



# Wijkteams en praktijkondersteuners in de jeugdzorg

Een van de hoofddoelen van de decentralisatie van jeugdzorg naar gemeenten was om met de inzet van lichte hulp het gebruik van dure tweedelijnszorg zo veel als mogelijk te voorkomen. Dit zou de jeugdzorg zowel kwalitatief beter als goedkoper moeten maken. Veel gemeenten zetten hulpverlenende wijkteams en praktijkondersteuners bij de huisarts in om dit beleidsdoel te realiseren.

De inzet van hulpverlenende wijkteams en praktijkondersteuners leidt vooralsnog niet tot een afname van het aantal kinderen met tweedelijnszorg. Dit is van belang voor gemeenten die op zoek zijn naar manieren om de stijgende kosten voor jeugdzorg te beheersen.

CPB Notitie

Luc Benda, Maaïke Diepstraten,  
Remco van Eijkel, Minke Remmerswaal

# Samenvatting

**Dit rapport onderzoekt in hoeverre gemeenten met behulp van wijkteams en praktijkondersteuners bij de huisarts (POH's) het gebruik van tweedelijnsjeugdzorg kunnen verminderen.** Tweedelijnsjeugdzorg is alle jeugdzorg waarvoor een doorverwijzing nodig is. Uit een door ons afgenomen survey onder gemeenten blijkt dat 64% van de gemeenten werkt met wijkteams die zelf hulp verlenen en 54% van de gemeenten praktijkondersteuners bij de huisarts financiert. Gemeenten zetten hulpverlenende wijkteams en POH's in om kinderen met een hulpvraag tijdig en laagdrempelig te ondersteunen. Een van de doelen van de decentralisatie van jeugdzorg was dan ook om met de inzet van lichte hulp het gebruik van gespecialiseerde tweedelijnszorg zo veel mogelijk te voorkomen. Dit zou de jeugdzorg zowel kwalitatief beter als goedkoper moeten maken.

**Uit onze data-analyse blijkt dat de inzet van hulpverlenende wijkteams en POH's vooralsnog niet leidt tot een afname van het aantal kinderen met tweedelijnszorg.** In 2018 is het totale aantal kinderen met tweedelijnszorg 7 procent groter dan in 2013. In gemeenten met hulpverlenende teams is de stijging van dit aantal vergelijkbaar met de stijging in gemeenten zonder hulpverlenende teams. Ook is er geen verschil in de toename van het aantal kinderen met tweedelijnszorg tussen gemeenten die praktijkondersteuners financieren en gemeenten die dit niet doen. Wel blijkt dat in gemeenten waar veel kinderen wijkteamhulp ontvangen, het aantal kinderen met tweedelijnszorg minder sterk stijgt dan in gemeenten waar weinig of helemaal geen wijkteamhulp is. Dit verschil is het grootst voor hulp met verblijf: in gemeenten met veel wijkteamhulp is het aantal kinderen dat hulp met verblijf ontvangt in 2018 11 procent hoger dan in 2013; in gemeenten met weinig of geen wijkteamhulp is dit aantal in dezelfde periode gestegen met 25 procent.

**De inzet van laagdrempelige ondersteuning via wijkteams of praktijkondersteuners lijkt vooralsnog dus niet hét middel te zijn om het gebruik van jeugdzorg in de tweede lijn terug te dringen.** Daarbij komt dat laagdrempelige hulpverlening door wijkteams of praktijkondersteuners ook een prijs heeft. Dit is van belang voor gemeenten die op zoek zijn naar manieren om de stijgende kosten voor jeugdzorg te beheersen. Er zijn echter andere beleidsinstrumenten die mogelijk beter kunnen bijdragen aan een financieel houdbaar jeugdzorgstelsel, zoals de zorginkoop en bekostiging van aanbieders door gemeenten. Het effect van deze andere beleidsinstrumenten op het jeugdzorggebruik hebben we in deze studie niet onderzocht.

**Het effect van wijkteams of praktijkondersteuners op de brede welvaart is vooralsnog onduidelijk.** Zo kan het zijn dat wijkteams en praktijkondersteuners jeugdigen naar beter passende hulp leiden. Ook is het mogelijk dat door de laagdrempelige ondersteuning kinderen worden geholpen die anders buiten beeld zouden blijven. Dit zou zich uiteindelijk kunnen uitbetalen in bijvoorbeeld betere schoolprestaties en minder jeugdcriminaliteit. Of dit ook daadwerkelijk het geval is, is voer voor vervolgonderzoek. Ook is het mogelijk dat een eventueel effect van wijkteams en praktijkondersteuners op het zorggebruik zich pas de komende jaren manifesteert.

