Consult Zorg

Onderzoek trajectduur ambulante Jeugdhulp

Oktober 2024

Sanne Lubbers, Manon Jansen, Els Roorda, Hessel Stuurman

Inhoudsopgave

1. Aanleiding
2. Doel onderzoek
3. Aanpak
4. Resultaten
   - I: Kwantitatieve analyse landelijke trajectduur
   - **II: Verdiepende kwantitatieve analyse en duiding in vier jeugdhulpregio's**
   - III: Kwalitatieve verkenning met gemeenten, aanbieders en cliënten naar factoren die trajectduur beïnvloeden.
5. Conclusies en advies
6. Bijlagen

1. Aanleiding

In de Hervormingsagenda Jeugd is het wenkend perspectief voor jeugdigen en gezinnen samengevat in vijf punten. De eerste is een inclusieve samenleving waarin iedereen, ongeacht kwetsbaarheid of beperking, kan meedoen en waar voor jeugdigen en gezinnen die dat nodig hebben, passende en tijdige hulp en ondersteuning beschikbaar is.

Voor Jeugdhulp betekent dit dat hulp tijdig gesignaleerd, deskundig en integraal in beeld gebracht, en zodanig georganiseerd wordt dat deze aansluit bij de behoefte van de jeugdigen en het gezin.

- Hulp moet tijdig kunnen worden geboden,
- Kinderen en ouders moeten zo min mogelijk te maken krijgen met wachtlijsten, overplaatsingen en doorverwijzingen en;
- Hulp moet zo lang duren als nodig, niet korter en niet langer.

Dit onderzoek richt zich op het laatste punt: de duur van hulpverleningstrajecten. Het beeld bestaat dat jeugdhulptrajecten steeds langer duren en dat grote verschillen zijn, onder andere tussen gemeenten. Vraag is waar de ontwikkelingen en verschillen rond trajectduur door komen en hoe dit verder geduid kan worden.

2. Doel onderzoek

Analyse van de ontwikkeling van trajectduur en de interactie met verschillende elementen bij aanbieders en gemeenten kan waardevolle aanknopingspunten bieden voor het Rijk, voor gemeenten, voor aanbieders en hulpverleners over hoe passende zorg in praktijk te realiseren.

Het ministerie van VWS heeft Q-Consult Zorg gevraagd voor ambulante jeugdhulp inzicht te geven in:

1. de ontwikkeling van trajectduur, de mogelijke verklaringen die hieraan ten grondslag liggen en de eventuele samenhang met ontwikkelingen in het aantal cliënten / trajecten, de in- en uitstroom en het herhaald beroep.
2. de regionale verschillen in trajectduur, de mogelijke oorzaken hiervan en in welk beleid en interventies gemeenten en aanbieders toepassen wat betreft trajectduur.

Inzichten uit het onderzoek zullen door het ministerie met betrokken partners uit de vijfhoek worden meegenomen in beleidsontwikkeling.

Q-Consult Zorg analyseert de trajectduur tegen de achtergrond van Passende jeugdhulp. Passende trajectduur is een element van Passende jeugdhulp. Passende jeugdhulp voegt waarde toe aan leven van jongeren en in gezinnen, tegen een proportionele inzet van middelen en personeel. Hulp wordt geboden zo lang als nodig en wanneer de zorg effectief is, wordt deze weer wordt afgerond. Trajectduur wordt dus niet geïsoleerd bezien.

In het onderzoek is voor trajectduur aangesloten bij de definitie van het CBS. Toelichting op gebruikte data en definities is opgenomen in de bijlage.

3. Aanpak

Het onderzoek richt zich op ontwikkeling en regionale verschillen bij ambulante jeugdhulp. De aanpak van het onderzoek bestaat uit 3 stappen waarvan de bevindingen in de volgende hoofdstukken zijn geschreven.

Fase: Dataverzameling & selectie van gemeenten & aanbieders t.b.v. **duidingssessies in 4 regio's.**

Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van data van het CBS. De specificaties van de uitvraag bij het CBS en een toelichting op de gebruikte data zijn opgenomen in de bijlage. Daarnaast zijn vier regio's geselecteerd waarmee duidingssessies zijn gepland. Bij het maken van de selectie van de regio's is rekening gehouden met verschillen in de ontwikkeling in trajectduur, de omvang van de gemeenten (aantal inwoners), de mate van stedelijkheid, bekostigingsvorm, het aantal jongeren 'in zorg', het aantal jeugdhulptrajecten en het gemiddeld aantal dagen in zorg. Zie bijlage voor een overzicht van de kenmerken per regio.

Fase: Kwantitatieve en kwalitatieve analyse

1: Kwantitatieve analyse landelijke trajectduur

Op basis van CBS-data is de landelijke ontwikkeling van de duur van ambulante jeugdhulptrajecten (excl. wijkzorg) geanalyseerd. Vanwege veranderingen in de verzameling en verwerking van gegevens zijn alleen data vanaf 2021 gebruikt. (zie bijlage voor toelichting). Voor inzicht in de periode vóór 2021 is gebruikgemaakt van de Jeugdmonitor 2020 van het CBS. Daarnaast zijn de regionale verschillen in trajectduur van ambulante jeugdhulp tussen regio's en gemeenten in kaart gebracht. Om inzicht te krijgen in de invloed van sociaal demografische populatiekenmerken op de trajectduur, is op landelijk niveau een exploratieve populatieanalyse uitgevoerd. Tot slot is onderzocht of er een patroon is tussen trajectduur, prevalentie en herhaald beroep op landelijk niveau.

*Kenmerken waar naar gekeken is in de exploratieve analyses zijn:
- Leeftijd & geslacht,
- Gezinssamenstelling (zijn de ouders bij elkaar of gescheiden),
- Huishoudinkomen en;
- Of er sprake is van bijkomende gezinsproblematiek (is er iemand in het huishouden die hulp krijgt vanuit de Wmo of vanuit de GGZ (ggz basis of specialistische ggz).

2: Verdiepende kwantitatieve analyse en duiding in vier jeugdhulpregio's

Op basis van de populatieanalyse zijn per geselecteerde regio specifieke aandachtspunten voor beleidsvorming geformuleerd. Daarnaast is per regio onderzocht hoe de samenhang tussen trajectduur, prevalentie en herhaald beroep zich manifesteert. In duidingssessies met gemeenten en aanbieders is op deze data gereflecteerd.

3: Kwalitatieve verkenning met gemeenten, aanbieders en cliënten naar factoren die trajectduur beïnvloeden.

Met gemeenten, aanbieders, (ervaringsdeskundige) cliënten en ouders is verkend welke andere factoren van invloed zouden kunnen zijn op (de ontwikkeling van) ambulante trajectduur. In tegenstelling tot de kwantitatieve analyse is hierbij ook de wijkzorg betrokken. Daarnaast is besproken welke beleidsmaatregelen en interventies door gemeenten en aanbieders worden ingezet om de trajectduur te beïnvloeden.

Aan de gesprekken namen negen gemeenten deel. Vertegenwoordigers vanuit gemeenten kwamen vanuit verschillende gemeentelijke disciplines, waaronder beleid, zorgcontractering, accountmanagement en business intelligence (BI/data). Er hebben twaalf aanbieders deelgenomen vanuit jeugdhulp (wijkteams, enkelvoudige en/of hooggespecialiseerde jeugdhulp) en de jeugd- en volwassenen GGZ (basis en/of specialistische zorg). Deelnemers vanuit de aanbieders varieerden van beleidsmedewerkers en zorgverkoopmedewerkers tot management, teamleiders en uitvoerende professionals (begeleiding en (gespecialiseerde) behandeling). Vanuit aanbieders waren in totaal 15 deelnemers actief in het primair proces. Ongeveer een derde van de vertegenwoordiging vanuit aanbieders is als hulpverlener zelf actief in het primair proces. De samenstelling van de aanwezigen verschilde per bijeenkomst.

Na de verdiepende gesprekken met gemeenten en aanbieders zijn bevindingen voorgelegd aan een panel van cliënten. Deze bijeenkomst is georganiseerd in overleg met landelijke en regionale cliëntenorganisaties (ouders en jongeren) uit de begeleidingsgroep.

Fase: Rapportage en verantwoording

De bevindingen uit de kwantitatieve en kwalitatieve analyse zijn besproken met een begeleidingsgroep waarin het Rijk, de VNG, branche- en beroepsverenigingen, cliëntenorganisaties, gemeenten, aanbieders, professionals en ervaringsdeskundigen zijn vertegenwoordigd.

4.1. Kwantitatieve analyse landelijke trajectduur

Om inzicht te krijgen in de ontwikkeling in trajectduur is kwantitatief onderzocht hoe trajectduur voor ambulante hulp landelijk en regionaal ontwikkelt en welke variabelen hierop van invloed zijn. Voor de analyse zijn data voor zorg zonder verblijf (excl. wijkzorg) van 2021, 2022 en de eerste helft 2023 gebruikt. Voor een toelichting op begrippen en gebruikte data zie bijlage.

