



Analyse omvang jeugdhulp Tiel

Opgesteld door:

LPBL: Merei Lubbe en Veroni Larsen

Op verzoek van: gemeente Tiel

Datum: April 2019



Inhoud

1. Inleiding.....	1
1.1. Aanleiding en vraagstelling.....	1
1.2. Aanpak en leeswijzer.....	1
2. Jeugdhulp Tiel in cijfers	2
2.1. Beschrijving context	2
2.2. Ontwikkeling aantallen.....	3
2.3. Ontwikkeling uitgaven en prijzen	6
3. Doelgroepenanalyse.....	8
3.1. Beschrijving methodiek.....	8
3.2. Uitkomsten Tiel.....	8
4. Verwachte en werkelijke vraag	10
4.1. Benchmark vergelijkbare gemeenten	10
4.2. Andere mogelijke verklarende factoren	12
5. Conclusie en aanbeveling	14
Bijlage 1. Toelichting doelgroepenanalyse	16
Bijlage 2. Tabellen Tiel en Nederland.....	17
Bijlage 3. Specificatie uitgaven jeugdzorg Tiel.....	18
Bijlage 4. Gegevens benchmarkgemeenten	19
Bijlage 5. Lijst met geïnterviewden en deelnemers groeps gesprekken	20



1. Inleiding

1.1. Aanleiding en vraagstelling

In de afgelopen jaren heeft de gemeente Tiel gewerkt aan de transitie en transformatie van het sociaal domein. Op het gebied van jeugdhulp zijn vier wijkteams ingericht die opgroei- en opvoedondersteuning bieden en die, net als de huisartsen, kunnen doorverwijzen naar specialistische hulp. Sinds 2015 zijn de uitgaven aan jeugdhulp echter fors gestegen en hoger dan wat de gemeente ontvangt van het Rijk. Uit de landelijke statistieken blijkt daarnaast dat in Tiel bovengemiddeld veel jongeren gebruik maken van jeugdzorg. De gemeente vermoedt dat de bevolkingssamenstelling van Tiel hierbij een rol speelt en heeft daarom de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

- Waarom zitten zoveel Tielse jongeren in zorg?
- Is aannemelijk te maken dat de Tielse populatie kenmerken heeft die leiden tot een hoger beroep op zorg? En welke risicofactoren zijn het die het hogere zorggebruik kunnen verklaren?
- Maak hierbij gebruik van data die al bekend zijn (landelijk, regionaal en lokaal, van bijvoorbeeld het CBS, waarstaatjegemeente.nl, de GGD etc).

De gemeente heeft economisch adviesbureau LPBL gevraagd om dit onderzoek uit te voeren. In voorliggende rapportage doen wij verslag van onze bevindingen.

1.2. Aanpak en leeswijzer

Uit onderzoek blijkt inderdaad dat er een grote samenhang is tussen de doelgroep in een gemeente of wijk en het (verwachte) zorggebruik¹. Er zijn echter ook andere mogelijke oorzaken voor een hoog zorggebruik, zoals de inrichting van de toegang en de positie van huisartsen en gecertificeerde instellingen. Ons onderzoek valt daarom uiteen in drie stappen.

1. *Context en jeugdhulp in cijfers*. We starten met een analyse van (de ontwikkelingen in) cijfers. We schetsen de context (de inrichting van jeugdhulp) in de gemeente Tiel en beschrijven de Tielse jeugdzorg in cijfers: het soort ondersteuning, de uitvoerders en verwijzers en de ontwikkeling in de afgelopen jaren. Daarbij maken we – voor zover mogelijk – onderscheid tussen de situatie vóór en na de transitie (hoofdstuk 2).
2. *Doelgroepenanalyse*. In deze stap onderzoeken we hoe kwetsbaar de bevolking van Tiel is en in hoeverre dit afwijkt van het gemiddelde in Nederland. De methodiek voor deze doelgroepenanalyse is eerder door ons ontwikkeld en nu toegepast op de Tielse situatie (hoofdstuk 3)².
3. *Benchmark*. Tot slot beantwoorden we de vraag in hoeverre de bevolkingssamenstelling ook een verklaring biedt voor het hoge zorggebruik. Daartoe hebben we een benchmark ontwikkeld van vergelijkbare gemeenten waar we het zorggebruik in Tiel tegen afzetten (hoofdstuk 4). In dit hoofdstuk gaan we ook in op andere mogelijke verklarende factoren.

De rapportage eindigt met enkele conclusies en aanbevelingen (hoofdstuk 5).

¹ Zie bijvoorbeeld Prognose ondersteuningsvraag Sociaal Domein Amsterdam, LPBL (2017) en Verdeelsystematiek middelen jeugdhulp Cebeon (2014)

² Zie onder meer: Meta-analyse MKBA's sociale wijkteams, LPBL (2014) en Prognose ondersteuningsvraag Sociaal Domein Amsterdam, LPBL (2017)



2. Jeugdhulp Tiel in cijfers

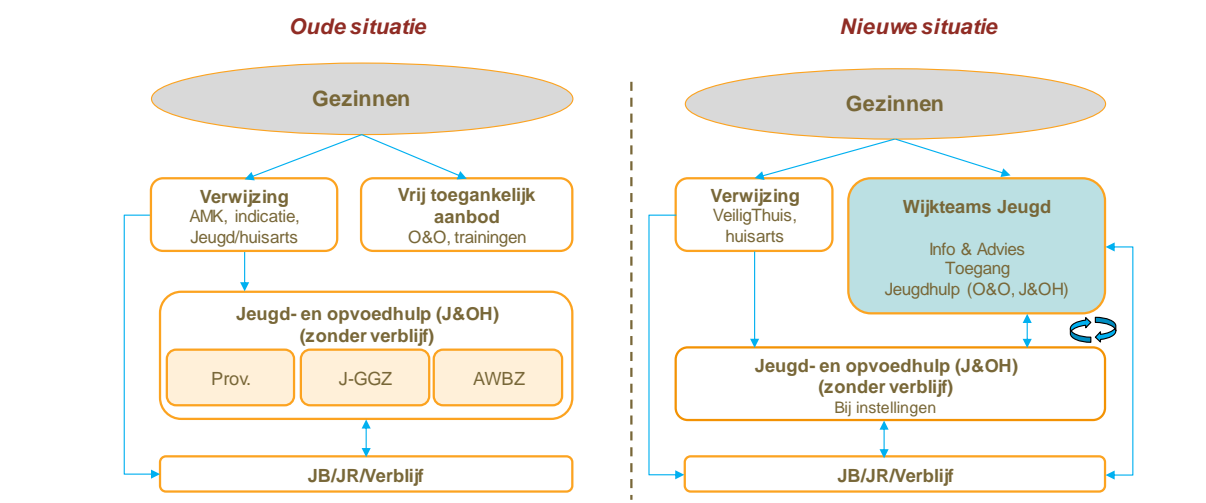
Dit hoofdstuk beschrijft het jeugdzorggebruik in de gemeente Tiel. We starten met een beschrijving van de context (paragraaf 2.1) en de wijzigingen daarin sinds de transitie. Daarna gaan we in op de ontwikkeling in aantallen jongeren, het soort jeugdhulp en de verwijzers. Waar mogelijk maken we een vergelijking met de situatie vóór de transitie (paragraaf 2.2). Tot slot wordt aandacht besteed aan de ontwikkeling van de uitgaven aan jeugdzorg (2.3).

2.1. Beschrijving context

Sinds de invoering van de jeugdwet op 1 januari 2015 zijn gemeenten verantwoordelijk voor alle jeugdhulp. In Tiel is deze transitie aangegrepen voor een structuurwijziging. Figuur 2.1 geeft deze schematisch weer. In de oude situatie (links in de figuur) konden gezinnen met opvoedvraagstukken op de volgende manieren terecht:

- Rechtstreeks bij de vrij toegankelijk opgroei- en opvoedondersteuning (gemeentelijk gefinancierd);
- Via de huisarts, vooral voor doorverwijzing naar de jeugd-GGZ;
- Via een indicatie van BJJ of het CIZ naar de geïndiceerde jeugd- en opvoedhulp (provinciaal en Rijks gefinancierd), al dan niet met een maatregel;
- Via een melding bij het AMK (door professionals, politie of burgers) eveneens naar de geïndiceerde jeugd- en opvoedhulp;
- Tot slot kon ook binnen de hulpverlening doorverwezen worden, o.a. in het kader van op- en/of afschalen.