# 1 Inleiding

**Veel gemeenten kampen met financiële tekorten op jeugdzorg.**<sup>1</sup> Deze tekorten zijn voor een belangrijk deel het gevolg van het almaar stijgende aantal jeugdigen dat gebruikmaakt van gespecialiseerde jeugdzorg in de tweede lijn.<sup>2</sup> Dit is opvallend, want het overhevelen van jeugdzorg naar gemeenten in 2015 was juist bedoeld om een verschuiving van dure, gespecialiseerde zorg naar goedkopere, lichte ondersteuning te realiseren. De huidige beleidsdiscussie richt zich dan ook op de vraag of gemeenten voldoende mogelijkheden hebben om te sturen op het jeugdzorggebruik, of dat de groei in het gebruik grotendeels gedreven wordt door factoren die losstaan van het gemeentelijke beleid.<sup>3</sup>

**Dit rapport onderzoekt in hoeverre gemeenten met de inzet van wijkteams of de financiering van praktijkondersteuners kunnen sturen op het jeugdzorggebruik in de tweede lijn.**<sup>4</sup> Sinds 2015 hebben veel gemeenten wijkteams ingezet voor de uitvoering van hun taken binnen het sociaal domein, waaronder jeugdzorg. Ook zijn steeds meer gemeenten praktijkondersteuners gaan financieren. Praktijkondersteuners zijn werkzaam in een huisartsenpraktijk en bieden vooral lichte vormen van jeugdhulp aan bij emotionele of gedragsproblematiek. Beide beleidsinstrumenten hebben als doel om met laagdrempelige hulp het gebruik van zwaardere zorg te voorkomen.

**Het effect van wijkteams en praktijkondersteuners op de kwaliteit van de jeugdzorg laten we buiten beschouwing.** We kijken dus niet naar de effecten van lichte ondersteuning via het wijkteam of POH's op uitkomsten in andere leefgebieden, zoals schoolprestaties en jeugdcriminaliteit. Uiteraard zijn dit belangrijke uitkomstmaatstaven die voor een belangrijk deel de maatschappelijke waarde van jeugdzorg bepalen. In hoeverre de inzet van lichte ondersteuning van invloed is op het welzijn van jeugdigen, zien wij dan ook als een interessante onderzoeksvraag voor vervolgonderzoek. Wél kijken we naar de effecten op het aantal kinderen met een jeugdbeschermings- of jeugdreclasseringsmaatregel. Dat geeft inzicht in hoeverre hulp 'aan de voorkant' escalatie kan voorkomen.

**Met deze studie vullen we inzichten uit eerder onderzoek aan door jeugdzorggebruik te relateren aan gemeentelijke beleidskeuzes, gebruikmakend van een unieke dataset.** Onze data zijn verzameld via een representatieve survey en bevat informatie over hoe het jeugdzorgbeleid binnen 221 gemeenten is vormgegeven. Eerdere onderzoeken naar verschillen in gemeentelijk jeugdzorgbeleid betreffen vooral casestudies die geen representatief beeld vormen voor alle Nederlandse gemeenten. We koppelen deze surveydata aan administratieve data van het CBS over jeugdzorggebruik. Het voordeel van deze gebruiksdata is dat zij een compleet beeld geven over het jeugdzorggebruik. Met een paar gemeenten hebben we verder gesproken over hun organisatie van jeugdzorg. Deze gesprekken zijn in dit rapport uitgewerkt in kaders.

**Inzicht in hoeverre gemeenten kunnen sturen op het gebruik en daarmee op de kosten van jeugdzorg is relevant voor het gemeentelijke jeugdzorgbeleid en de bekostiging van jeugdzorg vanuit het Rijk.** Als blijkt dat de sturingsmogelijkheden beperkt zijn, is het aannemelijk dat gemeenten te maken hebben met een

---

<sup>1</sup> Zie bijvoorbeeld AEF (2019) en Significant (2019).

<sup>2</sup> Zie KPMG (2020).

<sup>3</sup> In dit kader laten het Rijk en de gemeenten momenteel onderzoek doen naar de vraag of gemeenten maatregelen kunnen treffen om de jeugdzorguitgaven te beperken en, hiermee samenhangend, of er structureel extra middelen nodig zijn. Zie [hier](#).

