugdzorg ontvangen

Bij de categorie 'andere vormen van jeugdzorg met verblijf' is een lichte toename te zien in het aantal jongeren dat 1 tot 3 jaren een van deze residentiële jeugdzorgvormen ontvangt. Het aantal jongeren dat langdurige ondersteuning ontvangt (> 3 jaren) is voor deze ondersteuningsvorm stabiel.



Figuur 3.11 Ontwikkeling verdeling duur trajecten andere vormen van jeugdzorg met verblijf

3.4 Conclusies deskresearch

In deze paragraaf vindt u de belangrijkste conclusies naar aanleiding van de gegevensanalyse.

Stijging gemiddelde trajectduur waarschijnlijk deels veroorzaakt door administratie-effect

De sterke toename van de gemiddelde trajectduur ten opzichte van 2015 is zeer waarschijnlijk het gevolg van het invoeren van (al dan niet bestaande) cliënten in nieuwe administratiesystemen ten tijde van de transitie. Er is wel degelijk sprake van een toename van de gemiddelde trajectduur, ook wanneer men kijkt vanaf 2016, maar niet in dezelfde mate zoals de indexcijfers in het CBS-bestand doen vermoeden.

Pleegzorg heeft grote impact in toename gemiddelde trajectduur jeugdzorg met verblijf

Binnen de categorie jeugdzorg met verblijf heeft pleegzorg zowel qua volume (aandeel in totaal aantal trajecten) als een hoge gemiddelde trajectduur een grote invloed op de toename van de gemiddelde duur van jeugdzorg met verblijf.

Langdurige ambulante hulpverlening heeft invloed op toenemende trajectduur zonder verblijf

Bij de jeugdhulp zonder verblijf is ambulante hulp met enige afstand de grootste groep. Binnen deze ondersteuningsvorm is het aantal jongeren dat langdurig (meer dan drie jaren) ondersteuning ontvangt in de afgelopen jaren licht toegenomen. Dit lijkt een van de voornaamste ontwikkelingen waarom jeugdhulp zonder verblijf gemiddeld 11% langer duurde in 2019 ten opzichte van 2016.

3.4.1 Aanvullend deskresearch

Mogelijk sprake van substitutie-effect

Veel van de gesproken jeugdzorgregio's en aanbieders geven aan dat zij er in slagen om de jeugdhulp dichterbij de cliënt te organiseren. Dit betekent dat het aandeel jongeren met residentiële jeugdzorg afneemt. Cijfers van het CBS lijken deze ontwikkeling te staven. Ook het afnemende aantal jongeren dat minder dan 1 jaar pleegzorg ontvangt lijkt te wijzen op substitutie van deze vorm van jeugdzorg met verblijf naar vormen waarbij de jongere thuis verblijft.

Een afname van de instroom binnen de pleegzorg, samen met de observatie dat cliënten op jongere leeftijd instromen in pleegzorg (en daardoor langer tot hun 18^e pleegzorg ontvangen), heeft als logisch gevolg dat de gemiddelde duur binnen pleegzorg en jeugdzorg met verblijf toeneemt. Tegelijk is het zeer waarschijnlijk dat er voor de jongeren die uit de pleegzorg stromen een intensievere ondersteuningsvorm moet worden gevonden. Doordat de cliënten met intensievere hulpvragen vaker in de categorie zonder verblijf terecht komen, verklaart dit mogelijk waarom jongeren langer ambulante hulp en dagopvang ontvangen.

Gekeken naar de volumecijfers van het NJi en CBS is sinds 2017 het aantal jongeren dat jeugdzorg met verblijf ontvangt afgenomen en lijkt het aantal jongeren dat jeugdhulp zonder verblijf ontvangt jaarlijks toe te nemen (zie tabel 3.6).



Tabel 3.6 Aantal cliënten die jeugdhulp en -zorg ontvangen (alle jaren eerste half jaar)⁷

	2015	2016	2017	2018	2019
Zonder verblijf tot 18 jaar	269.765	293.190	315.080	322.320	340.625
Met verblijf tot 18 jaar	35.710	38.345	40.805	37.870	38.660

Minder vaak herhaald beroep volgens studie van Significant⁸

Een studie uitgevoerd door Significant haalt aan dat er een stijging is in het volume van de genoemde ondersteuningsvormen tot en met 2017 (zo blijkt ook uit bovenstaande tabel van CBS). Significant (2019) zegt daarbij dat een zogenaamd herhaald beroep geen verklarende factor is voor de ontwikkeling van het volume. Het gaat naar verhouding steeds vaker om cliënten die voor het eerst een beroep doen op jeugdhulp. Hieruit volgt de hypothese dat deze jongeren ‘hun weg nog moeten vinden binnen de jeugdhulp’ en dat het nog maar de vraag is of het toegangssysteem hier in is geslaagd. Meer over de toegang naar jeugdhulp en andere mogelijke verklaringen die volgden uit de gesprekken met de jeugdzorgregio’s in hoofdstuk 4.

⁷ Via: <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/84135NED/table?dl=3797A>

⁸ Via: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2019/04/24/analyse-volume-jeugdhulp-eindrapportage>

Mogelijke oorzaken en verklaringen



4 Mogelijke oorzaken en verklaringen

In dit hoofdstuk worden de resultaten gepresenteerd die zijn opgehaald uit de gesprekken met de verschillende jeugdzorgregio's en de literatuurstudie. Hoofdstuk 4.1 gaat in op mogelijke verklaringen aan de hand van enkele hypothesen die voorafgaand aan het onderzoek zijn opgesteld en hoofdstuk 4.2 gaat dieper in op de sturingsmogelijkheden in het sociaal domein en de relatie tussen gemeenten/jeugdzorgregio's en zorgaanbieders.

4.1 Genoemde verklaringen

Voorafgaand aan het onderzoek zijn er vier categorieën opgesteld die mogelijk oorzaken en verklaringen voor de stijging van de gemiddelde duur bevatten. Deze zijn vervolgens besproken in de (groeps)interviews. De categorieën zijn de volgende:

- 1 Administratie-effecten
- 2 Sociaaleconomische, demografische en regiogerelateerde effecten
- 3 Effecten aangaande kwaliteit (van doorverwijzing naar) jeugdhulp
- 4 Inkoop-effecten

4.1.1 Administratie-effecten

Hoge administratiedruk zorgt mogelijk voor onbedoelde fouten

In het vorige hoofdstuk is aangetoond dat ten opzichte van 2015 een administratie-effect hoogstwaarschijnlijk invloed heeft op de interpretatie van de cijfers. Gedurende de interviews is ook gebleken dat sinds de decentralisaties de administratiedruk voor betrokken partijen is toegenomen. Veel jeugdzorgregio's en gemeenten hanteren een eigen systematiek rond administratie en aanbestedingsprocedures.

Deze druk wordt ook herkend in gesprek met de jeugdzorgregio's. Een regio gaf aan dat er nieuwe handelingen bij zijn gekomen ten opzichte van de situatie van voor 2015. Het is daardoor niet ondenkbaar dat er meer onbewuste administratiefouten zijn gemaakt. Denk daarbij aan het niet op tijd uitschrijven van cliënten en fouten bij het overzetten wanneer er van systeem is gewisseld.