Figuur 2.1 Oude (links) en nieuwe werkwijze (rechts).



In de nieuwe situatie (rechts in het figuur) zijn de geldstromen tussen de jeugdzorg (provincie), jeugd-ggz (zorgverzekeraars) en de voormalige AWBZ ontschot en overgeheveld naar gemeenten. Daarnaast is in Tiel de belangrijkste verandering dat voor de (eerstelijns) opgroei- en opvoedondersteuning wijkteams jeugd zijn ingericht. De wijkteams zijn laagdrempelig en werken in de wijk. Indien nodig kunnen zij doorverwijzen naar specialistische hulp. Daarnaast kunnen gezinnen nog steeds bij de huisarts terecht voor een doorverwijzing.



De laagdrempelige toegang en het meer outreachend werken aan de voorkant leiden in potentie tot inzet van extra (vaak lichte) zorg. Het verwachte effect is dat deze extra inzet (op termijn) leidt tot minder escalaties en minder (dure) inzet van specialistische zorg voor crisissituaties.

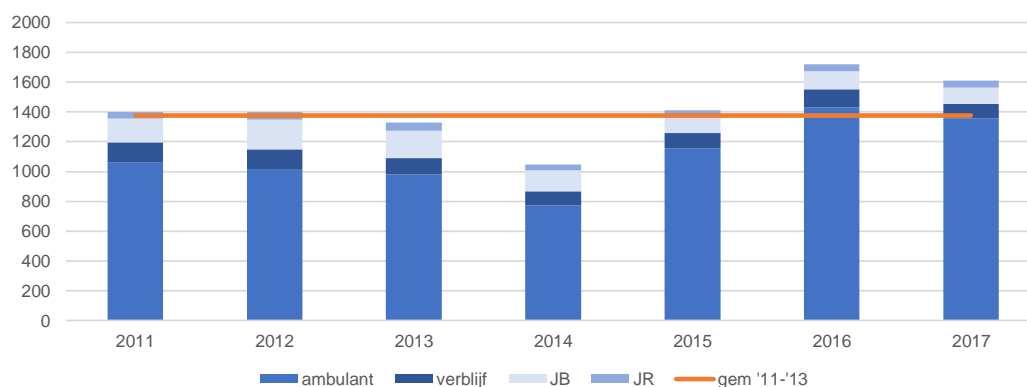
2.2. Ontwikkeling aantallen

Voor het in beeld brengen van de ontwikkeling in aantallen hebben we gebruik gemaakt van diverse bronnen. Dat zijn in de eerste plaats de gegevens zoals bekend bij het CBS. Deze zijn vergeleken met de aantallen zoals die bekend zijn in de gemeentelijke administratie en in de voortgangsrapportages van de wijkteams. Om ontwikkelingen in de tijd zichtbaar te maken waren aanvullende analyses nodig omdat de transitie heeft gezorgd voor een breuk in de beschikbaarheid en daarmee in de vergelijkbaarheid. De analyses zijn vervolgens getoetst bij de gemeente Tiel.

Jongeren in zorg

Onderstaande figuur toont de ontwikkeling van het aantal jongeren in zorg, opgesplitst naar ambulante, verblijf, jeugdbescherming (JB) en jeugdreclassering (JR). In de periode 2011 tot en met 2013 zaten er gemiddeld 1400 jongeren in zorg (de oranje lijn in de figuur)³.

Figuur 2.2. Ontwikkeling jongeren in zorg 2011 - 2017⁴



Bron: CBS, bewerking LPBL

In 2017 waren er 1600 jongeren in zorg. Dit is een stijging van 15 procent ten opzichte van het gemiddelde van vóór de transitie. De stijging is voornamelijk terug te voeren op een toename van het aantal jongeren met ambulante ondersteuning – zowel in absolute aantallen als in relatief aandeel in het totaal. Het aantal jongeren met meer zware vormen van zorg is juist afgenomen⁵.

³ 2014 is een afwijkend jaar. Dit geldt voor heel Nederland en is vermoedelijk een registratieprobleem. Dit jaar is daarom bij de bepaling van het gemiddelde van vóór de transitie buiten beschouwing gelaten.

⁴ Nota bene: binnen iedere categorie gaat het om unieke jongeren. Het totaal betreft echter géén unieke jongeren, er is een kleine mate van overlap tussen de categorieën. Omdat dit geldt voor alle jaren heeft het geen effect op de getoonde ontwikkeling. Het aantal unieke jongeren was 1450 in 2017 en gemiddeld 1200 in de periode 2011-2013.

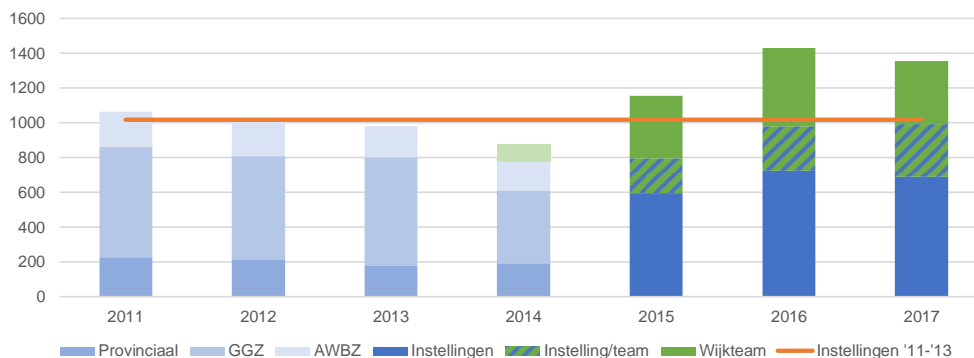
⁵ Ten tijde van dit onderzoek waren er nog geen gegevens beschikbaar over 2018. De gemeente Tiel geeft aan dat het aantal jongeren met zware zorg in dat jaar sterk is toegenomen. Dat wordt bevestigd door Karakter.



Jongeren met ambulante zorg

Figuur 2.3 zoomt in op de ontwikkeling van het aantal jongeren met ambulante zorg. Vóór de transitie was er een onderscheid naar jongeren met provinciaal gefinancierde jeugdzorg, jongeren met jeugd-GGZ en jongeren met AWBZ-gefinancierde zorg. In de periode 2011 tot en met 2013 hadden gemiddeld ruim 1.000 jongeren per jaar één of meerdere vormen van ambulante ondersteuning door instellingen.

Figuur 2.3. Ontwikkeling jongeren in **ambulante** zorg 2011 - 2017



Bron: CBS, bewerking LPBL

Na de transitie is het onderscheid naar de verschillende financieringsstromen weggefallen. Jongeren kunnen ambulante zorg krijgen van het wijkteam, het wijkteam én een instelling⁶ of alleen een instelling. In 2017 is het totaal aantal jongeren met ambulante zorg gestegen naar circa 1400. Daarvan krijgen ruim 350 jongeren alleen ondersteuning van het wijkteam en ongeveer 300 van zowel het wijkteam als een instelling. De rest (circa 700 jongeren) krijgt alleen ambulante zorg van een instelling. Dat betekent dat het aantal jongeren dat ambulante zorg ontvangt van gespecialiseerde instellingen (700 + 300 = 1.000), na een daling in 2015, inmiddels weer op het niveau van vóór de transitie ligt. De zorg die door de wijkteams wordt geleverd is daar bij gekomen.