Conclusie: De sterke stijging in de trajectduur van ambulante hulpverleningstrajecten, die sinds 2015 waarneembaar was, lijkt in afgevlakte vorm door te zetten. In 2022 bedraagt de gemiddelde duur van een ambulant jeugdhulptraject in Nederland 385 dagen. Dit is 22 dagen meer dan in 2019 en 81 dagen meer dan in 2015. Tegelijkertijd zijn er duidelijke verschillen tussen regio's, zowel in de ontwikkeling als in absolute cijfers. Het verschil tussen de regio met de langste en de kortste gemiddelde trajectduur is 174 dagen. Leeftijd, geslacht, het zorggebruik van Wmo en GGZ binnen het gezin en huishoudinkomen blijken van invloed te zijn op de duur van ambulante jeugdhulptrajecten. Of ouders gescheiden zijn heeft wel invloed op de prevalentie maar niet op de duur van trajecten. Er is echter geen duidelijk patroon te herkennen in de samenhang tussen trajectduur, prevalentie en herhaald beroep.

De sterke stijging in de trajectduur van ambulante hulpverleningstrajecten, die sinds 2015 waarneembaar was, lijkt in afgevlakte vorm door te zetten. In 2020 rapporteerde het CBS dat de gemiddelde duur van een ambulant jeugdhulptraject sinds 2015 met ongeveer 20% is toegenomen. Een traject dat in 2019 werd afgesloten duurde gemiddeld 361 dagen. Dit is 24 dagen langer dan de trajecten die in 2018 werden afgesloten, en 65 dagen langer dan die in 2016 (CBS Jeugdmonitor, 2020).

Van 2021 tot en met de eerste helft van 2023 bleef de trajectduur redelijk stabiel. In 2021 duurde een gemiddeld afgesloten ambulant jeugdhulptraject 400 dagen, in 2022 was dat 385 dagen, en in de eerste helft van 2023 406 dagen (CBS Dashboard Jeugdzorg).

Grote spreiding in duur van ambulante jeugdhulptrajecten

Figuur 1 geeft een visueel overzicht van de gemiddelde duur van ambulante jeugdhulptrajecten zonder verblijf, gemeten in dagen, en toont de spreiding over Nederland in 2022 (CBS, 2022). Hieruit blijkt dat er grote verschillen zijn in de gemiddelde duur van ambulante jeugdhulptrajecten tussen verschillende

gemeenten. De spreiding in de gemiddelde trajectduur in 2022 was 174 dagen. In dat jaar duurde een gemiddeld ambulant jeugdhulptraject in de helft van de Nederlandse gemeenten tussen de 330 en 370 dagen. De langste gemiddelde trajectduur was 684 dagen, terwijl de kortste gemiddelde trajectduur 207 dagen was. In de helft van de gemeenten duurden trajecten gemiddeld tussen de 376 en 489 dagen, in 21 gemeenten langer dan 489 dagen en in iets minder dan de helft van de gevallen korter dan of gelijk aan 376 dagen. De spreiding in trajectduur binnen regio's is nog groter dan de spreiding tussen regio's.

In figuur 2 is te zien in welke gemeenten de duur van jeugdhulptrajecten in de periode 2021-2023 het meest is toegenomen en waar deze het meest is afgenomen. De spreiding in trajectduur is aanzienlijk.

Figuur 1 Gemiddelde duur in aantal dagen jeugdhulp zonder verblijf. (CBS, 2022)



Figuur 1. Gemiddeld verschil in ontwikkeling van trajectduur in aantal dagen jeugdhulp zonder verblijf per gemeente over de periode 2021 – 2023. Voor grijze gemeenten in de figuur is geen data beschikbaar.



Leeftijd, geslacht en zorggebruik Wmo en volwassenen GGZ in het gezin en huishoudinkomen zijn van invloed op de duur van ambulante jeugdhulptrajecten. Onderzocht is wat op landelijk niveau de invloed op trajectduur is van leeftijd, geslacht, gezinssamenstelling, gezinsproblematiek (het gebruik GGZ, zowel basis- als specialistische zorg binnen het gezin) en huishoudinkomen. Dit leidt tot landelijke inzichten en per regio tot aandachtspunten die in de duidingssessies zijn besproken.

Trajecten bij jongens duren gemiddeld langer dan bij meiden.

Het verschil in trajectduur tussen jongens en meiden is gemiddeld 43 dagen. De verschillen variëren per leeftijdsgroep. Het verschil op landelijk niveau is het grootst bij de leeftijdsgroep van 15-18 jaar. In deze groep duren trajecten bij jongens gemiddeld 93 dagen langer dan bij meiden.

Ambulante trajecten bij oudere jongeren duren langer dan bij jongere jongeren.

De gemiddelde trajectduur bij de jongste groep (0-4 jaar) bedraagt 222 dagen. In de groep van 12-15 jarigen is de gemiddelde trajectduur met 402 dagen het langst. Dit is een verschil van 180 dagen. Vanaf 12 jaar duren ambulante trajecten bij jongens ongeveer even lang. Bij meiden zien we dat trajecten in de leeftijdsgroep van 15-18 iets korter zijn.

In gezinnen waar meerdere zorgvragen spelen maken jongeren vaker gebruik van hulp en duren trajecten gemiddeld langer.

Jongeren uit gezinnen waar naast jeugdhulp ook hulp vanuit de Wmo en/of volwassenen GGZ wordt ingezet maken vaker gebruik van ambulante jeugdhulp (3% v.s. 12%) ēn hun trajecten duren gemiddeld 57 dagen langer.

Of ouders bij elkaar zijn heeft wel invloed op het aantal jongeren dat jeugdhulp ontvangt maar niet op de duur.

Als ouders niet bij elkaar zijn is de kans dat een jongere jeugdhulp krijgt groter maar trajecten zijn niet langer.

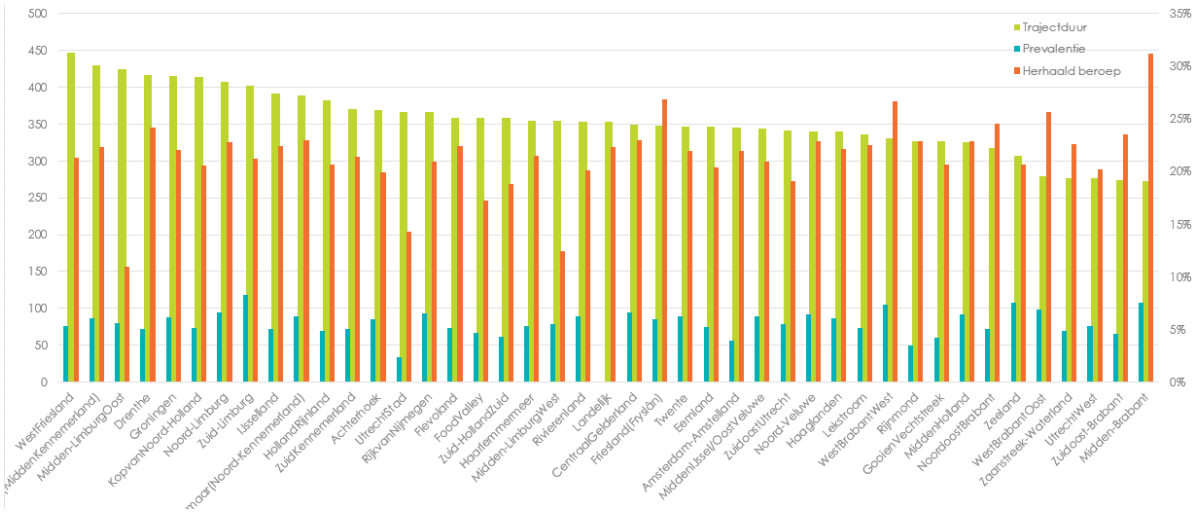
Jongeren uit gezinnen met de laagste inkomens gebruiken vaker ambulante jeugdhulp en hebben iets langere trajecten.

Jongeren uit gezinnen met de laagste inkomens gebruiken vaker ambulante jeugdhulp (6%) dan jongeren uit gezinnen met de hoogste inkomens (2%). Ambulante trajecten bij de laagste inkomensgroepen duren gemiddeld 17 dagen langer dan bij de hoogste inkomens.

Er is ook gekeken naar de samenhang tussen factoren. De vraag was onder ander f de trajectduur langer is als jongeren uit een gezin komen waar sprake is van zorggebruik vanuit de WMO en/of GGZ èn er sprake is van een laag huishoudinkomen. Conclusie is dat dit niet het geval is. De langere trajectduur bij jongeren uit gezinnen die Wmo en/of volwassenen GGZ zorg gebruiken valt grotendeels weg door de minder langere trajectduur bij jongeren afkomstig uit gezinnen in de laagste inkomensgroepen.

Geen duidelijke patroon tussen trajectduur, prevalentie, en herhaald beroep.
In de kwantitatieve analyse op landelijk niveau is gezocht naar een mogelijke samenhang tussen trajectduur, prevalentie en herhaald beroep. De aanvankelijke veronderstelling van de begeleidingsgroep was dat het sturen op kortere trajecten zou kunnen leiden tot een hoger herhaald beroep, of andersom, langere trajecten minder herhaald beroep. Daarnaast werd verwacht dat regio's waar relatief veel jongeren ambulante trajecten doorlopen, mogelijk ook langere trajecten zouden hebben. Deze veronderstellingen zijn vanuit de kwantitatieve data niet te onderbouwen.