4.1.2 Sociaaleconomische, demografische en regiogerelateerde factoren

Sociaaleconomische status en veerkracht ouders belangrijke determinanten

Er is reeds veel onderzoek gedaan naar factoren die het gebruik van jeugdhulp kunnen verklaren, zowel qua volume als kans op succes van een behandeling. Onderzoek van Significant laat zien dat echter het grootste deel van verschillen in volume van jeugdhulp niet verklaard kunnen worden door sociaaleconomische factoren. In een statistisch model dat zij hebben ontwikkeld kunnen zij voor 42% de verschillen verklaren van jeugdhulpvolume tussen gemeenten. Dit verschil moet vooral gezocht worden in demografische en regionale factoren zoals het aantal jongeren onder de 18, niet-westerse migranten, bijstandsgezinnen, eenoudergezinnen en het mediane inkomen⁹.

⁹ Via: <https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2019/04/24/analyse-volume-jeugdhulp-eindrapportage/analyse-volume-jeugdhulp-eindrapportage.pdf>

Dit gaat echter vooral in op het volume en de aantallen jongeren die jeugdhulp of -zorg ontvangen. Gekeken naar de trajectduur is het ook van belang om te kijken naar het succes/effect van de behandeling die op dat moment is gestart.

In de gesprekken met jeugdzorgregio's komt veelal de sociaaleconomische status naar boven wanneer gevraagd wordt wat mogelijk een langere duur van jeugdhulp en -zorgtrajecten veroorzaakt. Risicofactoren die zij zien zijn samen te vatten onder de noemers stress en/of veerkracht van de gezinnen. Een hogere veerkracht leidt tot een kleinere vraag naar jeugdhulp. Veerkracht is afhankelijk van zaken als schulden, huiselijk geweld, psychische problematiek, armoede, slechte huisvesting et cetera. Wanneer deze achterliggende problemen maar in beperkte mate zijn weggenomen (of waar onvoldoende een oplossing voor is gevonden) zal een behandeling minder vaak het gewenste effect hebben en/of zal de kans op herhaling of zelfs verergering van de problematiek groot zijn. Aanvullend onderzoek zou uit moeten wijzen of bovengenoemde factoren ook correleren met een langere behandelduur. Dat is op basis van de CBS-data op jeugdzorgregio-niveau niet goed mogelijk gebleken. Gemeenten en regio's proberen met het vergroten van de rol van het voorliggend veld vaker in te spelen op de vaak ingewikkeldere thuissituatie van jongeren. Hierover meer bij factoren die spelen rond de toegang naar jeugdhulp en -zorg.

Ook de vaker aangehaalde toegenomen complexiteit van de samenleving en de weerslag daarvan op hulpvragen van cliënten is tijdens de gesprekken genoemd. Veel gemeenten en regio's bewegen richting een grotere focus op normalisatie. Zij merken dat ouders sneller een beroep doen op jeugdhulp, al dan niet door het verdwijnen van het stigma om hulp te zoeken. Een van de gesproken zorgaanbieders zegt dat zij tot op zekere hoogte verbaasd waren over het structurele verblijf van jongeren op dagopvanglocaties. *'Het is bijna het nieuwe status quo geworden dat jongeren met een indicatie dagopvang maar weinig thuis meer zijn'*.

Aanbod creëert vraag

Naast sociaaleconomische status komt in de gesprekken ook veel naar voren dat een groter aanbod ook een grotere vraag naar jeugdhulp in de hand werkt. Regio's die aangeven veel aanbieders onder contract te hebben staan – bijvoorbeeld door het werken met een open house constructie – zeggen dat dit er toe leidt dat zorgaanbieders zich vraaggericht gaan opstellen. *'Het lijkt er op alsof zij als het ware zorg hebben opgehaald'*, aldus een van de gesproken regio's. Het ophalen van vraag ligt niet in lijn met de gedachte van de Jeugdwet, die uitgaat van gepaste hulp, dicht bij de cliënt waar mogelijk. Dit speelt volgens één regio met name onder de middelgrote aanbieders. De grote zorgaanbieders zijn vaak bovenregionaal actief en zijn hoogspecialistisch of hebben een divers aanbod aan behandelingen. Zij weten met hun naamsbekendheid, positie en specialisatie de vereiste cliënten (omzet) te krijgen. Kleinere aanbieders zijn vaak lokale spelers die zich richten op één vorm van ondersteuning voor een kleiner aantal cliënten, denk hierbij aan zorgboerderijen. Middelgrote aanbieders zitten hier als het ware tussen: zij hebben door de omvang van de organisatie een zekere omzet nodig, maar bezitten niet altijd de naamsbekendheid en hoogspecialistische kennis die een grote bovenregionale aanbieder wel heeft.

Wanneer een regio met een open house constructie honderd(en) aanbieders onder contract heeft staan heeft dit mogelijk ook gevolgen voor het zicht op de kwaliteit van de jeugdhulp. In de gesproken regio's werd er onder andere over gesproken dat bij enkele gevallen de kwaliteit geleverd door ingeschreven aanbieders onvoldoende was of dat deze aanbieders wel ingeschreven stonden, maar in zijn geheel niet werden ingezet omdat zij niet in de buurt van een betreffende gemeente liggen (maar wel binnen de regio vallen). Dit zijn allemaal factoren die bij kunnen dragen aan een lagere kwaliteit van hulpverlening en dus mogelijk ook langere behandeltrajecten.

Aanbod creëert echter niet alleen via organisaties die zich richten op jeugdhulp nieuwe vraag. Ook wanneer er veel aanbieders zijn die zich richten op volwassenenzorg (bijvoorbeeld GGZ of verslavingszorg), zorgt dat er voor dat gezinnen zich vaker vestigen in de buurt van deze instellingen. Dit zijn gezinnen met een hoger risico op de voornoemde problematiek, waardoor de kans groter is dat de kinderen in deze gezinnen ook complexere hulpvragen van multi-probleemgezinnen binnen het kader van de Jeugdwet krijgen.

Niet mogelijk om verschil duur trajecten op basis van kenmerken regio's te verklaren

Uit het bovenstaande blijkt dat op basis van cijfers tot op zekere hoogte verklaard kan worden welke gemeenten of gebieden een grotere vraag naar jeugdhulp kunnen verwachten. Wanneer er echter per regio gekeken wordt dan valt op dat door de omvang van de jeugdzorgregio's altijd wel een of meerder risicofactoren aanwezig zijn die een hoger beroep op jeugdhulp verklaren.

Denk hierbij aan de aanwezigheid in de regio's van één of meer grotere stedelijke kernen, die vaker te maken hebben met sociaaleconomische problematiek of aan de aanwezigheid van grotere (GGZ)-instellingen. Maar ook factoren waar niet direct aan gedacht wordt, zoals een christelijke politieke traditie van aandacht voor hulp aan naasten is naar voren gekomen tijdens de gesprekken. Daarnaast is er binnen de regio's ook niet altijd sprake van een gemeenschappelijke inrichting van jeugdhulp. Er wordt vaak gezamenlijk ingekocht, maar iedere gemeente heeft vervolgens zijn eigen prioriteiten en wijzen waarop bijvoorbeeld de toegang is ingericht. Dit maakt het niet één-twee-drie mogelijk om te zeggen: 'Regio B heeft een hogere gemiddelde trajectduur dan regio A om de volgende redenen...'