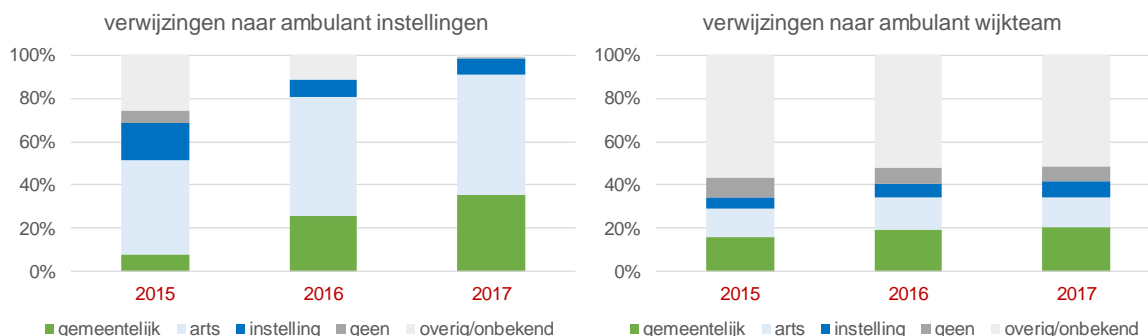
Verwijzers

Figuur 2.4 laat zien wie de verwijzers zijn naar de verschillende vormen van ambulante zorg. Links in het figuur staan de verwijzingen naar ambulante ondersteuning door *instellingen*. Duidelijk is te zien dat de rol van de wijkteams in het stelsel toeneemt. Het aandeel verwijzingen via de wijkteams is gestegen van circa 5 procent in 2015 naar bijna 40 procent in 2017. Het grootste deel van de verwijzingen (55 procent) naar specialistische hulp loopt echter (nog steeds) via de huisartsen.

⁶ In deze categorie zitten ook de jongeren die zorg krijgen van een instellingen, maar waarbij het wijkteam de casusregie heeft.



Figuur 2.4. Verwijzers naar ambulante zorg 2015 - 2017

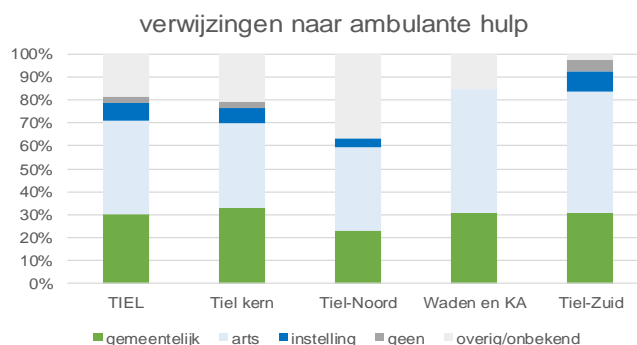


Bron: CBS, bewerking LPBL

Veel minder vaak verwijzen huisartsen door naar de wijkteams (rechts in de figuur). Slechts ongeveer 15 procent van alle gestarte trajecten komt via hen. Veruit het grootste deel (60 procent) komt zonder een (bekende) verwijzer.

Tot slot toont figuur 2.5 de verschillen in verwijzers per wijk. Het figuur laat zien dat er geen grote verschillen zijn in de rol van het wijkteam⁷. Wel is het aandeel verwijzingen door huisartsen groter in Tiel Zuid en Waden en Kerck-Avezaath. Dit lijkt op een patroon dat we in meer gemeenten zien: in wijken met relatief veel hoogopgeleiden zoeken ouders zelf hun weg naar passende zorg en doen dit veelal via de huisarts. In wijken met een lager opgeleide bevolking loopt dit vaker via (gemeentelijke) toegang.

Figuur 2.5. Verwijzers per wijk (2017)



Bron: CBS, bewerking LPBL

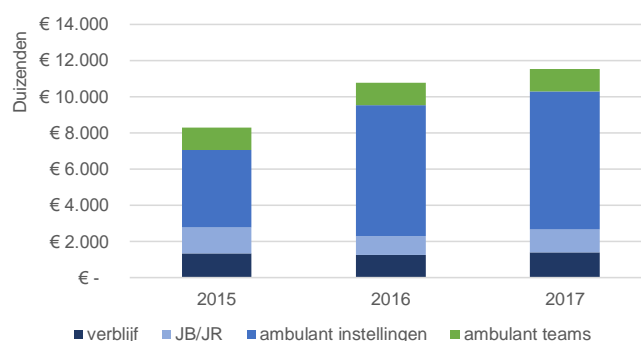
⁷ Alleen Tiel-Noord wijkt iets af. Mogelijk is dit een registratie-issue, aangezien het aandeel 'overig/onbekend' in deze wijk vrij groot is. Zouden we hiervoor corrigeren dan komt het gemeentelijk aandeel overeen met de andere wijken.



2.3. Ontwikkeling uitgaven en prijzen

In de afgelopen jaren zijn de uitgaven aan jeugdzorg in Tiel fors gestegen, van ruim 8 miljoen euro in 2015 tot bijna 12 miljoen in 2017. Figuur 2.5 laat dit zien. De stijging is grotendeels terug te voeren op de hogere kosten voor ambulante ondersteuning door instellingen. Deze gingen van 4,2 miljoen (2015) naar 7,6 miljoen (2017). De uitgaven aan de wijkteams bleven min of meer gelijk (1,2 miljoen per jaar), net als de uitgaven aan de zwaardere vormen van jeugdzorg (samen ongeveer 2,5 miljoen per jaar). Ten tijde van dit onderzoek waren de definitieve uitgaven over 2018 nog niet bekend, maar de prognose is dat deze opnieuw gestegen zullen zijn.

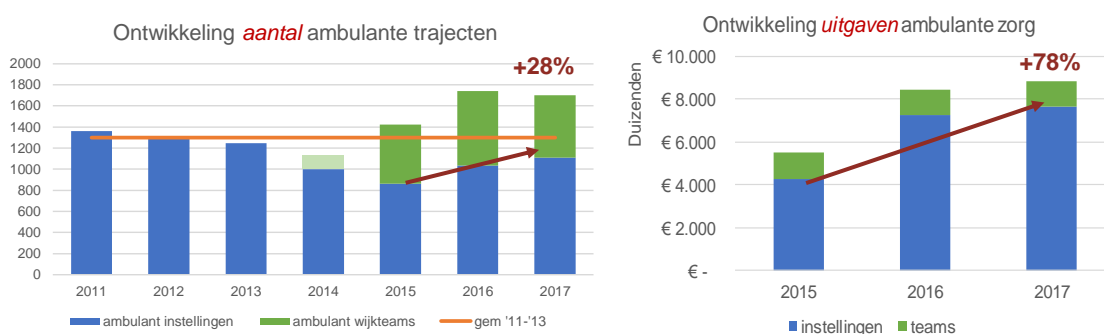
Figuur 2.5. Ontwikkeling uitgaven jeugdzorg Tiel, 2015-2017⁸



Bron: gemeente Tiel, bewerking LPBL

Figuur 2.6 zoomt in op de ambulante ondersteuning. Links in de figuur staat de ontwikkeling van het aantal trajecten, uitgesplitst naar instellingen en de wijkteams. Rechts staat de ontwikkeling van de uitgaven aan deze trajecten.

Figuur 2.6. Ontwikkeling aantallen en uitgaven ambulante jeugdzorg Tiel, 2015-2017



Bron: gemeente Tiel, bewerking LPBL

Als we specifiek kijken naar de instellingen (blauw in het figuur) blijkt dat het aantal ambulante trajecten tussen 2015 en 2017 is gestegen met 28 procent. De bijbehorende uitgaven zijn gestegen met 78 procent. Dit verschil is te verklaren door een *prijsstijging* van de trajecten die worden uitgevoerd door instellingen. Deze prijsstijging is zichtbaar gemaakt in onderstaande tabel.

⁸ Zie bijlage voor een gedetailleerd overzicht van de uitgaven. Er zijn geen gegevens beschikbaar van vóór de transitie.