Figuur 3 toont de trajectduur, prevalentie en het herhaald beroep. Uit deze figuur blijkt dat regio's met kortere ambulante trajecten niet noodzakelijkerwijs een hoger herhaald beroep laten zien. Wel is zichtbaar dat de uitschieters in herhaald beroep zich concentreren bij regio's met een kortere trajectduur. En andersom ook: de uitschieters naar beneden bij regio's met een langere trajectduur. Ook is er geen duidelijke relatie tussen prevalentie en trajectduur: regio's met een hoge prevalentie hebben niet per se langere trajecten of een hoger herhaald beroep.



Figuur 3. Samenhang trajectduur, prevalentie en herhaald beroep per jeugdhulpregio.

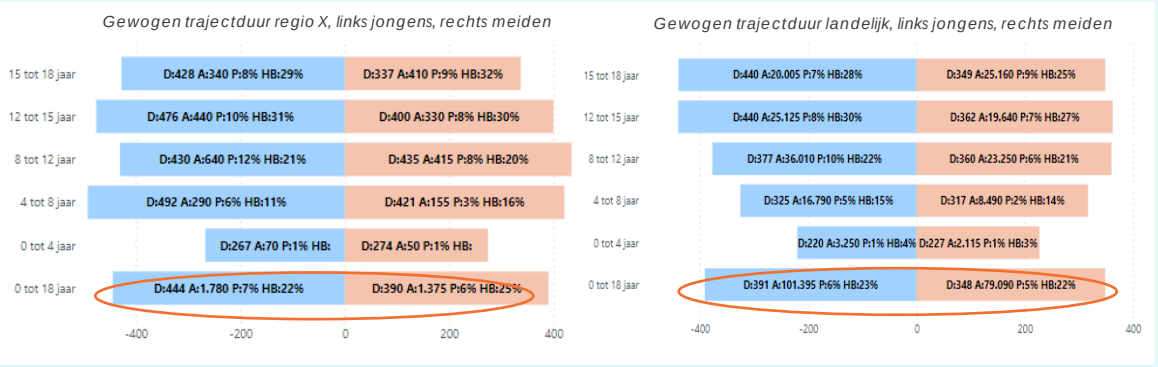
4.2. Verdiepende kwantitatieve analyse en duiding in vier **jeugdhulpregio's**

Om zicht te krijgen op de verschillen in trajectduur per regio zijn de analyses die op landelijk niveau zijn uitgevoerd ook op regionaal niveau uitgevoerd maar dan op regioniveau voor de vier geselecteerde regio's.

Conclusie: Gemeenten en aanbieders in de duidingssessies herkennen de ontwikkeling in trajectduur voor hun regio. De populatieanalyse brengt per regio een aantal specifieke aandachtspunten aan het licht die aanknopingspunten kunnen zijn voor beleid. De veronderstelde samenhang tussen trajectduur, prevalentie en herhaald beroep is op regionaal niveau net zo diffuus als op landelijk niveau. Gemeenten en aanbieders kunnen ontwikkelingen in trajectduur in de regio wel verklaren.

Ter Illustratie: Vergelijking van Regionale en Landelijke Trajectduur

Om inzicht te geven in de werkwijze, wordt in dit tekstblok een voorbeeld gepresenteerd van een vergelijking tussen de gewogen gemiddelde trajectduur op regionaal niveau en het landelijke gemiddelde, uitgesplitst naar jongens en meisjes per leeftijdscategorie. Vergelijkingen zoals deze zijn voor elke gemeente gemaakt op basis van de vijf onderzochte kenmerken: leeftijd, geslacht, gezinssamenstelling, huishoudinkomen en het gebruik van Wmo/volwassenen GGZ binnen het gezin.



Uit de vergelijking op de vorige pagina blijkt dat zowel jongens als meisjes in deze regio een langere gemiddelde trajectduur (D = Duur) hebben dan het landelijk gemiddelde. Daarnaast komen ze vaker in aanraking met jeugdhulp (P = Prevalentie) en doen ze vaker een herhaald beroep op zorg (HB = Herhaald Beroep). De langere trajectduur wordt met name veroorzaakt door kinderen in de leeftijdsgroep van 4 tot 8 jaar. Tijdens de duidingssessies zijn deze opvallende bevindingen besproken met de regio. In dit specifieke geval gaven gemeenten en zorgaanbieders aan dat zij de langere trajectduur bij kinderen van 4 tot 8 jaar herkenden. Een belangrijke oorzaak die werd genoemd, was de wachtlijsten voor speciaal onderwijs.

Regio-specifieke aandachtspunten voor beleid op basis van populatieanalyse

- In alle regio's zien we dat de trajectduur voor jongens gemiddeld langer is dan voor meiden. Wat de oorzaak hiervan kan zijn is niet duidelijk. Sommige hulpverleners geven aan dat de motivatie voor behandeling bij jongens een mogelijke verklaring kan zijn. Opvalt is dat geen van de gemeenten in de regio's zegt hiermee in beleid of inkoop rekening te houden. Hulpverleners geven aan dat ze hiermee in de hulpverlening wel rekening houden.
- In alle vier de regio's zien we dat de gemiddelde trajectduur bij jongeren langer is wanneer er binnen het gezin gebruik wordt gemaakt van GGZ en/of Wmo, vergeleken met gezinnen waar dit niet het geval is. De omvang van deze verschillen varieert echter per regio en per leeftijdsgroep. Door gezinsgericht te werken proberen gemeenten en aanbieders hier rekening mee te houden.
- In drie van de vier regio's is vooral de trajectduur van jongeren tussen de 12 en 15 jaar langer, terwijl in de vierde regio juist jongere kinderen (4 tot 8 jaar) een langere trajectduur hebben als er sprake is van bijkomende gezinsproblematiek. Tijdens de duidingssessies werd door de regio met langere trajecten voor jonge kinderen aangegeven dat dit mogelijk een gevolg is van preventief beleid. Als verklaring voor een kortere trajectduur in de groep oudere jongeren werd het hechte verenigingsleven in bepaalde gemeenten genoemd.
- In twee van de vier regio's bleek de trajectduur bij jongeren waar de ouders niet samen zijn korter dan bij jongeren waarvan de ouders wel bij elkaar zijn. Deze uitkomst verraste de betrokkenen, omdat de verwachting was dat het meer tijd zou kosten om beide ouders te betrekken bij de hulpverlening als deze niet samen zijn. Voor betrokken gemeenten is dit een punt om nader te onderzoeken.
- In één van de vier regio's bleek de trajectduur voor jongeren van 12 tot 15 jaar uit huishoudens met hogere inkomens (4e en 5e kwintiel) langer te zijn dan bij jongeren uit huishoudens met lagere inkomens (2e en 3e kwintiel). Dit wijkt af van het landelijke gemiddelde, maar sluit aan bij signalen van professionals uit verschillende regio's, die steeds vaker jongeren uit deze groepen zien. Als mogelijke verklaring wijzen zij op de prestatiedruk van ouders en de toenemende focus op de maakbaarheid van de samenleving.

De veronderstelde samenhang tussen trajectduur, prevalentie en herhaald beroep is op regionaal niveau net zo diffuus als op landelijk niveau.
In tabel 1 is te zien hoe de vier bij de duidingssessies betrokken regio's verschillen van het landelijk gemiddelde als het gaat om ontwikkeling in trajectduur, de duur van trajecten, het aantal jongeren met een ambulant hulpverleningstraject en het aantal trajecten per jongere.

Regio	Ontwikkeling trajectduur (2021-2023)	Trajectduur t.o.v. landelijk gemiddelde	Prevalentie t.o.v. landelijk gemiddelde	Herhaald beroep t.o.v. landelijk gemiddelde
A	Stijging	Korter	lager	lager
B	Stijging	Langer	gelijk	gelijk
C	Lichte stijging	Langer	hoger	gelijk
D	Stijging	Langer	gelijk	lager

Tabel 1: Kwalitatieve duiding van de ontwikkeling in trajectduur, de prevalentie en het herhaald beroep per regio.

Gemeenten en aanbieders kunnen ontwikkelingen in trajectduur in de regio wel verklaren.
In de duidingssessies is met gemeenten en aanbieders gesproken over verklaringen van het regionale beeld. Hun duiding is opgenomen in het tekstblok.