<sup>4</sup> De definitie van jeugdzorg is niet altijd eenduidig in de beleidsdiscussie. In dit onderzoek volgen wij de definiëring van het CBS. Het CBS definieert jeugdzorg als een verzamelterm voor jeugdhulp, jeugdbescherming en jeugdreclassering. Jeugdhulp omvat hulparrangementen voor jongeren en hun ouders bij sociaal-maatschappelijke en psychologische problematiek en ook wanneer er sprake is van een licht verstandelijke beperking (lvb). Bij jeugdbescherming en -reclassering gaat het om arrangementen wanneer de veiligheid van een jeugdige in gevaar komt of wanneer de jeugdige in aanraking is geweest met justitie.

autonome groei van het jeugdzorggebruik die gedreven wordt door factoren die buiten de gemeentelijke invloedssfeer liggen. Hierbij merken we op dat de mogelijke sturingsinstrumenten die gemeenten tot hun beschikking hebben, zich niet beperken tot de twee instrumenten (wijkteams en praktijkondersteuners) die in deze rapportage centraal staan.

**Dit rapport is als volgt opgebouwd.** Hoofdstuk 2 bespreekt de institutionele setting van jeugdzorg en gaat dieper in op de rol van wijkteams en praktijkondersteuners binnen het jeugdzorgstelsel. Hoofdstuk 3 behandelt de data die voor dit onderzoek gebruikt zijn. In hoofdstuk 4 gaan we aan de hand van statistische analyses na in hoeverre hulpverlening in wijkteams of de financiering van praktijkondersteuners effect heeft op het zorggebruik in de tweede lijn.

## 2 Achtergrond

**Met de invoering van de Jeugdwet zijn gemeenten in 2015 verantwoordelijk geworden voor alle vormen van jeugdzorg.**<sup>5</sup> Dit betreft zowel de vrijtoegankelijke hulp als de tweedelijnsvoorzieningen die worden verzorgd door jeugdzorgaanbieders. Voorbeelden van vrijtoegankelijke hulp zijn laagdrempelige opvoedondersteuning via het wijkteam en de inzet van jeugdcoaches (zie bijvoorbeeld het kader 'Jeugdzorg in de gemeente Wageningen'). De tweedelijnsvoorzieningen bestaan uit ambulante jeugdhulp (bijvoorbeeld een behandeling door een gz-psycholoog) en jeugdhulp met verblijf (bijvoorbeeld opvang in een pleeggezin). Ook zijn gemeenten verantwoordelijk voor de jeugdzorg in het gedwongen kader, oftewel jeugdbescherming en -reclassering. Hierbij gaat het om trajecten die door een jeugdrechter worden opgelegd, bijvoorbeeld omdat de thuissituatie niet veilig genoeg is voor het kind of omdat het kind een gevaar is voor zichzelf of zijn omgeving. Tabel 2.1 geeft een overzicht van de verschillende vormen van jeugdzorg.

**Tabel 2.1 Een overzicht van de verschillende vormen van jeugdzorg**

Jeugdzorgvorm	Voorbeelden	Doorverwijzing nodig?
Vrijtoegankelijke hulp	Opvoedondersteuning door jeugdcoach Ondersteuning door het wijkteam	Nee
Tweedelijns hulp, ambulante	Behandeling binnen de basis- of specialistische jeugd-ggz	Ja
Tweedelijns hulp, met verblijf	Opvang in een pleeggezin	Ja
Zorg in het gedwongen kader	Jeugdbescherming Jeugdreclassering	Opgelegd door de jeugdrechter

**Elk kind kan in principe gebruikmaken van het aanbod van vrijtoegankelijke hulp in de gemeente, terwijl er een doorverwijzing nodig is voor hulp in de tweede lijn.** Gemeenten zetten vrijtoegankelijke hulp in als verwacht wordt dat een kortdurende, relatief lichte interventie volstaat en tweedelijns hulp als er een intensievere behandeling nodig is. Tweedelijns hulp is over het algemeen dan ook meer gespecialiseerd dan vrijtoegankelijke hulp. Gemeenten zijn vrij om te bepalen wat onder vrijtoegankelijke hulp valt en wat onder hulp in de tweede lijn. Naast de gemeente zelf zijn huisartsen en Gecertificeerde Instellingen (GI's) belangrijke doorverwijzers naar jeugdhulp in de tweede lijn.<sup>6</sup> De gemeente is verantwoordelijk voor de kosten van tweedelijns hulp, ongeacht de doorverwijzer.