Tabel 2.7. Gemiddelde prijs per traject 2015-2017

Type zorg	Gemiddelde prijs 2015	Gemiddelde prijs 2017
Ambulante ondersteuning door wijkteam	€ 2.200	€ 2.100
Ambulante ondersteuning door instelling	€ 4.950	€ 6.900
Verblijf	€ 10.650	€ 15.150
Jeugdbescherming en jeugdreclassering	€ 9.500	€ 8.200

Bron: Gemeente Tiel en CBS, bewerking LPBL

Uit gesprekken met betrokkenen en uit door de gemeente beschikbaar gestelde documenten blijkt dat bij de ambulante trajecten door instellingen zowel de prijzen per minuut als het aantal minuten per traject zijn gestegen. Deze ontwikkeling lijkt versterkt te worden door de gewijzigde declaratiesystematiek voor de jeugd-GGZ. Voorheen werd in de jeugd-GGZ gewerkt met vaste diagnose-behandelcombinaties (DBC's). Iedere DBC kende een vast aantal minuten. Vergoeding vond plaats volgens een staffel (één vaste vergoeding voor een min-max aantal minuten). Deze systematiek had een prijsprikkel in zich: hoe meer het aantal besteedde minuten in de DBC richting het maximum ging, hoe lager de gerealiseerde vergoeding per minuut. Met ingang van 1 januari 2018 zijn alle gemeenten verplicht overgegaan op een inspannings- of outputvergoeding conform de andere vormen van jeugdzorg. De prikkel om de bestede tijd te minimaliseren is daarmee verdwenen.

Tot slot willen wij er op wijzen dat voor gemeenten met een relatief beperkte omvang (zoals Tiel en de meeste andere gemeenten in Rivierenland) incidentele uitschieters zwaar kunnen drukken op de uitgaven. Zo is in de regio Rivierenland 2 procent van de patiënten van Karakter verantwoordelijk voor 20 procent van het totaal benodigde budget van deze zorgaanbieder.

Samenvattend

Uit de analyses in dit hoofdstuk blijkt dat met name de *ambulante jeugdzorg verleend door instellingen* in Tiel in de afgelopen jaren sterk is toegenomen – zowel in aantal jongeren als in prijs per traject. Met de komst van de wijkteams wordt er meer dan voorheen ondersteuning geboden aan de voorkant, maar deze vertaalt zich (dus) nog niet in een substitutie of verzilvering aan de achterkant (in de meer zware interventies). Tot slot constateren we dat de rol van de wijkteams in het stelsel toeneemt, maar dat de meeste doorverwijzingen naar dure specialistische zorg nog altijd verlopen via de huisartsen.



3. Doelgroepenanalyse

In dit hoofdstuk maken we een analyse van de Tielse bevolking. Op basis van statistische gegevens delen we de huishoudens in naar de mate waarin zij op meerdere leefgebieden problemen ervaren. Het hoofdstuk start met een beschrijving van de methodiek (3.1). Daarna volgt toepassing op de Tielse situatie (3.2).

3.1. Beschrijving methodiek

De zorgbehoefte van gezinnen (en andere huishoudens) verschilt en is afhankelijk van eventuele problematiek, aanwezige beperkingen en de sociale omgeving. Om een inschatting te kunnen maken van de mate van kwetsbaarheid van de Tielse gezinnen maken we een 'foto' van de bevolking naar type problematiek. Hierbij zijn alle huishoudens op basis van statistieken ingedeeld in een groep, zonder dat er sprake is van overlap. Dit wil overigens niet zeggen dat huishoudens die vandaag in een bepaalde groep zitten, hier morgen ook nog of weer inzitten. Er is dynamiek in deze groepen. Mensen kunnen bijvoorbeeld ook tijdelijk een beroep doen op sociaal beleid.

Voor de analyse hanteren we de volgende groepen:

1. Huishoudens/gezinnen zonder problemen of met enkelvoudige problematiek (groen),
2. Huishoudens/gezinnen met meervoudige problematiek, maar zelfredzaam (licht oranje),
3. Meervoudige problematiek en niet-zelfredzaam (oranje),
4. Top (rood). Dit zijn de gezinnen die met 'zware' interventies te maken krijgen (bijvoorbeeld uithuisplaatsingen, OTS et cetera).

Huishoudens met meervoudige problematiek ondervinden problemen of beperkingen op twee of meer van de volgende gebieden (of een afgeleide hiervan) en vallen dus in de oranje en rode categorieën:

- Financiën: leven op of onder de armoedegrens, of problematische schulden;
- Opvoeding: problemen met de opvoeding van de kinderen, gedragsproblemen kinderen, en/of betrokkenheid jeugdzorg;
- Participatie: sociaal isolement;
- GGZ: verslavingsproblematiek, psychopathologie, depressie;
- Verstandelijke beperking: zwaar en licht verstandelijk gehandicapten en zwakbegaafden.
- Lichamelijke beperking: motorische, visuele, auditieve beperking en chronisch zieken.

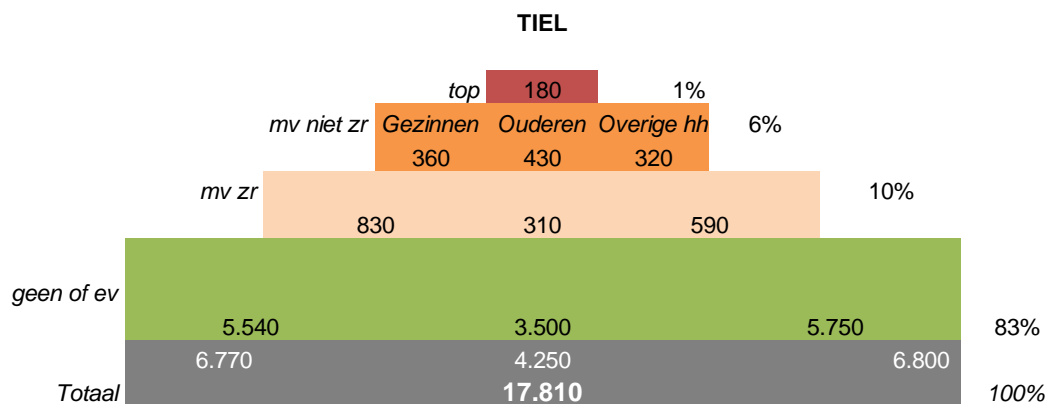
Voor de analyse is gebruik gemaakt van statistieken over huishoudsamenstelling, leeftijd, inkomen en psychische, verstandelijke en lichamelijke beperkingen. Daarnaast zijn studies gebruikt over de mate waarin beperkingen overlappen of samengaan met andere problemen. Voor een overzicht verwijzen wij naar de bijlage.

3.2. Uitkomsten Tiel

Uit de doelgroepenanalyse blijkt dat Tiel een meer dan gemiddeld kwetsbare bevolking heeft. Figuur 3.1 laat de uitkomsten zien. Van de bijna 18.000 huishoudens heeft 17 procent te maken met meervoudige problematiek. Gemiddeld in Nederland is dit 15 procent.