4.1.3 Effecten rond kwaliteit (van doorverwijzing naar) jeugdhulp

Gemeenten hebben niet altijd grip op de huisartsroute

Meerdere regio's geven aan dat er weinig controle is over hoe het met de doorverwijzing aan de kant van de huisartsen gaat. Ze kennen heel veel van de cliënten zelf niet, die ze daarom ook niet in beeld hebben. Ze krijgen een factuur binnen en tekenen die op basis van vertrouwen. Huisartsen zijn vanuit origine het startpunt waar ouders met hun (zorg)vragen terecht komen. Ze zijn daarom nog steeds een belangrijke toegangspoort naar jeugdhulp. Via deze route worden ook veel herindicaties afgegeven. Gemeenten willen meer inzetten op het gehele traject, maar geven ook aan dat zij de knoppen voor een groot deel niet in handen hebben: een groot deel van de toegang en herindicaties loopt via de huisartsen en GI's¹⁰. Daarbij leeft bij sommigen het gevoel dat huisartsen (te) snel verwijzen, vanwege een groot risicoreflex. Ze willen niet te laat verwijzen en willen gevolgen hiervan vermijden.

¹⁰ In de periode 2015 – 2017 stroomde ongeveer 40% in via huisarts (Significant, 2019, p. 12)

Het specialistische deel van de jeugdzorg heeft daarom een aanzuigende werking: het risico op escalatie is kleiner als men hier sneller naar verwijst. Dit beeld komt ook naar voren in de Benchmarkanalyse van Significant¹¹ (2019): de grip op medische verwijzingen die niet onder de gemeentelijke verantwoordelijkheid vallen (huisarts, medisch specialist) ervaren veel bij de door hen onderzochte gemeenten als een dilemma. Sommige gemeenten en regio's lukt het om goede afspraken te maken met huisartsen en hierin de toegang af te stemmen en op verschillende manieren samen te werken. Denk hierbij aan de inzet van POH's Jeugd en afspraken over verwijsgedrag van huisartsen, om de belangrijke positie die huisartsen hebben te versterken in het kader van jeugdhulp. Maar de verschillen hierin tussen regio's zijn groot: van het eerste contact tussen huisartsen naar overlegtafels samen met huisartsen en aanbieders. In de gesprekken komt ook naar voren dat inwoners aangeven dat als ondersteuning via de gemeentelijke toegang niet naar tevredenheid verloopt, ze het via de huisarts proberen. Ook komt het voor dat verwijsbrieven vanuit huisartsen soms jaren worden hergebruikt.

Risicomijdend gedrag zorgaanbieders

Het karakter van zorgaanbieders heeft een belangrijke rol in de lengte van zorgtrajecten. Over het algemeen is de indruk dat indicaties snel worden verlengd, waarbij de oude indicatie als uitgangspunt wordt gebruikt en dan bijvoorbeeld met een jaar wordt verlengd. Een redenatie voor de verlenging komt niet altijd duidelijk naar voren vanuit het perspectief van de regio's: *"Het komt vaak over als 'we proberen het nog een jaartje en zien dan wel'. 'Je hoort eigenlijk nooit: we zijn eerder klaar'".* Dat aanbieders risicomijdend gedrag vertonen is onderdeel van hun core business: om de zekerheid te hebben dat een doel wordt behaald in een traject en het risico te vermijden geldt 'liever te veel behandelen dan te weinig'. Bij te veel behandelen kun je natuurlijk afvragen wat de toegevoegde waarde is van elke extra behandeling. Tegelijk zal een hulpverlener de ondersteuning altijd zien als een oplossing voor het probleem, hetzelfde als dat een schilder aan de slag gaat met een oud huis dat wel een nieuw likje verf kan gebruiken. De vraag is: is het nog wel wenselijk of is er een beter alternatief? De aanbieder/hulpverlener is de professional en heeft de expertise dit te beoordelen en draagt hierin bij om met de benodigde middelen het trajectdoel te behalen ongeacht wat de invloed is op de duur van het traject. Het wordt echter ook lastig gevonden door gemeenten om hier wat van te vinden of te zeggen als gemeente of regio zijnde, omdat je erop vertrouwt dat de specialist er verstand van heeft. Enkele regio's merken in ieder geval op dat het hen is opgevallen dat van afschaling bij sommige aanbieders weinig sprake lijkt te zijn.

Niet mogelijk om jongeren in de Wet Langdurige Zorg te krijgen

In de meeste regio's komt naar voren dat een lastige doorstroom richting de Wlz bijdraagt aan het onnodig lang doorbehandelen van kinderen in jeugdzorg. Het blijkt vaak een grote opgave om een aanmelding rond te krijgen vanwege strenge eisen die de Wlz stelt. Dit zit vooral in het ontwikkelperspectief van het kind. Als er sprake is van enige ontwikkeling, hoe minimaal ook, wordt de aanvraag vaak afgewezen. Toch zijn dit vaak wel kinderen die 24-uurs zorg nodig hebben en hiermee dus langdurig blijven 'hangen' in jeugdhulp, veelal een grote post binnen het gemeentelijk budget. Men is vaak ontevreden over de afwijzing en kan zich niet altijd vinden in de redenatie:

¹¹ Benchmarkanalyse uitgaven jeugdhulp in 26 gemeenten, Significant (2019).

“Welke groei mag je verwachten van een 12-jarig kind met de verstandelijke vermogens van een kind van 3 dat doorgroeit naar een 18-jarig kind met de vermogens van een 5-jarige? Deze ontwikkeling is niet gericht op de zelfredzaamheid van het kind”.

Capaciteitsproblemen bij (hoog-specialistische) jeugdzorginstellingen

Ook capaciteitsproblemen die met name spelen bij instellingen met de zwaardere vormen van jeugdzorg dragen in meerdere regio's bij aan een toename van de behandelduur. Er is sprake van een hoog ziekteverzuim in de jeugdzorgsector¹², waardoor wachtlijsten toenemen en het langer duurt voordat kinderen daadwerkelijk geholpen kunnen worden. Instellingen hebben moeite om aan geschoold personeel te komen, vooral specialisten, maar ook is er (mede hierdoor) veel wisseling van zorgpersoneel. Niet alleen neemt de caseload toe – waardoor de tijd per cliënt afneemt en het langer duurt voor er positieve effecten optreden – ook zorgt de wisseling van hulpverleners ervoor dat cliënten vaker hun verhaal opnieuw moeten vertellen en hetzelfde negatieve effect op doorlooptijd optreedt. Bijkomend geldt dat deze capaciteitsissues aan de voorkant (bij binnenkomst), maar ook aan de achterkant (bij opschaling) zorgen voor wachttijden en kinderen deze periode moeten overbruggen en wordt doorgegaan met behandelen.