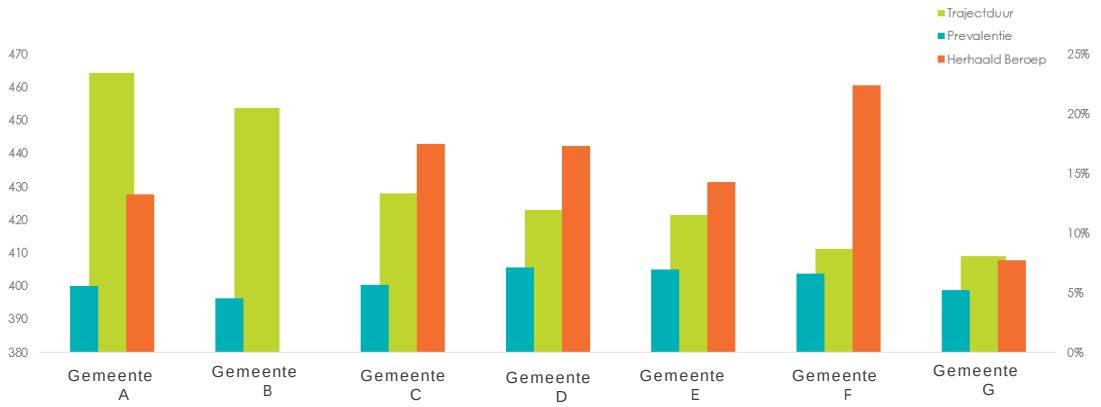
A. Betrokkenen in regio A geven aan dat de korte trajectduur in hun regio het resultaat is van het beleid dat sinds de decentralisatie is ingevoerd. In dit beleid spelen wijkteams een centrale rol in zowel de voor- als nazorg, en wordt gespecialiseerde jeugdhulp gezamenlijk ingekocht via taakgerichte bekostiging. Volgens de regio leidt dit tot een kortere gemiddelde trajectduur, lagere prevalentie, en een lager herhaald beroep dan het landelijke gemiddelde. Ze merken echter op dat de hulp die door wijkteams wordt verleend, in dit onderzoek niet is meegenomen. Als deze wel zou zijn opgenomen, had dit mogelijk invloed gehad op de prevalentie of trajectduur. De lichte stijging in trajectduur tussen 2021 en 2023 wordt volgens de regio veroorzaakt door wijzigingen in de manier van registratie.

B. In regio B zijn de ambulante jeugdhulptrajecten langer dan het landelijk gemiddelde en neemt de trajectduur verder toe. De gemeenten en aanbieders die betrokken waren bij de duidingssessie herkennen dit beeld en hebben hier zelf onderzoek naar gedaan. Op basis van hun eigen data zijn ze hierover in gesprek, waarbij de focus ligt op de relatief lange trajecten. Een andere gemeente kampt met personele problemen bij de wijkteams, waardoor er minder regie is en beschikkingen automatisch worden verlengd. Volgens de regio speelt er ook een registratieregeling mee, waarbij hulp die door het voorveld wordt geboden, in de CBS-data voor ambulante hulp wordt opgenomen.

C. In regio C is de trajectduur langer dan het landelijk gemiddelde en is ook de prevalentie hoger. De regio geeft als verklaring dat zij er tot nu toe onvoldoende in zijn geslaagd het voorveld voldoende te versterken en de triage optimaal te organiseren. Hierdoor ligt de prevalentie hoger dan het landelijk gemiddelde. Tijdens het jeugdhulptraject komen nieuwe hulpvragen naar voren, wat in sommige gevallen leidt tot nieuwe trajecten (herhaald beroep). Daarnaast is er volgens de regio sprake van een administratieve vertekening, omdat trajecten op basis van bekostiging een jaar open blijven staan, ook al is de hulp al eerder beëindigd.

D. De gemeenten in regio D kennen grote verschillen. Sommige gemeenten hebben traditioneel een laag gebruik van jeugdhulp, terwijl het gebruik in andere gemeenten binnen dezelfde regio juist hoog is. Wanneer er wel gebruik wordt gemaakt van jeugdhulp, zijn de trajecten vaak langdurig en intensief. Dit maakt het voor de gemeenten en aanbieders in deze regio lastig om algemene uitspraken te doen. Volgens betrokkenen worden verschillen in trajectduur vooral verklaard door lokale factoren, zoals de beschikbaarheid van specifiek aanbod, de sociale cohesie binnen een gemeente en de betrokkenheid van het netwerk rondom jongeren bij de hulp

De figuur (figuur 3) die is opgesteld om de relatie tussen trajectduur, prevalentie en herhaald beroep op landelijk niveau in kaart te brengen, is ook op regionaal niveau gemaakt. Figuur 4 op de volgende pagina toont deze samenhang voor de regio.



Figuur 4. Samenhang trajectduur, prevalentie en herhaald beroep binnen 1 jeugdhulpregio, geordend naar aflopende trajectduur.

Wat in figuur 4 opvalt, is niet zozeer het ontbreken van samenhang tussen trajectduur, prevalentie en herhaald beroep, maar vooral de spreiding in trajectduur tussen gemeenten. Dit is opmerkelijk omdat het aantoont dat zelfs binnen een jeugdhulpregio – met in dit specifiek geval een gezamenlijk regionaal beleidsplan voor jeugd, gezamenlijke inkoop, contractbeheer, contractmanagement, datamanagement en een groot aantal gedeelde aanbieders – er toch aanzienlijke verschillen in trajectduur bestaan. Dit onderschrijft de analyse van de betrokkenen in de regio dat naast sociaal demografische (populatie) kenmerken en regio-gerelateerde systeemfactoren ook lokale factoren invloed hebben op trajectduur. Welke dat zijn is besproken met gemeenten, aanbieders en cliënten in de kwalitatieve verkenning en beschreven in paragraaf 4.3.

4.3. Kwalitatieve verkenning met gemeenten, aanbieders en cliënten naar factoren die trajectduur beïnvloeden

In gesprekken met ambtenaren en professionals binnen de jeugdhulp, het voorliggend veld en met(ervaringsdeskundige) jongeren en ouders is besproken wat volgens hen maakt dat de trajectduur sinds 2015 met circa 26% is gestegen. Welke factoren van invloed zijn op (de ontwikkeling van) trajectduur, wat gemeenten, aanbieders al doen en nog meer kunnen doen om te zorgen dat ambulante jeugdhulptrajecten passend zo lang duren als nodig is.

Conclusie: De toename van de trajectduur is deels het gevolg van brede maatschappelijke ontwikkelingen en ontwikkelingen op systeemniveau. Belangrijkste zijn de decentralisatie van de jeugdhulp, het ingezette beleid van het rijk en gemeenten om in hulp dichterbij te organiseren en het lokale veld te versterken.
Tegelijkertijd wijzen betrokkenen op regionale en lokale factoren op beleidsmatig en organisatorisch niveau. Hierbij noemen gemeenten, aanbieders en cliënten de organisatie van het cliëntproces, de inkoop en de samenwerking in keten en met andere domeinen zoals onderwijs.
Betrokkenen geven aan dat langere trajecten vooral het gevolg zijn van knelpunten in de hulpverlening en in de door- en uitstroom. Knelpunten in de signalering en toeleiding naar hulp, evenals het ontstaan van wachtlijsten, hebben een indirect effect doordat ze vertragingen in de hulpverlening veroorzaken, wat kan leiden tot escalatie van problemen en langere trajecten.
Vanuit gemeenten en aanbieders wordt via inkoop en beleid al gestuurd op passende trajectduur. Hoe ver men hierin is verschilt per regio, per gemeente en per aanbieder.
Betrokkenen geven aan dat zij meer van elkaar kunnen leren en een gezamenlijke verantwoordelijkheid hebben om te sturen op passende zorg. Hiervoor geven betrokken partijen aan, is het belangrijk om in dialoog te gaan, met alle partners in de keten vanuit de jeugdhulp en aanpalende domeinen zoals volwassen GGZ en passend onderwijs, gemeenten, aanbieders en cliënten. Beschikbaarheid van data is hierin randvoorwaardelijk. Trajectduur moet niet geïsoleerd worden bezien.

De toename van de trajectduur is volgens betrokkenen deels het gevolg van brede maatschappelijke ontwikkelingen en ontwikkelingen op systeemniveau.
Ook spelen versnipperde informatievoorziening en registratie effecten een rol.

Maatschappelijke ontwikkelingen

- Onopgeloste sociale vraagstukken op het gebied van wonen, sociale zekerheid, onderwijs en veiligheid leiden onnodig tot zorgbehoeften, waaronder in de jeugdzorg.
- Betrokkenen ervaren dat de complexiteit van hulpvragen toe neemt.
- De nadruk op de maakbaarheid van de samenleving en de hoge verwachtingen van ouders zorgen voor extra druk op kinderen.
- Individualisering en de invloed van sociale media spelen ook een rol in deze ontwikkeling.

Systeemoorzaken

- Een gevolg van de decentralisatie is dat gemeenten de hulp dichter bij de inwoners zijn gaan bieden. Zij hebben meer zicht gekregen in de problemen van burgers die om oplossingen vragen (dynamiek: aanbod - vraag)
- Aanbieders geven aan dat vooral meer complexe hulpvragen die vaak meer tijd kosten worden doorverwezen naar gespecialiseerde hulp en dat de meer eenvoudige zaken worden opgepakt in het lokale veld.

Versnipperd beleid en informatievoorziening

- Gemeenten en aanbieders hebben beperkt overzicht en verantwoordelijkheid over de hele keten, waardoor effectief sturen lastig is. Er is gebrek aan integrale data.
- Gemeenten heeft geen invloed op Zvw gefinancierde zorg zoals de volwassenen GGZ, terwijl wachtlijsten in deze sector wel invloed hebben op trajectduur in de jeugdhulp.