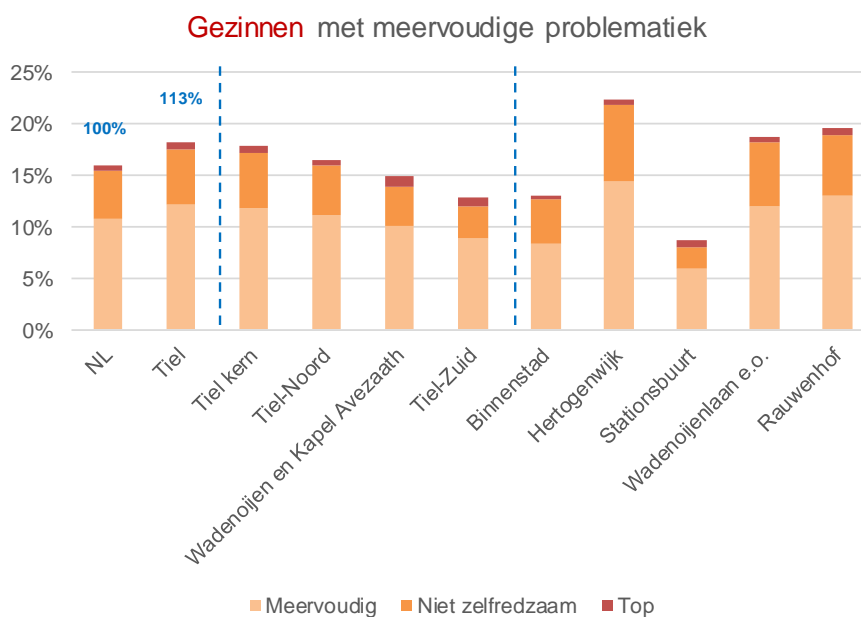
Figuur 3.1. Doelgroepenanalyse gemeente Tiel



Bron: LPBL Doelgroepenanalyse

In het kader van dit onderzoek zoomen we in op de *gezinnen*. Dit zijn er in Tiel bijna 7.000. Uit de statistieken is niet precies af te leiden hoeveel hiervan te maken hebben met opvoedproblematiek c.q. behoefte hebben aan jeugdhulp. Wel is bekend dat het risico hierop groot is bij minima-gezinnen, gezinnen waar ten minste één van de leden een psychiatrische aandoening heeft en/of waar LVB-problematiek voorkomt. Volgens deze definitie is ongeveer 18 procent van de gezinnen in Tiel kwetsbaar (zie figuur 3.2). Dat is hoger dan gemiddeld in Nederland (16 procent). De figuur maakt tevens inzichtelijk dat er grote onderlinge verschillen zijn tussen de wijken en buurten. Het aandeel kwetsbare gezinnen is het grootst in Tiel Kern (met name de Hertogenwijk en de Wadenoijenlaan e.o.) en Tiel Noord (met name de Rauwenhof). De Stationsbuurt is een voorbeeld van een wijk met relatief weinig kwetsbare gezinnen.

Figuur 3.2. Kwetsbare gezinnen in Tiel, inclusief onderscheid naar wijken en (enkele) buurten



Bron: LPBL Doelgroepenanalyse



4. Verwachte en werkelijke vraag

In hoofdstuk 2 hebben we gekeken naar aard en omvang van het zorggebruik. Dit zorggebruik is hoger dan gemiddeld in Nederland, zo blijkt uit cijfers van het CBS. Het aandeel jongeren in zorg is 15,1 procent ten opzichte van 11,1 procent gemiddeld in Nederland⁹. Uit de doelgroepenanalyse in het vorige hoofdstuk bleek dat er in Tiel meer dan gemiddeld kwetsbare gezinnen en kinderen wonen. De vraag is nu in hoeverre de meer kwetsbare bevolkingssamenstelling ook een volledige verklaring biedt voor dat hoge zorggebruik. In dit hoofdstuk onderzoeken we dat door het aantal jeugdigen in zorg af te zetten tegen een benchmark (paragraaf 4.1). Daarnaast kijken we naar andere mogelijke verklarende factoren die een rol kunnen spelen bij het zorggebruik in Tiel (paragraaf 4.2).

4.1. Benchmark vergelijkbare gemeenten

Kenmerk van een goede benchmark is dat het een vergelijking betreft tussen gemeenten die ook daadwerkelijk *vergelijkbaar* zijn. De selectie van gemeenten die zijn opgenomen in de benchmark is daarom van belang. We maken gebruik van gegevens die beschikbaar zijn bij het CBS en hebben de volgende criteria gehanteerd:

1. Een vergelijkbare *bevolkingssamenstelling* c.q. een vergelijkbaar aandeel kwetsbare gezinnen. Onderzoek laat immers zien dat er een grote correlatie is tussen het aantal kwetsbare gezinnen in een wijk of gemeente en de vraag naar jeugdzorg¹⁰. Daarom hanteren we als eerste criterium dat het 'aandeel kinderen dat opgroeit in een minima-gezin' niet meer dan 10 procent mag afwijken van Tiel. Dit aandeel is een goede proxy-variabele voor het aandeel kwetsbare gezinnen en is voor alle gemeenten bekend bij het CBS.
2. Een vergelijkbare *organisatie en registratie* van jongeren in zorg. Niet alle gemeenten werken met een wijkteam dat zelf ambulante ondersteuning biedt. En in gemeenten waar wél een dergelijk team actief is wordt deze zorg niet altijd geregistreerd bij het CBS. We selecteren daarom alleen gemeenten waar een min of meer vergelijkbaar aandeel van de ambulante trajecten (ca 40% in Tiel) wordt uitgevoerd door een wijkteam én geregistreerd bij het CBS.
3. Een vergelijkbare regionale *functie*. Steden die veel groter of veel kleiner zijn dan Tiel zijn verwijderd uit de selectie, evenals gemeenten die vlakbij een veel grotere stad liggen.

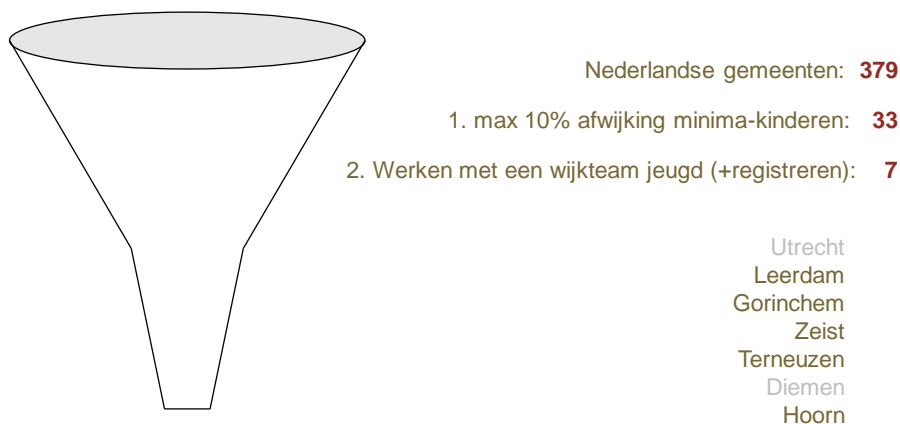
In figuur 4.1 is de selectie van benchmarkgemeenten schematisch weergegeven. Na toepassing van de eerste twee criteria bleven zeven gemeenten over. Diemen en Utrecht zijn vervolgens verwijderd uit de selectie vanwege hun afwijkende regionale functie.

⁹ Bron: www.waarstaatjegemeente.nl

¹⁰ Samen met het aantal jeugdigen in een gemeente. Zie onder meer Prognose ondersteuningsvraag Sociaal Domein Amsterdam, LPBL (2017). Niet voor niets komt de mate van kwetsbaarheid van de gemeentelijke populatie ook tot uitdrukking in het onderdeel jeugd van het budgetverdeelmodel Sociaal Domein (onder meer in de maatstaven bijstandsgerechtigden, kinderen met armoederisico en aandeel gewichtsl leerlingen)