Kinderen blijven steken, geen doorstroom

Ook zorgaanbieders merken enige terughoudendheid bij andere partijen om uitstroom over te nemen. Dit zijn doorgaans de complexere gevallen die hierdoor niet doorstromen, al dan niet door een onwil om 'moeilijkere cliënten' over te nemen of door bovengenoemd capaciteitsgebrek. De beperkte doorstroom komt onder andere door wachtlijsten, maar ook is de moeizame doorstroming bij jongeren op 18-jarige leeftijd naar beschermd wonen een genoemd voorbeeld. Het ontbreekt aan voldoende plekken voor deze groep en ze kunnen bij andere vormen van ondersteuning niet terecht. Het gevolgd is dat indicaties van de jeugdhulp worden verlengd, de ondersteuning kan immers niet zomaar worden stopgezet. Een aanbieder hierover: *“Jongeren blijven daardoor ook langer bij ons in zorg dan nodig. We hebben nu bijvoorbeeld een cliënt die op dit moment al 11 maanden wacht op duidelijkheid vanuit de gemeente”.*

4.1.4 Inkoop-effecten

Inkoop heeft invloed op gedrag van zorgaanbieders

Sinds 2015 hebben veel regio's bij een nieuwe aanbestedingsronde andere regels opgesteld dan bij de initiële aanbesteding in aanloop naar de decentralisaties. Binnen de jeugdhulp zijn er samengevat drie vormen van opdrachtgeverschap, die elk hun eigen prikkels hebben die op hun beurt (in theorie) invloed hebben op het gedrag van zorgaanbieders. De drie vormen zijn:

- **Inspanningsgericht**, waarbij zorgaanbieders betaald worden op basis van het aantal ingezette uren vermenigvuldigd met een tarief. Deze uren en tarieven kunnen al dan niet vooraf vastgezet worden met budgetplafonds. Deze systematiek beloont de uren van de behandeling. Zorgaanbieders krijgen de neiging om veel uren zorg te leveren, in theorie meer dan nodig is. Daarnaast bestaat de kans dat aanbieders met name de ingewikkelde cases op zich willen nemen, omdat deze vaak in de hogere tariefschalen worden ingedeeld;

¹² https://www.jeugdzorg-werkt.nl/sites/fcb_jeugdzorg/files/werkdruk_jeugdzorg_aanleiding_en_belang_van_actie.pdf

- **Outputgericht**, waarbij de inspanning van zorgaanbieders al dan niet aan de hand van vooraf gestelde resultaatafspraken wordt beloond. Hier bestaat de kans dat aanbieders de moeilijkste cliënten weigeren en jongeren dus tussen wal en schip zullen vallen. Daarnaast levert het verantwoord van bereikte resultaten mogelijk veel administratieve druk op;
- **Taakgericht**, waarbij zorgaanbieders gecontracteerd worden en een budget krijgen om een vooraf bepaalde taak uit te voeren. Dit model kent geen beloning voor overproductie, maar heeft juist een prikkel om jongeren sneller uit zorg te krijgen: aanbieders worden alleen bekostigd voor het uitvoeren van de taak. Daarbij bestaat het gevaar voor onderproductie, namelijk dat de minimaal benodigde zorg wordt geleverd en dat dit vervolgens niet voldoende blijkt. Uit de risicomijdende benadering die veel zorgaanbieders kennen, komt dit in de praktijk echter amper voor.

In theorie gaan van deze methoden allerlei prikkels uit, maar in de praktijk blijkt volgens PPRC dat zorgaanbieders vooral ‘gevoelig zijn’ voor financiële prikkels via de bekostigingssystematiek. Hoe dit in de praktijk werkt komt goed naar voren in een nog te verschijnen artikel in ESB van Douven, Remmers-Waal en Vervliet over overproductie in de GGZ na een afname van het aantal cliënten: *“Gebudgetteerde zorgaanbieders behandelden, na de afname van het aantal patiënten, gemiddeld acht procent langer. Na langer behandelen, namen behandeluitkomsten niet toe waardoor er mogelijk sprake is geweest van ‘overbehandeling’. Vrijgevestigde zorgaanbieders behandelen nauwelijks langer, mogelijk vanwege de betalingsstructuur”*.

Naast bekostiging ook tal van andere invloeden

Bij het bovenstaande moet volgens PPRC echter ook gewaakt worden voor een te economische benadering van aanbesteden en bekostigen: ook monitoring, sturing en de positie die wijkteams binnen de gemeente/regio innemen zijn van grote invloed op het gedrag van zorgaanbieders (en dus op de zorgduur van jongeren). Daarnaast is het in de jeugdhulp, net als in de GGZ, vaak onbekend welke behandeling het meest effectief zal zijn in een situatie. Deze mate van onzekerheid maakt het ingewikkelder om vooraf te behalen resultaten vast te leggen om hier achteraf over te verantwoorden.

Keuze voor aanbesteden ook een politieke keuze

Dat de gekozen aanbestedingsprocedure invloed kan hebben op processen binnen de jeugdhulp wordt ook door verschillende regio’s beaamd. *“De toename in kosten zit voornamelijk in de diensten van de grotere aanbieders. Het lijkt er op dat zij een prikkel hebben gehad om ondanks minder cliënten toch een grotere omzet te draaien.”* Het is niet bekend welke vorm van aanbesteden het beste presteert, mede omdat er veel externe factoren van invloed zijn op de uitkomsten binnen de jeugdhulp. Daarnaast is de keuze voor een bepaald model van opdrachtgeverschap ook vaak politiek ingegeven.

In de periode rond 2015 toen gemeenten voor het eerst verantwoordelijk werden voor de uitvoering van taken uit de Jeugdwet, was het voor veel gemeenten de hoogste prioriteit om geen jongere tussen wal en schip te laten vallen en de organisatie op orde te krijgen, voor men kon gaan denken aan zaken als monitoring en resultaatafspraken. De periode rond 2018 wordt vaak genoemd als het punt waarop men ook meer kon gaan kijken naar een effectievere en efficiëntere sturing binnen het sociaal domein. Waar in een gesproken regio in 2015 het (politieke) credo nog maximale keuzevrijheid voor de cliënt was, is dat in de jaren daarna geherformuleerd naar optimale keuzevrijheid, door eerst de ingeschreven zorgaanbieders te screenen op kwaliteit.

Regio's stappen vaker af van open house aanbestedingen

In een aantal regio's die wij gesproken hebben zijn in de eerste jaren na de decentralisatie enkele honderden aanbieders gecontracteerd. Naast dat dit lijkt te zorgen voor een soort concurrentieprikkel tussen zorgaanbieders om vereiste omzet binnen te halen (en de vraag het aanbod volgt), zorgt het onderhouden van relaties met zo veel aanbieders ook voor veel administratieve druk en transactiekosten. Denk hierbij aan contractkosten en monitoringskosten. Ook is hiervoor al beschreven dat in enkele regio's de kwaliteit van aanbestede aanbieders onder de maat bleek, of dat aanbieders in zijn geheel niet zijn ingezet. Mede door deze risico's en inefficiënties kiezen meer regio's voor een ander aanbestedingsmodel dan het open house model, of schrijven striktere kwaliteitseisen voor.

Wel of geen budgetplafonds?