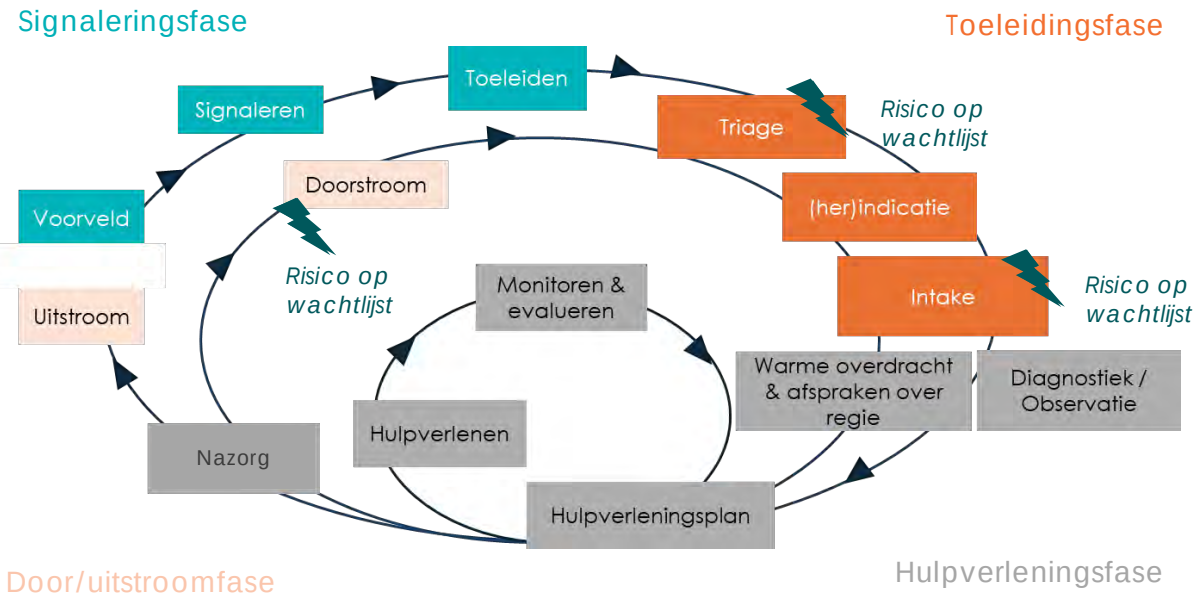
Administratie- en registratie-effecten

- Omdat het zorglandschap per regio verschillend is georganiseerd en zowel nationaal als lokaal wijzigingen in de registratie zijn doorgevoerd, is het moeilijk om inzichten uit landelijke data goed te interpreteren of worden deze regionaal niet volledig herkend.



De invloed van de organisatie van het cliëntenproces, inkoop en samenwerking in de keten op trajectduur volgens betrokkenen.
In figuur 5 is het cliëntenproces visueel weergegeven als een cyclus, aangezien na de hulpverleningsfase niet altijd (direct) sprake is van uitstroom van cliënten. Op verschillende momenten binnen het cliëntenproces ontstaan risico's op wachtlijsten, wat ook visueel is aangegeven. De belangrijkste fasen in het hulpverleningsproces die invloed hebben op de trajectduur zijn de fase van hulpverlening en de door- en uitstroomfase. Knelpunten in de signalering- en toeleidingsfase, evenals het ontstaan van wachtlijsten, hebben een indirect effect. Betrokkenen geven aan dat de ervoor zorgen dat jongeren niet tijdig geholpen worden, wat leidt tot escalatie van problemen en een toename van de duur van de hulpverleningstrajecten.

In de volgende paragrafen is beschreven wat volgens betrokken gemeenten, aanbieders en cliënten de belangrijkste verklaringen zijn van de toenemende trajectduur in de inkoop en in de verschillende fasen van het clientproces. Daarnaast is per fase beschreven welk beleid volgens betrokkenen (nog meer) ingezet zou moeten worden.



Figuur 5. Visuele weergave van het clientproces.

Gemeenten sturen op trajectduur via inkoop

Gemeenten voeren vanuit hun rol als opdrachtgever (zorginkoper) gesprekken met hun contractpartijen. In de Hervormingsagenda Jeugd is opgenomen dat het van belang is dat gemeenten en aanbieders in deze gesprekken aandacht hebben voor trajectduur, hierover in gesprek blijven en hierover op geaggregeerd niveau afspraken maken. Alle gemeenten en aanbieders geven aan dat trajectduur onderwerp is van gesprek bij de contractering. De uitwerking verschilt lokaal.

A. Regio A, waar de trajectduur het kortst is, werkt met een taakgericht inkoopmodel. Dit model stimuleert opdrachtgevers om jongeren zo kort mogelijk in zorg te houden. De regio organiseert gespecialiseerde jeugdhulp via een regionaal model, waarbij samenwerkende specialistische aanbieders een gezamenlijk maximaal budget hebben. Dit zorgt ervoor dat er gezamenlijk wordt beslist hoe de schaarse middelen worden ingezet. Hierdoor ontstaat een financiële prikkel om jongeren zo lang als verantwoord is in het voorliggend veld te houden en hen daar optimaal te ondersteunen. Als een kind wordt doorverwezen door het wijkteam, zijn de aanbieders verplicht de zorg te accepteren.

D. In regio D, waar de trajectduur het langst is, werd eerder gewerkt met inspanningsgerichte financiering (pxq). Momenteel hanteert men een outputgericht model (trajectfinanciering), maar er wordt overwogen om in de volgende contractronde terug te keren naar inspanningsgerichte financiering. Dit laatste model beloont de zorgaanbieder op basis van het aantal behandeluren.

Factoren die van invloed zijn op trajectduur in de signaleringsfase



Verklaringen van langere trajectduur:

1. Te lange voortrajecten. Hierbij gaat het om zowel formele hulpverleningstrajecten als informele hulp vanuit het netwerk. Kern hierbij is de gedachte van juiste zorg op het juiste moment, door de juiste hulpverlener, op de juiste plek. Als voortrajecten te lang duren zonder impact dan kan dat gevolg hebben op (de duur van) het vervolgtraject.

2. Problemen worden niet tijdig gesignaleerd. Dit leidt tot escalatie, opstapeling en onnodige complexiteit. Aanbieders merken op dat problemen en copingmechanismen bij jongeren al zijn ingesleten, wat de duur van hulpverleningstrajecten verlengt. Daarnaast geven zij aan dat hoge en te late beslisdrempels zorgen voor vertraging in de keten. Als voortrajecten lang duren kunnen jongeren 'hulpverlening moe' raken en wordt het lastiger om resultaten te realiseren.
3. Lokale teams krijgen steeds vaker de opdracht om de regie te voeren over jeugdhulptrajecten. Dit is bewust beleid vanuit gemeenten en maakt deel uit van de 'beweging naar de voorkant', waaraan partners in de jeugdhulp zich via de Hervormingsagenda Jeugd hebben gecommitteerd. Het vraagt van partijen om als netwerken te werken. Betrokkenen geven aan dat het effect hiervan op de trajectduur is, dat alleen de complexere zaken worden aangemeld, wat leidt tot een verdere toename van de trajectduur en dat meer afstemming en overleg nodig is.
4. Onbekendheid met het aanbod. Aanbieders weten vaak niet waar de best passende hulp geboden wordt.

Beleid en interventies gericht op passende trajectduur:

1. Versterking van het lokale voorveld. Sterke basisvoorziening, sterke wijkteams en nauwe samenwerkingen gespecialiseerde zorg en samenwerking school.
2. Realiseren van collectiviteit op wijkniveau. Gemeenten zeggen in hun beleid meer nadruk te leggen op het verlenen van hulp in nabijheid. Regie moet lokaal liggen. Aanbieders verkennen andere vormen van hulpverlening zoals inzet op meer groepsgerichte hulpverlening.
3. Matched care i.p.v. Stepped Care. Met aanbieders verkennen gemeenten hoe meer ingezet kan worden op matched care in plaats van stepped care. Hoe specialistische expertise aan de voorkant ingezet kan worden (met een heldere werkwijze, gebaseerd op samenwerking en vertrouwen en met mandaat) om doorverwijzing naar specialistische hulp te voorkomen (zonder een parallel traject op te hoeven starten).

Factoren die van invloed zijn op trajectduur in de toeleidingsfase.



Verklaringen van langere trajectduur:

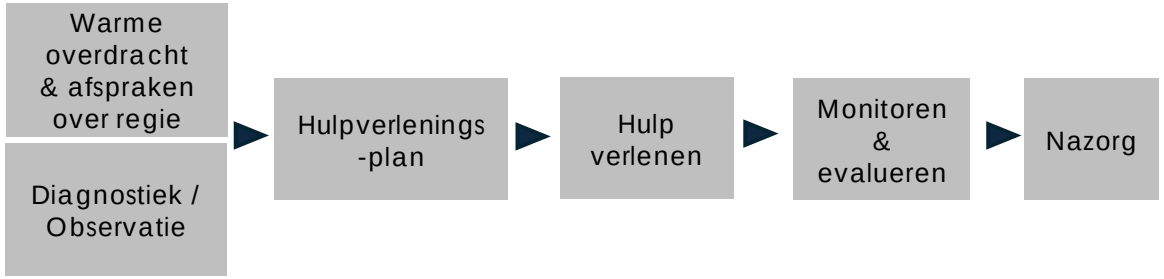
1. Triage niet op orde. Tijdens de intake blijkt regelmatig dat er meer of andere problemen zijn dan aanvankelijk beschreven. Triage is niet zorgvuldig doorlopen en/of informatie is niet compleet.