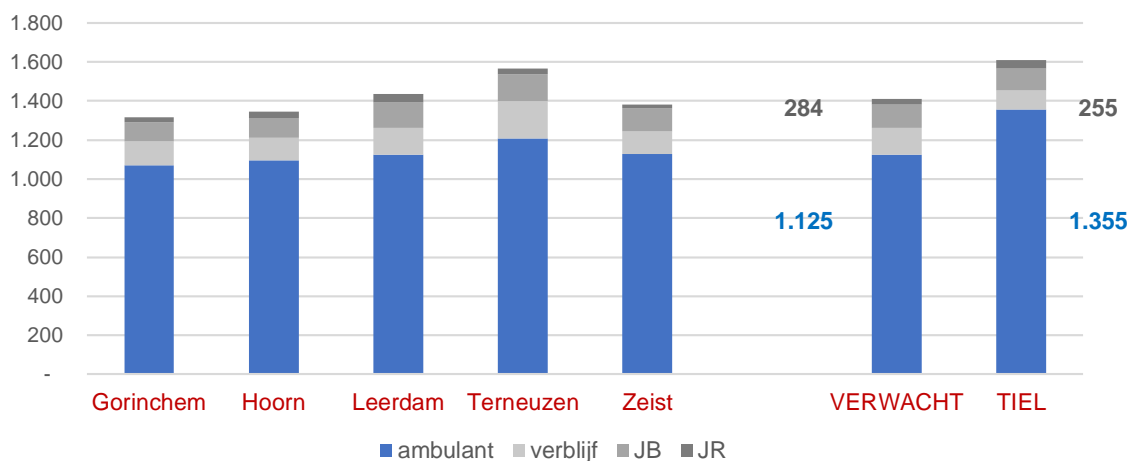
Figuur 4.1. Selectie gemeenten benchmark jeugdzorg Tiel



Bron: CBS, bewerking LPBL

Van de vijf overblijvende gemeenten (Leerdam, Gorinchem, Zeist, Terneuzen en Hoorn) is geïnventariseerd hoeveel jongeren in 2017 jeugdzorg kregen. Dit aantal is vervolgens geschaald naar het niveau van Tiel¹¹. Het gemiddelde van deze vijf gemeenten is te beschouwen als een maat voor het *verwachte* aantal jongeren met jeugdzorg in Tiel, *gegeven* de bevolkingssamenstelling en wijze van organiseren. Figuur 4.2 toont de resultaten van deze methode.

Figuur 4.2. Resultaten benchmark: verwachte aantal jongeren met jeugdzorg in Tiel (2017)¹²



Bron: CBS, bewerking LPBL

Op basis van de benchmark is de verwachting dat er in Tiel in 2017 ongeveer 1.400 jongeren zijn met jeugdzorg. Het gerealiseerde aantal was echter 1.600, ongeveer 200 jongeren méér. Met name het aantal jongeren met ambulante ondersteuning is fors hoger dan in de benchmark (1.125 verwacht en

¹¹ Op basis van het totaal aantal kinderen in een minima-gezin

¹² Let op: binnen iedere categorie gaat het om unieke jongeren. Het totaal betreft echter géén unieke jongeren, er is een kleine mate van overlap tussen de categorieën. Omdat dit voor alle gemeenten in de benchmark geldt, heeft dit geen effect op de vergelijking.



1.350 gerealiseerd). Ook het aantal jongeren met een maatregel jeugdreclassering is hoger dan verwacht (30 verwacht en 45 gerealiseerd). Het aantal jongeren met een beschermingsmaatregel of met verblijfszorg is juist lager dan in de benchmarkgemeenten. Het verwachte aantal jongeren uit de benchmark is gelijk aan het gemiddelde aantal jongeren met jeugdzorg in Tiel vóór de transitie. Dit duidt erop dat de stijging in zorggebruik niet terug te voeren is op bevolkingskenmerken (de bevolkingssamenstelling is immers niet zo sterk gewijzigd als het zorggebruik).

Op basis van het bovenstaande concluderen wij dat het aantal jongeren met jeugdzorg in de gemeente Tiel hoger is dan op grond van de bevolkingssamenstelling verwacht zou mogen worden (circa 200 jongeren meer). Met andere woorden: het aantal kwetsbare gezinnen is in Tiel weliswaar hoger dan gemiddeld, maar dat biedt slechts een gedeeltelijke verklaring voor het (hoge) jeugdzorggebruik.

4.2. Andere mogelijke verklarende factoren

In het kader van dit onderzoek hebben we gesprekken gevoerd met een aantal betrokkenen bij de gemeente, de wijkteams en de instellingen (zie bijlage). Daarnaast hebben we ook in andere gemeenten onderzoek gedaan naar (hoog) jeugdzorggebruik. Op basis daarvan schetsten we in deze paragraaf een aantal mogelijke andere verklarende factoren voor het hoge jeugdzorggebruik in de gemeente Tiel dan alleen de bevolkingssamenstelling.

Jeugdhulp is (te) eenvoudig toegankelijk.

De gedachte achter de nieuwe inrichting van jeugdhulp in Tiel (en overigens ook achter de invoering van de jeugdwet), is om de zorg laagdrempelig en nabij te organiseren. De bedoeling is dat dit ertoe leidt dat kleine problemen ook klein blijven en dat de inzet van dure interventies voorkomen kan worden. De *aanwezigheid van de jeugdteams* op goed zichtbare plekken in de wijk zorgt dat mensen de weg naar hulp makkelijker weten te vinden. Als dit echter niet gepaard gaat met een goede triage of selectie van de gezinnen die hulp nodig hebben, leidt dit dus tot méér zorg en ondersteuning – ook aan kinderen waarbij dat niet persé noodzakelijk is. En hoe meer de wijkteams tijd besteden aan relatief ‘lichte’ gezinnen hoe minder tijd er is voor de echt kwetsbare kinderen en dus hoe meer er wordt doorverwezen naar specialistische zorg.

Daarnaast blijkt dat veel mensen niet de route van het wijkteam kiezen, maar *‘even’ langs de huisarts* gaan voor een verwijzing naar specialistische zorg. Dit speelt met name bij hoogopgeleide ouders, maar gebeurt ook op verzoek van scholen of zorginstellingen¹³. Met de recente inzet van praktijkondersteuners huisartsen Jeugd GGZ, gericht op een betere triage en het voorkomen van onnodige doorverwijzingen, speelt de gemeente Tiel hier al op in.

Tot slot wijzen alle gesprekspartners op de *veranderde definitie van ‘normaal gedrag’*. Deze lijkt steeds smaller te worden. Zo is het de vraag of de toename van het aantal kinderen met een diagnose ADHD of ASS daadwerkelijk terug te voeren is op méér kinderen met een stoornis, of op een afnemende

¹³ Zie ook Evaluatieonderzoek 1e half jaar pilot Praktijkondersteuner huisartsen Jeugd GGZ, gemeente Tiel, 2019



tolerantie van afwijkend gedrag¹⁴. Ook vanuit de (jeugd-)GGZ komen steeds meer signalen dat er onnodig vaak wordt geïntervenieerd (door trainingen, medicijnen of specialistische zorg) in wat eigenlijk (tijdelijke) ontwikkelingsfasen zijn¹⁵.

“Iets doen is beter dan niets doen”.

In de jeugdzorg is er (een begrijpelijke) *angst voor het maken van fouten* met grote gevolgen. In de eerste plaats natuurlijk vanwege het leed dat dit met zich meebrengt. Maar sinds de transitie zijn de persoonlijke consequenties voor de betrokken professionals ook toegenomen. Per 1 januari vallen jeugdhulpverleners onder het tuchtrecht van de SKJ. Een klacht kan leiden tot een waarschuwing, een berisping of een schorsing. Daarnaast zijn met het verleggen van de verantwoordelijkheid naar gemeenten ook de mogelijke politieke consequenties groter geworden. Dat maakt dat professionals bij twijfel liever iets doen dan niets doen.

Tegelijkertijd geldt dat de inzet van trajecten *weinig ‘evidence-based’* is. Er is in de jeugdzorg (nog) geen traditie van systematisch onderzoek naar de effectiviteit van interventies¹⁶. Vaak is het beschikbare aanbod bepalend voor de inzet. Daarnaast is er weinig reflectie achteraf: welke interventies zijn ingezet, door wie en waarom? Welke daarvan hebben gewerkt en waarom? En welke zorg was achteraf gezien eigenlijk overbodig? De opgave is om te doen wat nodig is en *niet te doen wat niet nodig is*.

Tot slot is daarbij ook het *kostenbewustzijn* bij de betrokken professionals vaak een punt van aandacht. De medewerkers van de wijkteams in Tiel lijken overigens goed op de hoogte te zijn van de kosten van de diverse (specialistische) trajecten. Onduidelijk is in hoeverre dit ook het geval is bij de overige doorverwijzers en professionals. In het algemeen gaat het hier om meer zicht op en inzicht in de *kosten-effectiviteit* van de verschillende interventies in de hele keten.