PPRC ziet in haar eigen monitoring van aanbestedingsrondes door samenwerkingsverbanden en gemeenten dat budgetplafonds weer in de picture zijn gekomen. Deze waren nagenoeg uitgestorven maar door de bezuinigingsopdracht die met de decentralisatie gepaard ging zijn ze weer populairder geworden. Budgetplafonds dwingen zorgaanbieders tot het aanbieden van de meest rendabele uren, of meest rendabele behandelingen.

Een regio waarbij de duur van de trajecten niet is toegenomen werkt naar eigen zeggen met veel succes met budgetplafonds. Andere regio's werken hier bewust niet aan mee: het levert ook veel administratieve druk op en kan de relatie met zorgaanbieders ook onder druk zetten wanneer het zorgaanbieders niet lukt om binnen de gestelde budgetten de diensten te leveren (bijvoorbeeld door een te laag gebudgetteerd plafond).

4.2 Grip op het sociaal domein

De bovenstaande ontwikkelingen houden onder aan de streep allemaal verband met elkaar. Ze zijn voorbeelden van sturing door gemeenten/regio's in het sociaal domein. Sturing is een middel van de overheid om grip te krijgen op een ontwikkeling of onderwerp in de maatschappij. Grip in het sociaal domein is een thema dat op dit moment veel aandacht geniet. Toenemende tekorten verplichten gemeenten en regio's hier ook toe. In dit deelhoofdstuk gaan wij dieper in op grip en hoe regio's hier van elkaar verschillen en hoe dit uiteindelijk invloed kan hebben op de uitvoering van jeugdhulp en daarmee de duur van trajecten.

4.2.1 Wat is grip?

Voordat wij de resultaten presenteren lijkt het goed om eerst stil te staan bij wat wij in dit rapport verstaan onder grip.

Grip als uitkomst van combinatie inzicht en sturing

De visitatiecommissie van het VNG schrijft in een onderzoek (o.a. uitgevoerd in de gemeente Twenterand) uitgebreid over de term 'grip' in het sociaal domein¹³. Het gaat in dit specifieke rapport om grip op uitgaven in het sociaal domein en daarnaast over de uitvoering en de inhoudelijke opgave om eventuele tekorten die zijn ontstaan terug te dringen. Grip bevat in ieder geval de volgende onderdelen:

- Inzicht hebben in de ontwikkelingen van het gebruik van zorg, budgetverloop, in-, door- en uitstroming en de voortgang van genomen maatregelen. Daarnaast vraagt het om redeneerlijnen (beleidstheorieën) die de inzet van middelen en de uitvoering van activiteiten koppelen aan meetbare resultaten en (in-)directe effecten;
- Sturing geven op basis van beschikbare informatie én inzicht in de gevolgen die deze keuzes met zich meebrengen.

In het kort is grip dus het bezitten van inzicht (kennis van ontwikkelingen, toegang tot informatie over effecten en voortgang) en sturen op basis van dit inzicht (ofwel het hebben van handelingsperspectief). Wanneer men geen inzicht heeft, maar wel handelt is het goed mogelijk dat men 'de verkeerde kant op gaat'. Wanneer men wel inzicht heeft maar geen handelingsperspectief, dan komt men niet vooruit.

Sturing en grip moeten hand in hand met elkaar gaan om resultaten te bereiken

Overheden krijgen met voldoende inzicht en daaropvolgende sturing dus grip op het sociaal domein. Het doel waar gemeenten/regio's en zorgaanbieders op het moment naar streven is een situatie waar zij opereren als partners. In deze situatie kunnen beide partijen in goed overleg zowel een oplossing vinden voor de uitdagingen op het gebied van financiën als inhoudelijke expertise. In deze situatie leveren de regio's/gemeenten voornamelijk input voor de financiële mogelijkheden en zorgaanbieders de inhoudelijke expertisen van jeugdzorg (behandelingen). Dit wordt ook onderstreept door KPMG in hun rapport over besteding van jeugdhulpmiddelen¹⁴: *"Aanbieders geven aan dat de transformatiedoelen alleen gehaald kunnen worden als gemeenten en aanbieders opereren als partners."*

¹³ Visitatiecommissie financiële beheersbaarheid sociaal domein in Twenterand (VNG, 2020).

¹⁴ <https://vng.nl/nieuws/kpmg-geeft-inzicht-in-besteding-jeugdhulpmiddelen>

Samen met de gemeenten willen ze een verschuiving van zware naar lichte(re) vormen van zorg realiseren. En door in te zetten op ambulantisering zijn aanbieders voornemens om substitutie en afschaling van zorg te realiseren.”

Herkenbare ontwikkelingsfasen bij het verbeteren van inkoop in het sociaal domein

De weg naar het bovenstaande doel en het krijgen van grip op het sociaal domein staat weergegeven in een model gepresenteerd in een whitepaper van Sioo¹⁵. Sioo onderscheidt in dit artikel vijf niveau's van ontwikkeling van inkoop in het sociaal domein (figuur 4.1). Wanneer een organisatie zich op niveau 1 bevindt, is er vaak sprake van beperkt inzicht en derhalve ook beperkte sturing. Naarmate een organisatie zich ontwikkelt, krijgt deze meer inzicht en daarom ook meer handelingsperspectief en grip.

Het model

Level 1: gerichtheid op financiële controle

Jeugdzorg/wmo zorg wordt gezien als een financieel beheersvraagstuk. Er wordt gestuurd op het beheersen van de budgetten en het voorkomen van overschrijdingen. Er is een gevoel van beperkte grip. Inkoop en aanbesteding zijn geen bewuste beleidskeuze.

Level 2: inkoopprocessen op orde brengen

Op basis van een bekostigingssystematiek wordt een wijze van contracteren en contractmanagement uitgerold. Er zijn raamwerkafspraken met alle aanbieders die met name gericht zijn op het aan de gang houden van de bestaande zorgverlening. Er worden categorieën van zorgaanbod onderscheiden die worden ingekocht. De inkoop is in beperkte mate gericht op de inhoud en kwaliteit van de zorg.

Level 3: de echte issues op tafel

Gemeente en aanbieders delen met elkaar wat goed gaat en wat niet. Zo komen de echte issues op tafel, zowel bedrijfsmatig ('ik red het niet met de budgetten' of 'ik houd over') als ook knelpunten in concrete cases van cliënten. Inkoop wordt verbonden met visie, doelstellingen, contractmanagement en kwaliteit van zorg. Leren komt op gang. Bij crises bestaat het risico van terug te vallen op financiële controle en het verbeteren van processen.

Level 4: visiegedreven samenwerking tussen gemeenten en aanbieders

De door de gemeente(n) geformuleerde visie wordt gedeeld met en wordt mede gedragen door de aanbieders. Niet de organisatie(grenzen) en budgetten staan centraal maar goede zorg aan concrete cliënten. Inkoop komt ten dienste te staan van de zorgbehoefte in de regio en hoe partijen daar op basis van hun visie mee om willen gaan. Grenzen door domeinverdeling (jeugd, wmo, schuld, wonen etc.) worden overbrugd.