2. Nieuwe vragen. Problemen in de triage en het voortraject kunnen bijdragen aan het ontstaan van nieuwe hulpvragen. Daarnaast kunnen tijdens ambulante trajecten, als jongeren nieuwe dingen meemaken en in andere levensfasen komen ook nieuwe hulpvragen opkomen.
3. Geen integrale gezinsgerichte blik. Jongeren en ouders geven aan dat het beleid van integraal en gezinsgericht naar problemen kijken nog niet (overal) praktijk is.

Beleid en interventies gericht op passende trajectduur:

1. Vanaf de start van een traject al werken aan uitstroom. Gemeenten, aanbieders en cliënten geven aan dat vanaf de start van een traject al gewerkt moet worden aan elementen die nodig zijn voor een goede door- of uitstroom in een later stadium, om zo continuïteit van hulp te bieden en passende uitstroom te realiseren.
2. Vraagverheldering aan de voorkant. Dit vraagt om deskundige medewerkers die een integrale, gezinsgerichte verklarende analyse kunnen uitvoeren. Ook is het essentieel dat het gezin en betrokken hulpverleners in het voorveld hierin worden meegenomen. Deze interventie sluit aan bij de maatregelen uit de Hervormingsagenda Jeugd.
3. Langdurige indicering. Aanbieders en cliënten geven aan dat gemeenten bij complexe vragen langer indiceren zodat hulpverleners over een langere periode betrokken kunnen blijven en zorg continu kan worden geleverd.
4. Kritische beoordeling door de aanbieder of passende hulp geboden kan worden. Aanbieders geven aan dat het bij de intake belangrijk is zij kritisch beoordelen of aanvullende zorg geleverd moet worden en wie dat kan bieden. Een van de onderzochte regio's gebruikt de driehoek van het Instituut Publieke Waarde (IPW) om te bepalen of aanvullende zorg moet worden ingezet.

Factoren die van invloed zijn op trajectduur in de hulpverleningsfase.



Verklaringen van langere trajectduur:

1. Versnipperd aanbod en informatievoorziening. Gemeenten ervaren knelpunten door de AVG en het complexe speelveld van aanbieders, die vaak al betrokken zijn bij jongeren, wat afstemming en samenwerking bemoeilijkt en voor langere trajecten zorgt. Hulpverleners zijn afhankelijk van toestemming van ouders voor het delen van informatie, wat samenwerking kan vertragen
2. Geen gedragen norm van passende en effectieve zorg en beperkte kennisontwikkeling. Jongeren en ouders (ervaringsdeskundigen) geven aan dat trajectduur wordt beïnvloed door het ontbreken van passende en effectieve zorg. Er is geen breed gedragen norm voor kwaliteit of een gedeeld beeld van wat passende jeugdhulp is, wat leidt tot langere trajecten en meer herhaalde hulp.
3. Zorgen om loslaten. Professionals en jongeren maken zich zorgen over het loslaten van jongeren na een hulptraject, vooral wanneer vervolgzorg ontbreekt.

Beleid en interventies gericht op passende trajectduur:

1. Vaart maken met een integraal kwaliteitskader voor jeugdhulp. Gemeenten en aanbieders verwijzen hiervoor naar de Hervormingsagenda Jeugd. Belangrijk is om hierbij ook aandacht te hebben voor de vertaling naar de werkvloer.
2. Samenwerking in de regio blijven bevorderen en regie goed beleggen. Gemeenten moeten zich blijven richten zich op het bevorderen van samenwerking in de regio. Dit kan onder andere door de inzet van expertteams. Met heldere werkwijzen, op basis van samenwerking en vertrouwen met mandaat hulp inzetten. Sommige gemeenten proberen via inkoop meer samenwerking te stimuleren en/of het aantal aanbieders te beperken. Bij meerdere hulpvragen moeten er afspraken worden gemaakt over wie de regie voert, waarbij wijkteams betrokken blijven. Waar mogelijk, moeten meerdere zorgvragen binnen een lopend traject bij één aanbieder worden ondergebracht.
3. Beschermende factoren die van invloed zijn op uitstroom eerder betrekken. Om effectieve hulpverlening te garanderen en een realistische uitstroom mogelijk te maken, moeten beschermende factoren vaker en eerder in het traject worden meegenomen. Dit gebeurt volgens ervaringsdeskundigen, jongeren en ouders nog onvoldoende.
4. Luisteren naar cliënten bij het maken van plannen over uitstroom. Cliënten geven aan dat er meer naar hen geluisterd moet worden. Uit een uitvraag door NJR blijkt dat de helft van de jongeren meer inspraak wil in de afronding van hun behandeling en dat behoefte is aan een concreet nazorgplan.

Factoren die van invloed zijn op trajectduur in door-uitstroomfase

Uitstroom → Doorstroom

Verklaringen van langere trajectduur:

1. Capaciteitsproblemen. Zowel instellingen met zwaardere vormen van jeugdzorg, volwassenen GGZ, als aanpalende domeinen zoals begeleid wonen en passend onderwijs kampen met capaciteitsproblemen. Hoe groot de problemen zijn verschilt sterk per regio en zelfs lokaal.
2. Krappe bezetting en hoog verzuim. Dit maakt teams kwetsbaar, vooral in kleinere gemeenten en organisaties, wat leidt tot langere wachtlijsten en vertraging in de hulpverlening. Jongeren raken hierdoor in een negatieve spiraal: minder tijd per cliënt, slechtere analyses van problemen, minder passende hulp, langere trajecten, en meer wisselingen van hulpverleners. Dit alles zorgt voor langere doorlooptijden en vaker herhaalde hulpverlening.
3. Terughoudendheid bij aanbieders om jongeren over te nemen. Aanbieders merken dat andere organisaties terughoudend zijn om uitstromende of doorstromende jongeren over te nemen. Dit kan komen door onwil om moeilijkere cliënten over te nemen of door procedurele barrières. Een concreet voorbeeld is dat jeugdhulptrajecten soms blijven lopen omdat er medicatiecontroles nodig zijn, die een huisarts zou kunnen overnemen.

Beleid en interventies gericht op passende trajectduur:

1. Versterken van het lokale veld. Gemeenten en aanbieders richten zich op het versterken van het voorveld en het realiseren van goede basisvoorzieningen.
2. Tijdig inzetten van resources om uitstroom makkelijker te maken. Als voorbeelden worden mentoren, JIM, wijkteams en vrijwilligers genoemd. Dit kan het netwerk van jongeren versterken en formele hulp eerder afbouwen.
3. Samenwerking met partners in de keten. Met name het versterken van de samenwerking met het onderwijs en de mogelijkheden van de praktijkondersteuner (POH) jeugd kan beter volgens betrokkenen worden benut en wordt gezien als een effectieve aanpak.
4. Duurzaam aanbod voor afschalen van zorg. In gesprekken met ervaringsdeskundige jongeren en ouders werd gesproken over het standaard blijven volgen van jongeren na de hulpverlening ("vinger aan de pols houden"). Dit draagt bij aan een geleidelijke en veilige afbouw van hulp, en zou een duurzaam alternatief kunnen zijn voor afschalen. Dit zou volgens cliënten een vast onderdeel moeten worden van het hulpverleningsaanbod.

Top 5 adviezen van (ervaringsdeskundige) cliënten en ouders.

1. Een goede casusregisseur bij gemeente helpt als jeugdigen herhaald jeugdhulp nodig hebben of voor complexe casuïstiek.
2. Zorg voor een vangnet, vinger aan de pols na het hulpverleningstraject. Maak samen met jongeren een na-zorgplan.
3. Betere intake, luisteren naar jongeren en ouders en meer kennis over welke hulp effectief is.
4. Zorg voor meer deskundigheid en kennis over effectieve hulp.
5. Kijk regelmatig of doelen nog kloppen en evalueer de hulp zodat bijgestuurd kan worden.



Door wachttijden kan de problematiek van jongeren verergeren en kan de hulpverlening langer duren.
De grootste risico's voor het ontstaan van wachtlijsten liggen in de overgang van signalering naar toeleiding, van toeleiding naar hulpverlening, en van hulpverlening naar doorstroom.

- Wachtlijsten zijn onderdeel van de praktijk in alle betrokken regio's. Wachtlijsten ontstaan volgens betrokkenen door de druk op capaciteit, tekorten op de arbeidsmarkt, en hoog ziekteverzuim, waardoor hulp niet tijdig, efficiënt of passend kan worden geboden.
- Wachtlijsten bij specialistische aanbieders zorgen ervoor dat lokale teams en aanbieders van enkelvoudige jeugdhulp langer hulp blijven bieden. Aanbieders geven aan dat door wachttijden de problematiek van jongeren kan verergeren en de hulpverlening langer kan duren, hoewel dit niet altijd het geval is. (Ervaringsdeskundige) cliënten en ouders merken op dat wachtlijsten ook kunnen helpen bij het bepalen wie het eerst hulp nodig heeft.
- Hoe met wachttijden wordt omgegaan, hangt af van de gemeente. In veel gevallen wordt overbruggingszorg aangeboden, maar sommige cliënten zoeken zelf andere oplossingen, zoals het inzetten van een pgb.