Een (te) beperkte invulling van de gemeentelijke rol

Een derde oorzaak voor het oplopen van de vraag naar jeugdzorg is dat de gemeente weliswaar financieel verantwoordelijk is geworden, maar nog *weinig regie* neemt op de uitgaven. Zij is de partij die toegang, aanbieders en inkoop aan elkaar moet verbinden. Die kritische reflectie met en tussen uitvoerders moet organiseren en die (tot op casusniveau) de rechtmatigheid en doelmatigheid van de uitgaven moet bewaken. Op dit moment is de samenwerking tussen de verschillende partijen in de gemeente nog beperkt. De afstand tussen inkoop en uitvoering is groot - inkoop is een vrij technische exercitie met een groot aantal aanbieders tot gevolg. Tot slot geven de wijkteams aan dat zij niet goed weten waar zij signalen over niet-functionerende of overmatig declarerende aanbieders kwijt kunnen.

¹⁴ “Er zijn veel meer kinderen die zorg krijgen dan er kinderen zijn die volgens bevolkingsstudies problemen zouden hebben die professionele zorg nodig maakt”, Jo Hermanns, hoogleraar opvoedkinderen in ‘Een pedagogische lente, lezing voor het congres van de vereniging ter bevordering van de Studie der Pedagogiek’, 1 oktober 2013

¹⁵ Damiaan Denys, voorzitter van de Nederlandse Vereniging van Psychiatrie, stelt bijvoorbeeld in diverse interviews “er worden niet meer mensen psychisch ziek, maar we kunnen niet meer met abnormaliteit omgaan” (zie o.a. NRC, 21 september 2018).

¹⁶ Het NJI beschikt over een database van ‘effectieve interventies’ maar hierin staan vooral veel interventies met het oordeel “methodisch goed onderbouwd”. Slechts weinige zijn ook systematisch onderzocht op hun effectiviteit.



5. Conclusie en aanbeveling

In de afgelopen jaren heeft de gemeente Tiel gewerkt aan de transitie en transformatie van het sociaal domein. Op het gebied van jeugdhulp zijn vier wijkteams ingericht die opgroei- en opvoedondersteuning bieden en die, net als de huisartsen, kunnen doorverwijzen naar specialistische hulp. Sinds 2015 zijn de uitgaven aan jeugdhulp echter fors gestegen (en hoger dan wat de gemeente ontvangt van het Rijk). De vraag is nu in hoeverre dit te verklaren is door de bevolkingssamenstelling.

Stijging in kosten en aantallen door ambulante zorg bij instellingen

Uit de analyses blijkt dat met name de ambulante jeugdzorg verleend door instellingen in Tiel in de afgelopen jaren sterk is toegenomen. Het aantal trajecten steeg met 28 procent, en de gemiddelde trajectprijs met 40 procent. Met de komst van de wijkteams wordt er meer dan voorheen ondersteuning geboden aan de voorkant, maar deze vertaalt zich (dus) nog niet in een substitutie of verzilvering aan de achterkant (in de meer zware interventies). De rol van de wijkteams in het stelsel neemt toe, maar de meeste doorverwijzingen naar dure specialistische zorg verlopen nog altijd via de huisartsen.

In Tiel wonen meer kwetsbare gezinnen dan gemiddeld in Nederland...

Naar schatting heeft 18 procent van de zeventuizend gezinnen in Tiel te maken met meervoudige problematiek. Dit is meer dan gemiddeld in Nederland (16 procent). Er zijn grote verschillen tussen de wijken en buurten. Het aandeel kwetsbare gezinnen is het grootst in Tiel Kern (met name de Hertogenwijk en de Wadenoijenlaan e.o.) en Tiel Noord (met name de Rauwenhof). In Tiel Zuid is het aandeel kwetsbare gezinnen het laagst.

... maar dit verklaart de hoge vraag naar zorg slechts ten dele

Een meer kwetsbare bevolking leidt tot een hogere vraag naar jeugdzorg. Echter, uit een benchmark met vergelijkbare gemeenten blijkt dat er in Tiel méér jongeren in zorg zitten dan op grond van de bevolkingssamenstelling te verwachten is (1.600 in zorg tegenover 1.400 verwacht). Met name het aantal jongeren met ambulante ondersteuning is fors hoger dan in de benchmark (1.350 in zorg tegenover 1.125 verwacht). Het verwachte aantal jongeren in zorg uit de benchmark is gelijk aan het gemiddelde aantal jongeren in zorg vóór de transitie. Dat bevestigt de conclusie dat de *stijging* in de vraag naar zorg niet wordt verklaard door kenmerken van de Tielse populatie.

Andere mogelijke verklarende factoren

Er zijn een aantal andere factoren die in meer of mindere mate bijdrage aan het hoge jeugdzorggebruik. In de eerste plaats is dat de grote toegankelijkheid van de specialistische zorg. Onder druk van scholen en instellingen gaan mensen 'even' langs de huisarts voor een doorverwijzing. Daarnaast zijn de jeugdteams laagdrempelig en zichtbaar aanwezig in de wijk. Maar vooral lijkt er een veranderde definitie van 'normaal' te zijn – de maatschappelijke tolerantie van (tijdelijk) 'abnormaal' gedrag is afgenomen. In de tweede plaats doen professionals in de jeugdzorg (vaak om begrijpelijke redenen) 'liever iets dan niets'. De opgave is echter 'doen wat nodig is en niet doen wat niet nodig is'. Tot slot vult de gemeente haar centrale rol in het stelsel nog te beperkt in.



Aanbevelingen

Op grond van het uitgevoerde onderzoek komen wij tot de volgende aanbevelingen voor Tiel.

- *Meer gemeentelijke regie.* De gemeente is de partij die toegang, aanbieders en inkoop van jeugdhulp aan elkaar moet verbinden. Die kritische reflectie met en tussen uitvoerders moet organiseren en die (tot op casusniveau) de rechtmatigheid en doelmatigheid van de uitgaven moet bewaken. Concreet kan dat vorm krijgen door lokale overlegtafels tussen de belangrijkste partijen te organiseren (gemeente, toegang en de grootste lokale aanbieders). Daarnaast adviseren wij om de praktijk (bijvoorbeeld de wijkteams) nauwer te betrekken bij de inkoop en het aantal aanbieders terug te brengen. Een mogelijke vorm is om in de toekomst de inkoop in eigen hand te nemen.
- *Een betere selectie en triage.* Door aan de voorkant beter te selecteren welke gezinnen in aanmerking komen voor professionele hulp kan de tijd van de wijkteamleden effectiever worden besteed én het aantal doorverwijzingen dalen. Concreet kan dit vorm krijgen door gerichte training ('anders kijken, anders doen') en door gezamenlijke reflectie achteraf. Met de POH-pilot zet de gemeente Tiel overigens al stappen in deze richting.
- *Een integrale benadering van kwetsbare gezinnen.* De echt kwetsbare gezinnen, waar het risico op escalatie en de noodzaak voor jeugdhulp het grootst is, kenmerken zich door problemen op meerdere leefgebieden. Met name financiële problemen spelen vaak een grote rol – inzet van alleen jeugdzorg kan dat niet oplossen. Het is juist omgekeerd: oplossen van de schulden of de dagbestedingsproblematiek van de ouders heeft positieve effecten op het welzijn van de kinderen. We adviseren daarom een integrale benadering van deze gezinnen. Richt de toegang zo in dat alle leefgebieden in beeld zijn en maak een plan op maat waarin ook alle leefgebieden betrokken worden. Eerder onderzoek laat zien dat een dergelijke aanpak alles in zich heeft voor effectievere en goedkopere ondersteuning van kwetsbare gezinnen.