Level 5: cliënten en preventie zijn leidend

De processen zijn op orde. Door een goede informatievoorziening kunnen trends in zorgvragen vroegtijdig herkend worden en soms zelfs worden voorkomen. Processen zijn zo ingericht dat het zorgaanbod wordt georganiseerd rondom concrete cliëntvragen zonder dat dit leidt tot een grote waaier aan maatwerk.

Figuur 4.1 Ontwikkelstadia inkoop sociaal domein

¹⁵ Via: <https://www.sioo.nl/wp-content/uploads/2019/07/White-paper-Inkoop-in-sociale-domein.pdf>

4.2.2 Inzicht en sturing

Niet iedere regio heeft evenveel inzicht in sociaal domein

Ook Nivel (2019) benadrukt in een rapport het belang van toegankelijke gegevens en informatie om te kunnen sturen in het sociaal domein. Dit komt daarnaast naar voren in recent onderzoek van Significant (2019) waarin zij 26 gemeenten in een benchmark vergeleken. Nivel zegt hierover het volgende:

“Niet alleen wij hebben met dit probleem [gebrek aan gegevens] geworsteld. Dit mag wel blijken uit de resultaten van een recent onderzoek van Significant (2019). Op basis van CBS data konden zij, voor 26 gemeentes, wel uitspraken doen over het aantal unieke personen dat een beroep doet op jeugdhulp. Maar, voor informatie over de ‘intensiteit’ van de jeugdhulp moest Significant de individuele administraties gebruiken van gemeentes. De grote diversiteit in de manier waarop gemeentes invulling hebben gegeven aan hun beleid maakt het vrijwel onmogelijk om zonder al te veel inspanningen een goed overzicht te krijgen van de huidige stand van zaken. Daarnaast zijn de cijfers die wel beschikbaar zijn in veel gevallen niet vergelijkbaar.”

Ook uit de groepsgesprekken die tijdens dit onderzoek zijn gevoerd is gebleken dat de ene regio verder is met het inrichten van de informatievoorziening dan de andere. Een regio gaf het onderstaande voorbeeld van succesvolle implementatie van inzicht verkregen uit data.

- *“Met ingang van 2018 hebben wij vernieuwde bekostiging van ambulante jeugdhulp ingevoerd. [...] De basis is hiervoor is een uitgevoerde data-analyse op deze aspecten.”*

Het maken van keuzes en sturen op basis van inzicht is (nog) niet in alle regio's aan de orde. Zij herkennen wel ontwikkelingen, maar vinden het nog lastig om deze precies te verklaren (of te bewijzen) aan de hand van beschikbare cijfers. Deze regio's geven evenwel aan dat zij bezig zijn met het opzetten van een structuur om ontwikkelingen te monitoren en zij hebben doorgaans wel de financiële aspecten (goed) in beeld.

- *“De regio is op het moment nog niet in staat om te analyseren in hoeverre de gemiddelde trajectduur toeneemt. Ze weten wel dat meer kinderen hulp krijgen en dat de trajecten steeds duurder worden. Doordat hierdoor budgetten overschreden worden, is daar veel meer de focus bij komen te liggen.”*
- *“Gemeenten zijn hier nog ontdekkende in [werken met data]. Het is nog niet gebruikelijk om zo diep in de cijfers te duiken. Er wordt vooral gekeken naar het goed inrichten van het proces. Daar lag de afgelopen jaren de focus op.”*

Inzicht in de kosten en de mogelijkheid om hier beter op te sturen helpt ook innovatie in het sociaal domein vooruit, bijvoorbeeld in de vorm van efficiëntere toegang naar bewezen effectieve behandelmethoden. Dit is – gezien de omvangrijke bezuinigingsopdracht – een pittige klus, maar het niet uitvoeren staat het verkorten van trajectduren mogelijk wel in de weg.

Er wordt sinds enkele jaren intensiever ingezet op samenwerking

Zowel uit de interviews als uit de literatuurstudie blijkt dat gemeenten/regio's en zorgaanbieders nauw met elkaar samenwerken (of deze ambitie hebben). Samenwerking en gezamenlijk in gesprek gaan over ontwikkelingen vergroot inzicht en helpt bij het benutten van handelingsperspectief. Nivel (2019) benadrukt ook hier:



“Gemeenten doen er goed aan te zorgen voor meer continuïteit in de relatie met de zorgaanbieders, zodat zij ruimte en tijd krijgen om effectieve samenwerkingsvormen te realiseren. Het gaat dan om samenwerking binnen lokale teams, van de lokale teams met de meer gespecialiseerde aanbieders en om de samenwerking tussen die gespecialiseerde aanbieders.” Uit de interviews komt naar voren dat de eerste jaren na de decentralisatie – zoals bij meer aspecten rond de jeugdhulp – vooral in het teken stonden van het opstarten van de organisatie. Het organiseren van een effectieve samenwerking stond daardoor nog niet overal op de agenda. De laatste jaren is hier in alle gesproken regio’s verder aan gewerkt. Een regio licht toe: *“De regierol door gemeenten staat nog in de kinderschoenen. De eerste twee, drie jaar na de decentralisaties was het vooral overleven. De infrastructuur op orde houden en zoveel mogelijk proberen binnen budget te blijven (dat laatste is overigens niet gelukt).”*

Gesprek op inhoud botst soms met bezuinigingsopdracht

In het ontwikkelen van deze samenwerking is net als bij het verkrijgen van inzicht de ene regio verder dan de andere, al hoeft een lagere ontwikkeling op het gebied van inzicht niet direct te betekenen dat ook de samenwerking met aanbieders nog niet van de grond is gekomen. In alle gevallen wordt benadrukt dat deze samenwerking niet vanzelf gaat. De inhoudelijke expertise en het aanbod van de zorgaanbieders botst soms met de bezuinigingsopdracht die de gemeenten hebben. Het is in dat geval van belang dat men vanuit de regio niet te snel de samenwerkingsvormen vorm wil geven (bijvoorbeeld in de vorm van level 3 uit het model van Sioo), terwijl men zelf alleen nog maar om de tafel gaat om de financiële situatie te bespreken (level 1 uit datzelfde model). Volgens een gesproken regio leidt het ontwikkelen van de relatie zonder een goede basis tot problemen: het gesprek over de data/inzichten loopt dan niet synchroon met het gesprek over efficiëntere samenwerking, waardoor vooral frictie tussen beide partijen ontstaat. Een voorbeeld uit de betreffende regio is dat zij om tafel willen over efficiëntere behandeltrajecten, maar alleen cijfers over de kosten beschikbaar hebben. Efficiënter inrichten wordt dan al snel vertaald naar een oproep om het goedkoper te doen, aangezien er alleen inzicht in is in financiële data. Het gesprek gaat vervolgens niet over de inhoud, maar is in dat geval een platte bezuinigingsopdracht, wat tot frictie leidt bij de zorgaanbieders aan de andere kant van de tafel. Uiteindelijk moet een goede samenwerking leiden tot een efficiëntere inrichting van de jeugdhulp. In de eerste jaren zijn regio’s en zorgaanbieders hier niet (voldoende) aan toegekomen, wat mogelijk gevolgen kan hebben gehad voor de duur van de trajecten.