Betrokken partijen in de keten geven aan dat zij meer met elkaar in gesprek moeten om gezamenlijk het gesprek te voeren over trajectduur en passende jeugdhulp.
Gemeenten en aanbieders geven aan dat zij de gesprekken over trajectduur in het kader van dit onderzoek positief hebben ervaren. Belangrijkste waarde zit volgens betrokken in het beschikbaar hebben en delen van data en in de gezamenlijke dialoog.

Hoe ver gemeenten zijn in data-gedreven sturing verschilt per gemeente en hangt onder andere af van hun grootte. In twee regio's hebben gemeenten, vanwege een gebrek aan integrale data, zelf onderzoek gedaan en gegevens uit verschillende bronnen gekoppeld om een completer beeld van de jeugdzorgketen te krijgen. Gemeenten in regio's die minder ver zijn in deze ontwikkeling, vaak kleinere gemeenten, geven aan dat zij moeilijk toegang krijgen tot microdata van het CBS. Dit was hen voor mede reden om deel te nemen aan dit onderzoek. Advies van betrokken gemeenten bij gebruik van data:



Basis op orde: De eerste stap voor veel gemeenten is het op orde brengen van de basis. Dit betekent inzicht krijgen in het aantal trajecten, de prevalentie, de trajectduur, het herhaald beroep op zorg, en de verschillen in zorgvormen.



Verbinden, verbreden en verdiepen: Gemeenten die de basis op orde hebben kunnen volgende stappen zetten en data verbinden met als doel te verbreden en te verdiepen. Door gegevens over jeugdhulp en aanverwante domeinen te koppelen, kan een breder beeld van de gehele zorgketen worden verkregen. Populatie-analyses en andere verdiepende analyses kunnen helpen specifieke doelgroepen of subpopulaties te identificeren waarvoor gerichte interventies nodig zijn.



Delen: Delen van inzicht binnen de eigen regio en met andere regio's op nationaal niveau. Hierbij kan het gaan om inzicht in ontwikkelingen maar ook om analyses die gemeenten en aanbieders helpen bij het uitvoeren van hun taak.

Gemeenten die al meer data-gedreven werken, geven aan dat de interpretatie van data een uitdaging blijft. Het gesprek met zorgaanbieders is essentieel om de kwaliteit beter te begrijpen. Collectieve gesprekken helpen om uit te zoomen en naar de gehele zorgketen te kijken, zodat gemeenten en aanbieders gezamenlijk meer bewustwording en eigenaarschap over de zorgketen ontwikkelen. Trajectduur is onderdeel van deze gesprekken maar moet worden bezien in combinatie met in ieder geval intensiteit en kwaliteit.

Elke regio heeft eigen specifieke aandachtspunten voor vervolg
Betrokkenen in de regio's geven aan dat zij het beleid dat zij voeren dat gericht is op het realiseren van passende trajectduur voortzetten. Trajectduur blijft een thema van gesprek. Omdat de verschillen tussen regio's groot zijn, heeft iedere regio hierin eigen specifieke aandachtspunten.

In reflectie op de duidingssessies geven betrokkenen gemeenten, aanbieders (ervaringsdeskundige) jongeren en ouders aan dat zij meer geloven ontschotting binnen gemeenten en regio's voor een integrale, duurzame aanpak dan in sturing via financiële prikkels, landelijke normen, streefdata of benchmarking.

In tabel 2 is ter illustratie een beknopt overzicht opgenomen van enkele regio specifieke aandachtspunten waarmee regio's aan de slag gaan.

Regio	Vervolgstappen en aandachtspunten in de regio
A	Regio A is voornemens om verdiepende analyse uit te voeren naar problematiek bij meiden uit hogere sociaal economische klassen in specifieke wijken. Vermoeden onder hulpverleners is dat trajectduur (prevalentie) in deze groep stijgt.
B	Gemeenten voeren het gesprek met aanbieders, breed aan de hand van data. Gesprekken zijn nodig voor duiding. Nadruk in gesprekken ligt in ieder geval op de groep jongeren die al langer in zorg is, binnen de regio van aanbieder naar aanbieder doorstroomt, maar niet uitstroomt. Door inzet op deze trajecten verwachten gemeenten effect op kwaliteit en kosten.
C	In deze regio staat data-gedreven werken nog in de kinderschoenen. Eerste stap is het op orde brengen van de basis stuurinformatie zodat op basis daarvan met betrokken partners in de keten het goede gesprek gevoerd kan worden. Dit gesprek zal gaan over passende zorg, niet over trajectduur alleen.
D	In deze regio is men voornemens over te stappen op een andere inkoopvariant. Daarnaast overweegt men om knelpunten in de doorstroom in de toeleidingsfase die van invloed zijn op trajectduur aan te pakken door het proces van toeleiding tot intake meer in 1 hand te organiseren.

Tabel 2: Regio specifieke aandachtspunten en vervolgstappen.

5. Conclusies & Aanbevelingen

De sterke stijging in de trajectduur van ambulante hulpverleningstrajecten, die sinds 2015 waarneembaar was, lijkt in afgevlakte vorm door te zetten tot gemiddeld 385 dagen. Oudere jongeren, jongens en jongeren uit gezinnen met een laag huishoudinkomen en jongeren uit gezinnen waar binnen het gezin ook Wmo en volwassenen GGZ wordt gebruikt hebben gemiddeld langere ambulante trajecten. Er is geen duidelijk verband tussen trajectduur, prevalentie en herhaald beroep.

Regionale verschillen zijn deels te verklaren door maatschappelijke ontwikkelingen maar ook door knelpunten in de signalering, toeleiding, hulpverlening, de door- en uitstroom, en wachtlijsten. Deze factoren zorgen voor langere trajecten. Gemeenten en aanbieders proberen via inkoop en beleid te sturen op een passende trajectduur. Hoe ver men hierin is verschilt per gemeente en per regio.

Betrokken gemeenten, aanbieders,(ervaringsdeskundige) jongeren en ouders, geloven meer in ontschotting binnen gemeenten en regio's voor een integrale, duurzame aanpak dan in sturing via financiële prikkels, landelijke normen, streefdata of benchmarking.

De conclusie is dat trajectduur niet losstaand moet worden bekeken, maar altijd in samenhang met andere factoren en met het oog op het realiseren van passende zorg. Dit betekent dat er gekeken moet worden naar de gehele zorgketen en naar de beweging die gemeenten en aanbieders steeds meer maken: hulp zo dicht mogelijk bij inwoners organiseren, breed kijken naar de zorgbehoeften, en samenwerken met alle betrokken partners in de keten. Dit vereist het voeren van regie, flexibel kunnen op- en afschalen en langdurig betrokken blijven waar nodig. Het gevolg van deze aanpak is dat eenvoudigere vraagstukken veelal lokaal zullen worden aangepakt, zodat (gespecialiseerde) ambulante jeugdhulp beschikbaar is voor jongeren voor wie dit een passend antwoord is op hun hulpvraag, jongeren waarbij veelal complexere vraagstukken spelen en waar trajecten zo lang moeten duren als nodig.

Voor meer conclusies, zie pagina 5, 9 en 14.

Aanbevelingen landelijk niveau:



- Richt de focus bij beleid niet geïsoleerd op trajectduur in de jeugdhulp. Kijk breed naar de hele keten, cross-sectoraal en domein overstijgend. Richt beleid op het bieden van passende zorg waarbij de duur van een traject (dagen, weken, maanden etc.), de intensiteit van zorg (inzet per dag, week etc.) en de kwaliteit van zorg samenkomen en aansluit bij de vraag en situatie van de client.
- Prioriteer de ontwikkeling en toepassing van domein-overstijgende kwaliteitskaders, zoals opgenomen in de Hervormingsagenda Jeugd. Deze kaders, inclusief handvatten voor monitoring, en een gezamenlijke definitie van passende zorg voor jeugd moeten de basis vormen voor gesprekken tussen hulpverleners, jongeren en ouders over de kwaliteit van zorg en de aansluiting bij hun behoeften. Werken
- Faciliteer dat het gesprek gevoerd kan worden over trajectduur lokaal, afgestemd op de specifieke regionale situatie. De afspraken over het realiseren van een centrale en integrale data-infrastructuur en een gelijk speelveld in de Hervormingsagenda Jeugd kunnen hierin ondersteunend zijn.