-0-0-0-



Bijlage 1. Toelichting doelgroepenanalyse

Figuur B1: verdeling doelgroepen per wijk in Tiel

	NL	Tiel	Tiel kern	Tiel-Noord	Wadenoijer	Tiel-Zuid
Gezinnen						
Geen probleem of ev	84%	82%	82%	83%	85%	87%
Meervoudig	11%	12%	12%	11%	10%	9%
Niet zelfredzaam	5%	5%	5%	5%	4%	3%
Top	1%	1%	1%	1%	1%	1%
Ouderen	16%	18%	18%	17%	15%	13%
Geen probleem of ev	84%	82%	82%	84%	86%	91%
Meervoudig	7%	7%	7%	7%	6%	4%
Niet zelfredzaam	9%	10%	11%	9%	8%	5%
Top	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Overige hh	16%	18%	18%	16%	14%	9%
Geen probleem of ev	86%	85%	80%	87%	91%	91%
Meervoudig	8%	9%	12%	7%	5%	5%
Niet zelfredzaam	4%	5%	6%	4%	3%	2%
Top	2%	2%	3%	2%	1%	2%
	14%	15%	20%	13%	9%	9%
Totaal	Nederland	Tiel	Tiel kern	Tiel-Noord	Wadenoijer	Tiel-Zuid
Geen probleem of ev	85%	83%	81%	85%	87%	89%
Meervoudig	9%	10%	11%	9%	7%	7%
Niet zelfredzaam	6%	6%	7%	6%	4%	3%
Top	1%	1%	1%	1%	1%	1%
	15%	17%	19%	15%	13%	11%

Belangrijkste aannames bij de doelgroepenanalyse

- Verdeling minimahuishoudens naar beperking: Licht verstandelijke beperking (LVB) : 30%, Psychische beperking (PB): 20%, Lichamelijke beperking (LB): 30% en 20% minima zonder beperkingen. Bron: o.b.v. Divosa "Belemmeringen van bijstandsontvangers"
- Niet zelfredzaam: onder de 65: 35%. Bron: o.b.v. eerste resultaten Samen DOEN gemeten a.d.h.v. de zelfredzaamheidsmatrix (ZRM). Ouder dan 65: 50%. Bron: o.b.v. de GGD-monitor. Ouder dan 75: 75%. Aanname LPBL.
- Totaal zwakbegaafde personen: 10%, met bijkomende problemen: 14%. Bron NL: SCP steeds meer verstandelijke gehandicapten.
- Aantal personen VG zwaar (IQ < 50): 0,4%, VG licht (IQ 50-69): 0,7%. En jonger dan 18: 2 keer zoveel (0,8 en 1,4 procent). Bron NL: SCP steeds meer verstandelijke gehandicapten.
- Personen 'geestelijk ongezond': totaal 12,9%, waarvan licht: 9,1%, matig: 2,4% en ernstig 1,4%. bron: CBS onderzoek geestelijke ongezondheid van Nederland. Landelijke kengetallen voor mensen jonger dan 65.
- Percentage LVG in (O)GGZ tussen de 10 en 40%. Bron: obv onderzoek Trimbos instituut. Duidt op dubbeltelling in doelgroepen.
- Personen met lichamelijke beperking matig en ernstig: gemiddeld 15%, 6-19 jaar: 5%, 20-64 jaar: 12% en 65+: 41%.



Bijlage 3. Specificatie uitgaven jeugdzorg Tiel

Inkomsten/uitgaven		UITGAVEN		
Som van Bedrag	Kolomlabels	2015	2016	2017
Rijlabels				
680611_Sociale wijkteams	€	1.234.233	1.221.452	1.226.547
680615_Ambulant-jeugd			4.724.950	7.511.296
680620_Pleegzorg-jeugd	€	4.280.598	2.646.930	448.973
680625_Residentieel-jeugd	€	1.329.738	1.240.972	2.237.595
680627_Consultatie en advies - jeugd				25.644
680630_PGB Jeugdwet	€	953.571	743.627	505.676
680635_Veilig thuis	€	131.102	367.852	322.687
680640_Bureau Jeugdzorg, Jeugdbescherming, Jeugdreclass.	€	1.590.303	1.130.633	333.589
Eindtotaal		9.519.545	12.076.415	12.612.007

Uitgaven per categorie, gecorrigeerd		2015	2016	2017
teams	€	1.234.233	€ 1.221.452	€ 1.226.547
ambulant	€	4.280.598	€ 7.247.449	€ 7.635.291
residentieel	€	1.329.738	€ 1.240.972	€ 1.389.487
pleegzorg			€ 124.431	€ 350.622
bescherming	€	1.426.997	€ 1.040.168	€ 1.272.162
pgb	€	953.571	€ 743.627	€ 505.676
Totaal (exclusief VT)	€	9.225.137	€ 11.618.098	€ 12.379.785

aantal trajecten		2015	2016	2017
teams		560	705	590
ambulant (instelling)		865	1035	1110
residentieel		125	130	115
bescherming		110	125	110
reclassering		40	45	45

Prijs per traject		2015	2016	2017
teams	€	2.200	€ 1.750	€ 2.100
ambulant (instelling)	€	4.950	€ 7.000	€ 6.900
residentieel	€	10.650	€ 10.500	€ 15.150
bescherming/reclassering	€	9.500	€ 6.100	€ 8.200

Toelichting
uit de onderliggende codes blijkt dat ambulante zorg in 2015 onder pleegzorg werd geboekt. Hiervoor is gecorrigeerd
Na het op gang komen van het berichtenverkeer is JB/JR hier geboekt. Hiervoor is gecorrigeerd.
alleen de pleegzorgcodes (zie kolom K tot en met N)
deze bedragen zijn gecorrigeerd voor de bevoorschottingen en afrekeningen,

aantal in 2016 lijkt erg hoog te zijn, ook gegeven het bedrag dat is uitgegeven,



Bijlage 4. Gegevens benchmarkgemeenten

	2017	Zorggebruik Benchmarkgemeenten(2017)					Tiel
	NL	Gorincher	Hoorn	Leerdam	Terneuzen	Zeist	
kinderen	3.404.098	7.352	15.244	4.463	9.972	13.516	8.720
minima-kinderen	296.157	669	1402	379	858	1.149	820
	8,7%	9,1%	9,2%	8,5%	8,6%	8,5%	9,4%
jongeren in zorg							
	NL	Gorincher	Hoorn	Leerdam	Terneuzen	Zeist	Tiel
ambulant	379.790	875	1875	520	1265	1580	1.355
verblijf	46.185	100	200	65	200	165	100
JB	39.455	80	170	60	145	165	110
JR	10.135	20	55	20	30	25	45
jongeren in zorg per 1.000 kinderen							
	NL	Gorincher	Hoorn	Leerdam	Terneuzen	Zeist	Tiel
ambulant	112	119	123	117	127	117	155
verblijf	14	14	13	15	20	12	11
JB	12	11	11	13	15	12	13
JR	3	3	4	4	3	2	5
jongeren per 100 minimajongeren							
	NL	Gorincher	HOORN	Leerdam	Terneuzen	Zeist	Tiel
ambulant	128	131	134	137	148	138	165
verblijf	16	15	14	17	23	14	12
JB	13	12	12	16	17	14	13
JR	3	3	4	5	3	2	5



Bijlage 5. Lijst met geïnterviewden en deelnemers groepsgesprekken

- Han Tielkes (gemeente Tiel)
- Inge Belgrave (gemeente Tiel)
- Ralph Bütner (gemeente Tiel)
- Ineke Stel (gemeente Tiel)
- Sjanneke van Empel (gemeente Tiel)
- Meike Elfring (gemeente Tiel)
- Truus Gillissen (gemeente Tiel)
- Annemiek de Klein (Buurtzorg Jong)
- Monique van den Dries (Buurtzorg Jong)
- Esther Jonker (Buurtzorg Jong)
- Janny van der Voort (Santé)
- Bernie Wiltenburg (Santé)
- Irene Hegeman (Karakter)