Het model

Level 1: gerichtheid op financiële controle

Jeugdzorg/wmo zorg wordt gezien als een financieel beheersvraagstuk. Er wordt gestuurd op het beheersen van de budgetten en het voorkomen van overschrijdingen. Er is een gevoel van beperkte grip. Inkoop en aanbesteding zijn geen bewuste beleidskeuze.

Level 2: inkoopprocessen op orde brengen

Op basis van een bekostigingssystematiek wordt een wijze van contracteren en contractmanagement uitgerold. Er zijn raamwerkafspraken met alle aanbieders die met name gericht zijn op het aan de gang houden van de bestaande zorgverlening. Er worden categorieën van zorgaanbod onderscheiden die worden ingekocht. De inkoop is in beperkte mate gericht op de inhoud en kwaliteit van de zorg.

Level 3: de echte issues op tafel

Gemeente en aanbieders delen met elkaar wat goed gaat en wat niet. Zo komen de echte issues op tafel, zowel bedrijfsmatig ("ik red het niet met de budgetten" of "ik houd over") als ook knelpunten in concrete cases van cliënten. Inkoop wordt verbonden met visie, doelstellingen, contractmanagement en kwaliteit van zorg. Leren komt op gang. Bij crises bestaat het risico van terug te vallen op financiële controle en het verbeteren van processen.

Level 4: visiegedreven samenwerking tussen gemeenten en aanbieders

De door de gemeente(n) geformuleerde visie wordt gedeeld met en wordt mede gedragen door de aanbieders. Niet de organisatie(grenzen) en budgetten staan centraal maar goede zorg aan concrete cliënten. Inkoop komt ten dienste te staan van de zorgbehoefte in de regio en hoe partijen daar op basis van hun visie mee om willen gaan. Grenzen door domeinverdeling (jeugd, wmo, schuld, wonen etc.) worden overbrugd.

Level 5: cliënten en preventie zijn leidend

De processen zijn op orde. Door een goede informatievoorziening kunnen trends in zorgvragen vroegtijdig herkend worden en soms zelfs worden voorkomen. Processen zijn zo ingericht dat het zorgaanbod wordt georganiseerd rondom concrete cliëntvragen zonder dat dit leidt tot een grote waaijer aan maatwerk.

Weinig grip

Veel grip

“One-way”
principaal-agent
relaties

Co-creatie en
partnerschappen

Figuur 4.2 Grip en samenwerking binnen het model van Sioo

Conclusies



5 Conclusies

Dit hoofdstuk behandelt in het kort – op basis van de gevonden resultaten – de beantwoording van de hoofdvraag en de deelvragen van het onderzoek.

5.1 Beantwoording deelvragen

1 Bij welke vormen van jeugdhulp is de stijging tussen 2015 en 2019 het sterkst?

Binnen de categorie jeugdzorg met verblijf heeft de ondersteuningsvorm pleegzorg zowel qua volume (het aandeel in totaal aantal trajecten) als de hoge gemiddelde trajectduur de grootste impact op de toename in gemiddelde trajectduur. Factoren die hier mogelijk een rol spelen is de een jonge leeftijd waarop cliënten instromen wat zorgt voor langere trajecten (i.v.m. pleegzorg van moment van instromen tot 18-jarige leeftijd). Daarnaast wordt sinds 2017/2018 niet meer gestuurd op ‘pleegzorg tot 18 en indien nodig langer’, maar op ‘pleegzorg tot 23 tenzij eerder gestopt kan worden’.

Bij jeugdhulp zonder verblijf is ambulante hulp de grootste ondersteuningsvorm, waar het aandeel kinderen met langdurige trajecten (meer dan drie jaar) toeneemt de afgelopen jaren (van 8% naar 12%). Dit lijkt een belangrijke rol te spelen in de toename van 11 procent van de gemiddelde trajectduur binnen jeugdhulp zonder verblijf. In mindere mate speelt ook dagopvang hier een rol.

2 Is de stijging van de hulp het gevolg van registratie effecten?

De sterke toename in gemiddelde trajectduur sinds 2015 heeft hoogstwaarschijnlijk te maken het invoeren van cliënten tijdens de transitie in de nieuwe administratiesystemen. Kijkend naar de cijfers vanaf 2016 tot heden is de stijging nog steeds zichtbaar, maar in mindere mate dan de indexcijfers vanuit CBS doen vermoeden. De registraties tijdens de decentralisatie in 2015 zorgen dus wel degelijk voor een groot effect in de cijfermatige stijging.

3 Heeft de stijging in de duur van de hulp te maken met specifieke regionale factoren?

Er is sprake van regionale verschillen die (mogelijk) van invloed zijn op stijging in trajectduur, maar dit is lastig te duiden. Iedere regio kenmerkt zich met specifieke werkwijzen, inrichting van de toegang, gemaakte afspraken (enkele tot honderden) zorgaanbieders, verschillende bekostigingssystematieken, regionale of plaatsgebonden problematiek en bevolkingssamenstelling etc. Deze aspecten hangen zoveel met elkaar samen dat unieke regionale factoren lastig zijn te onderscheiden in dit kader.

4 Kan er iets worden gezegd over de relatie tussen de toenemende duur van de hulp en de intensiteit van de hulp? Of met het flexibel op- en afschalen van de intensiteit van de hulp?

In verschillende gesprekken is er op gewezen dat aanbieders maar in beperkte mate afschalen. Of dit daadwerkelijk het geval is, valt met dit onderzoek niet exact te achterhalen.



Mogelijke verklaringen komen voort uit potentiële prikkels van de bekostigingssystematiek en risicomijdend gedrag door de aanbieders. Ook een gebrek aan inzicht en sturing op de 'huisartsen-route' in de toegang draagt hier mogelijk aan bij.

5 Is er een verschil in de (ontwikkeling van de) duur van hulp tussen nieuwe (actief vanaf 2016) en bestaande aanbieders?

Deze vraag is niet direct te beantwoorden uit de gevonden resultaten. Dit hangt samen met andere factoren zoals sturing op zorgaanbieders, aanbesteding et cetera. Wel is opgevallen dat verschillende regio's af willen stappen van het open house model in nieuwe aanbestedingsronden. In sommige regio's zijn meer dan 300 aanbieders actief. Dit zorgt voor hoge transactiekosten en deze regio's hebben zelf het vermoeden dat door het open house model een soort concurrentie om de cliënt ontstaat en dat het tegelijk mogelijk is dat aanbod vraag creëert. Dit heeft indirect mogelijk ook gevolgen voor de duur van hulp.

6 In hoeverre komt het voor dat een daling van het aantal jeugdigen in hulp gepaard gaat met langere duur van hulp?

Uit verschillende bestudeerde stukken blijkt dat het voorkomt dat bij een lager aantal cliënten de gemiddelde behandelduur stijgt. Dit is o.a. waargenomen in de GGZ. Dit hangt volgens het betreffende artikel mogelijk samen met bekostiging en sturing van zorgaanbieders. Tegelijk is het ook mogelijk dat door substitutie van jeugdzorg met verblijf naar jeugdzorg zonder verblijf de 'zwaarste' gevallen in de residentiële jeugdzorg achterblijven. Het is waargenomen in cijfers van CBS dat het aantal jongeren in residentiële jeugdzorg inderdaad daalt. Dit verklaart een stijging van de gemiddelde trajectduur op een meer natuurlijke wijze.