Aanbevelingen regionaal/gemeentelijk niveau:



- Trajectduur niet geïsoleerd bezien. Het advies op dit punt dat geldt voor landelijk beleid geldt ook op regionaal niveau. Trajectduur moet niet geïsoleerd worden bezien en er moet niet geïsoleerd op trajectduur worden gestuurd maar op passende zorg als geheel.
- In partnerschap versteken van het voorveld. Van de betrokken regio's laat de regio die een sterke samenwerking met wijkteams, onderwijs en gespecialiseerde zorg heeft opgebouwd en een duidelijke rol als regisseur, verbinder en inhoudelijk leider heeft genomen een lagere trajectduur, prevalentie en herhaald beroep zien. Ze sturen integraal vanuit een visie op kwaliteit/passende zorg en hebben van aanbieders medeverantwoordelijk partners gemaakt. Deze strategie moet worden voortgezet en uitgebreid, ook als dit leidt tot langere trajecten, zolang de zorg passend is.
- Werk aan het duurzaam organiseren van nazorg. Een duurzaam nazorgaanbod moet integraal onderdeel zijn van passende zorg om hulpverlening op een verantwoorde manier af te kunnen schalen. Bespreek met hulpverleners en cliënten wat hierin behoeften zijn, organiseer het aanbod en koop het in..
- Zorg dat basisstuurinformatie op orde is. Dit betekent inzicht krijgen in het aantal trajecten, de prevalentie, de trajectduur, het herhaald beroep op zorg en de verschillen in zorgvormen. En het gesprek organiseren met gemeenten en aanbieders in de keten vanuit de jeugdhulp en aanpalende domeinen zoals volwassenen GGZ en passend onderwijs

Aanbevelingen niveau aanbieders/hulpverleners:



- Investeer in deskundigheid en kennis van hulpverlening. Hierbij gaat het om kennis over effectieve interventies en over de praktische vertaling hiervan naar de praktijk. Evalueer regelmatig of de gestelde doelen nog aansluiten bij de situatie van de cliënt. Bijsturen waar nodig is essentieel voor een effectieve en passende hulpverlening.
- Luisteren beter naar jongeren en ouders en betrek het netwerk, in alle fases van het hulpverleningsproces. Van signalering en intake tot nazorg. Betrek het netwerk van jongeren en hun ouders en houd een vinger aan de pols. Realiseer je dat jongeren onderdeel zijn van een systeem en dat inzet van dit netwerk rondom jongeren en ouders nodig is om structurele en duurzame verandering te bewerkstelling. Dit geldt voor aanbieders en hulpverleners in de hulpverleningsrelatie en uiteraard ook voor gemeenten als het gaat om de toegang en bij beleid.



Voor meer aanbevelingen, zie H 4.3. onder ‘Beleid en interventies gericht op passende trajectduur’ op pagina 18-21 en 23

Bijlagen

Over de gebruikte data

Voor dit onderzoek zijn data gebruikt van het CBS. Analyses zijn gemaakt op basis van data uit 2021,2022 en de eerste helft van 2023. Door het CBS is een maatwerktabel opgesteld voor jeugdhulp zonder verblijf met enkele demografische kenmerken. In de maatwerktabel zijn groepen van 10 of kleiner weggelaten. Bij financiële data zijn groepen van 100 of kleiner weggelaten. Deze keuze is gemaakt om herleidbaarheid naar individuele personen te voorkomen.

Er zijn recent twee veranderingen doorgevoerd in de verzameling en verwerking van de data over jeugdzorg, die leiden tot een trendbreuk in de uitkomsten over 2020 en 2021. De grootste verandering betreft een forse toename in 2021 van de berichtgeverspopulatie van jeugdhulpaanbieders. Hierdoor zijn de uitkomsten over jeugdhulp over de jaren 2021 en later niet goed te vergelijken met de uitkomsten over de jaren 2015 t/m 2020. Daarnaast is er een kleine verandering doorgevoerd in de berekenwijze van de definitieve cijfers over jeugdhulp, jeugdbescherming en jeugdreclassering. Dit leidt tot een zeer beperkte trendbreuk tussen de jaren tot en met 2019 en de jaren vanaf 2020. (bron: https://www.cbs.nl/-/media/cbs/onze-diensten/methoden/onderzoek/pdf/toelichting-trendbreuk-jeugdzorgcijfers-2020-en-2021.pdf). Door deze trendbreuk zijn data voor 2021 niet opgenomen in de door het CBS opgestelde maatwerktabel.

Informatie over trajectduur van voor 2021 is afkomstig uit de jeugdmonitor van het CBS uit 2020. Ontwikkeling van de jeugdzorg 2015–2019 - Jaarrapport Landelijke Jeugdmonitor 2020 | CBS
De data achter deze monitor is niet meer beschikbaar. De rapportages wel.

De gebruikte data bevat geen differentiatie tussen verschillende typen ambulante jeugdhulp, omdat de groepen hierdoor dusdanig klein worden dat er een risico op herleidbaarheid van de data tot individuele personen ontstaat.

Bekend is dat de aanlevering van data vanuit lokale teams aan het CBS niet betrouwbaar is. Vanwege deze onbetrouwbaarheid zijn deze trajecten in de kwantitatieve analyse buiten beschouwing gelaten. De totale prevalentie (het aantal trajecten per 100 jongeren) ligt hierdoor in werkelijkheid hoger. De trajectduur ligt gemiddeld mogelijk lager, want je zou verwachten dat in de lokale teams lichtere zorg wordt geboden voor minder complexe problemen, die sneller kan worden afgerond.

Over de gehanteerde definities

Trajectduur: Trajectduur wordt bepaald aan de hand van het aantal dagen tussen de start en het einde van een jeugdhulptraject. Gemiddelde trajectduur per groep (leeftijd, geslacht, ouders wel/niet bij elkaar, volwassenen GGZ/Wmo gebruik in gezin en huishoudinkomen) is onderzocht op basis van de gewogen gemiddelde trajectduur. De trajectduur wordt berekend op basis van de som van het aantal trajecten per groep. Deze som is vermenigvuldigd met de trajectduur gedeeld door het totaal aantal trajecten.

Prevalentie: Prevalentie is een maat om inzichtelijk te maken hoeveel jongeren gebruik maken van jeugdhulp. De prevalentie geeft weer hoeveel jongeren er gebruik maken van jeugdhulp ten opzichte van het totaal aantal jongeren. De prevalentie kan op het totaal aantal jongeren in Nederland worden berekend, als ook per leeftijdscategorie, geslacht, regio en gemeente. De prevalentie wordt als volgt berekend: Het aantal beëindigde jeugdhulptrajecten in een bepaalde groep gedeeld door het aantal jongeren in deze groep.

Herhaald beroep: Herhaald beroep is een maat om inzichtelijk te maken hoeveel jongeren meerdere keren gebruik maken van jeugdhulp, waarbij een jeugdhulp traject gestart wordt binnen 5 jaar nadat een eerder jeugdhulptraject is geëindigd. Het percentage herhaald beroep wordt als volgt berekend: Percentage jongeren dat bij start van een traject, in de voorgaande 5 jaar eerder jeugdhulp heeft gehad ten opzichte van het totaal gestarte trajecten.

Over de geselecteerde regio's

In onderstaande tabel staat een overzicht van de gemeenten in de vier jeugdhulpregio's waarmee verdiepende gesprekken (duidingssessies) zijn gevoerd. Aan deze sessies namen meerdere gemeenten deel, evenals aanbieders uit het wijkteam, de gespecialiseerde jeugdhulp en de jeugd-GGZ. Bij het selecteren van de regio's is rekening gehouden met verschillen in gemeenteomvang (aantal inwoners), mate van stedelijkheid, bekostigingsvorm en de ontwikkeling van de trajectduur.

Regio	Omvang van de betrokken gemeenten	Stedelijkheid	Bekostigingsvorm
A	> 250.000 inwoners	Zeer stedelijk	Taakgericht (populatie)
B	10.000 – 20.000 inwoners & 50-100.000 inwoners	Stedelijk en weinig stedelijk	Inspanningsgericht (pxq)
C	10.000 – 20.000 inwoners & 50.000 – 100.000 inwoners	Weinig stedelijk	Output gericht (traject)
D	20.000-50.000 inwoners & 150.000-200.000 inwoners	Matig, sterk stedelijk	Inspanningsgericht (pxq)

Over de geraadpleegde bronnen

- Rapport Duur Jeugdhulptrajecten, i&o research, 2020
- Verkenning naar het verminderen van de behandelduur in de jeugdzorg, Anderson Elffers Felix, 2023
- Een systemische kijk op de ambulante jeugdhulp: analyse van doorlooptijdstijgingen en duurzame oplossingen, Gabriëlle Geerts, 2023-2024
- LANGERE DUUR TRAJECTEN AMBULANTE JEUGDHULP OP LOCATIE VAN DE AANBIEDER, Partners in Jeugdbeleid, 2020
- Toename gemiddelde duur van ambulante jeugdhulp door het lokale team, Zwaan Onderzoek & Advies, 2020
- VERSCHILLEN IN UITSTROOM JEUGDHULP IN 4 GEMEENTEN ONDERZOCHT, Esther van Bostelen beleids- en organisatie advies, 2022
- Ontwikkeling van de jeugdzorg 2015–2019 - Jaarrapport Landelijke Jeugdmonitor 2020 | CBS
- Hervormingsagenda Jeugd 2023 - 2028 | Rapport | Rijksoverheid.nl