7 In hoeverre hangt de duur van hulp samen met de wijze van bekostiging (PxQ, traject of lumpsum?)

Volgens PPRC (inkoopexperts in het de publieke sector) zijn zorgaanbieders met name gevoelig voor financiële prikkels in de vorm van bekostigingssystematiek. Tegelijk is dit een zeer economische benadering en zijn ook zaken als sturing, monitoring en contractmanagement van belang in de relatie tussen zorgaanbieders en de regio's. Tussen de regio's die gesproken zijn is niet direct een verband gevonden tussen de wijze van bekostiging en het beperken van de toename van de behandelduren. Dit is mogelijk wel interessant om op grotere schaal uit te zoeken. Het valt aan te raden ook te kijken naar het al dan niet inzetten van budgetplafonds.

8 Kan er een onderscheid worden gevonden tussen de duur van hulp in de bloedgroepen (lvg, ggz of j&o)?

Deze vraag kan met de gevonden resultaten helaas niet beantwoord worden.

9 Is er een samenhang tussen de duur van de hulp en de verwijzers?

Verschiedende regio's en gemeenten geven aan niet altijd grip te hebben gehad op de route via de huisarts. Hierdoor was er via deze weg niet altijd zicht op de ingezette behandelingen en welke alternatieven zijn overwogen.



De laatste jaren zetten gemeenten en regio's meer in op de ontwikkeling van inhoudelijke samenwerking met zorgaanbieders en zetten zij vaker POH'ers Jeugd in bij huisartsen. Enkele eerste resultaten lijken positief, maar dit lijkt nog niet lang genoeg in ontwikkeling om al definitieve uitspraken te kunnen doen.

10 Sturen de onderzochte regio's expliciet op de duur van hulp en slagen zij daarin?

Niet iedere regio bleek zich bewust van deze ontwikkeling en stuurt dus ook niet actief op de duur van trajecten. De ene regio is verder wat betreft informatievoorziening en verkrijgen van inzicht dan de ander en zou hier in potentie meer op kunnen sturen. Zoals hierboven gesteld zijn regio's bezig met het versterken van de samenwerking tussen zorgaanbieders en henzelf. In de toekomst is het denkbaar dat zij meer gaan sturen op de duur van de jeugdhulptrajecten.

5.2 Beantwoording hoofdvraag

Gedurende het onderzoek is gekeken naar verklaringen op de volgende gebieden:

- 1 Administratie-effecten
- 2 Sociaaleconomische, demografische en regioerelateerde effecten
- 3 Effecten aangaande kwaliteit (van doorverwijzing naar) jeugdhulp
- 4 Inkoop-effecten

Van deze vier gebieden kan vrijwel met zekerheid vastgesteld worden dat een deel van de stijging wordt verklaard door administratie-effecten. Sociaaleconomische, demografische en regioerelateerde effecten zijn divers van aard. Iedere regio kenmerkt zich met specifieke werkwijzen, inrichting van de toegang, gemaakte afspraken (enkele tot honderden) zorgaanbieders, verschillende bekostigingssystematieken, regionale of plaatsgebonden problematiek en bevolkingssamenstelling etc. Deze aspecten hangen zoveel met elkaar samen dat unieke regionale factoren lastig zijn te onderscheiden.

Binnen effecten aangaande kwaliteit (van doorverwijzing naar) jeugdhulp zijn er diverse mogelijke verklaringen. Gemeenten ervaren niet altijd grip op de huisartsenroute. Ze zien een deel van de cliënten zelf niet, die ze daarom ook niet (goed genoeg) in beeld hebben. Door een gebrek aan inzicht is het moeilijk om te sturen op de trajectduur. Ook een vermeend gebrek aan afschaling, wellicht door risicomijdend gedrag van zorgaanbieders speelt mogelijk een rol. Tegelijk hebben met name hoogspecialistischere aanbieders te maken met capaciteitsproblemen waardoor behandeling en doorstroming in het geding komt. Doordat dit vaker bij hoogspecialistische aanbieders schijnt te spelen, heeft dit vooral invloed op jeugdzorg met verblijf.

Het bovenstaande, zoals het zicht op toegang via huisartsen, is ook in sterke mate verweven met inkoop, sturing en grip in het sociaal domein. Nu de basis voor de uitvoering van de jeugdhulp in de regio's is gelegd, kijken zij in steeds bredere mate naar de regierol die zij hebben. Het ontwikkelen van efficiëntere samenwerkingsvormen met zorgaanbieders, verkrijgen van inzicht door middel van data-analyses en perceelgericht indelen van aanbestedingen (met bijbehorende bekostigingssystematiek) zijn hier onderdeel van. Dit heeft indirect ook invloed op de gemiddelde duur van trajecten, maar door de grote mate van verwevenheid van alle onderdelen is niet aan te wijzen welk onderdeel of welke vorm 'het meeste' verklaard waarom de duur van jeugdhulptrajecten is toegenomen. Verwacht wordt dat met een toenemend inzicht en bijbehorende sturing dit in de komende tijd meer zichtbaar wordt.



Bijlage



A Literatuurlijst

Onderstaande rapportages en documenten zijn geraadpleegd gedurende het onderzoek.

Bucx, F., Groot, J. de, Hageraats, R., Pehlivan, T. Eerste Evaluatie van de Jeugdwet: transformatie in zicht? TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen: 2018, 96(8), 342-347

CBS (2018). Rapport Jeugdhulp 1^e half jaar 2018.

CBS (2018). Statistische trends: Jeugdzorg voor en na de Jeugdwet.

CBS (2019). Rapport Jeugdhulp 1^e half jaar 2019.

Douven, Remmers-Waal & Vervliet (2018). Zorgaanbieders behandelen langer na afname aantal patiënten. *ESB*, te verschijnen.

KPMG (2020). Inzicht in besteding jeugdhulpmiddelen.

Nivel (2019). De jeugd-GGZ na de Jeugdwet : een onderzoek naar knelpunten en kansen.

Nivel (2019). Ervaringen met toezicht van kleinschalige jeugdhulpaanbieders met verblijf.

Significant (2019). Eindrapportage analyse volume jeugdhulp voor het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Significant (2019). Benchmarkanalyse uitgaven jeugdhulp in 26 gemeenten.

Sioo (g.j.) Herkenbare ontwikkelingsfasen bij het verbeteren van inkoop in het sociale domein.

Uenk (2019). Commissioning of social care services.

Van Dam & Oosterbaan (2019). Beheersmaatregelen Jeugdhulp & Wmo: op weg naar minder kosten binnen het Sociaal Domein.

VNG (2020). Visitatiecommissie financiële beheersbaarheid sociaal domein in de gemeente Twenterand.

I&O Research Enschede

Zuiderval 70
Postbus 563
7500 AN Enschede
T (053) 200 52 00
E info@ioresearch.nl
KvK-nummer 08198802

I&O Research Amsterdam

Piet Heinkade 55
1019 GM Amsterdam
T (020) 308 48 00
E info@ioresearch.nl