<sup>5</sup> Een uitzondering is de zorg voor kinderen met een ernstige chronische beperking waarbij dag en nacht toezicht nodig is; deze zorg valt onder de Wet langdurige zorg (Wlz). Zie ook [hier](#).

<sup>6</sup> GI's zijn instellingen die gecertificeerd zijn om de maatregelen in het gedwongen kader uit te voeren. In de periode 2015-2018 zijn gemeenten en GI's elk verantwoordelijk voor zo'n 36% van de doorverwijzingen naar jeugdhulp met verblijf, terwijl huisartsen maar 6% van de doorverwijzingen naar hulp met verblijf voor hun rekening nemen. Voor wat betreft ambulante jeugdhulp is de huisarts met

## Jeugdzorg in de gemeente Wageningen

De gemeente Wageningen werkt vanaf 2015 met één wijkteam voor jeugdhulp. Tot 2019 verleende dit team zelf geen hulp, maar gaf de beschikkingen af voor tweedelijns hulp en voerde de regie in het geval van multiprobleemgevallen waarvoor meerdere hulpverleners werden ingezet. Vanaf 2019 is er voor het wijkteam ruimte gecreëerd om zelf laagdrempelige hulp te bieden: er zijn twee wijkteamleden – één in dienst van de gemeente en één in dienst van een zorgorganisatie – die samen 16 uur per week aan opgroei- en opvoedhulp kunnen verlenen.

In de eerste jaren na 2015 kwam in principe elk huishouden met een enkelvoudige hulpvraag in aanmerking voor (maximaal) 12 uren per jaar aan opgroei- en opvoedhulp. Deze vorm van vrijtoegankelijke hulp werd verleend door een jeugdcoach of kindervertherapeut van een gecontracteerde aanbieder. Hier werd veel gebruik van gemaakt, vaak door ouders die goed de weg kennen binnen het systeem. De hulp kwam dus niet altijd terecht bij kinderen en ouders die dat het hardst nodig hadden. Vanaf 2018 wordt deze vorm van vrijtoegankelijke hulp niet meer aangeboden.

De gemeente heeft in 2015 de financiering van specialistische ondersteuners bij de huisarts (SOH) overgenomen van de zorgverzekeraar (Menzis). Deze SOH's hebben een achtergrond als ggz- psycholoog. In elke huisartsenpraktijk binnen de gemeente is er een SOH aanwezig voor jeugd-ggz. Het is de bedoeling dat alle kinderen die bij de huisarts komen met psychische klachten, een gesprek hebben met de SOH. De SOH's kunnen ongeveer 30% van de kinderen en ouders die zij zien, zelf voldoende helpen. De gemeente ziet dat de SOH's in Wageningen, in vergelijking met andere gemeenten met een SOH, relatief minder doorverwijzen naar specialistische ggz maar meer naar de basis-ggz. Omdat de gemeente al sinds 2015 werkt met SOH's, is er geen vergelijking met de situatie zonder SOH.

**Een van de beoogde doelen van de decentralisatie was een verschuiving van tweedelijns hulp naar vrijtoegankelijke hulp, met als gevolg een betere en goedkopere uitvoering van jeugdzorg.** De gedachte hierachter is dat er op lokaal niveau goed zicht is op de jeugdproblematiek binnen de gemeente. Hierdoor zou men beter in staat zijn om snel passende hulp te bieden dan bij centraal aangestuurd beleid, zoals het geval was vóór 2015 (zie kader 'Jeugdzorg voor de decentralisatie'). Ook geeft het gemeenten een financiële prikkel om te investeren in preventief beleid als zij daarmee besparen op dure, specialistische hulp. De decentralisatie van jeugdhulp is gepaard gegaan met een structurele korting van 450 mln. euro per jaar, oftewel 12,5% van het totale macrobudget.<sup>7</sup>

---

42% van de doorverwijzingen de dominante doorverwijsroute. De gemeente is verantwoordelijk voor 25% van de doorverwijzingen naar ambulante hulp.

<sup>7</sup> Zie bijvoorbeeld [hier](#). Voor de periode 2019-2021 heeft het Rijk 1 mld. euro extra voor jeugdzorg toegezegd aan gemeenten en 300 mln. euro voor het jaar 2022, zie [hier](#).

## Kader: Jeugdzorg voor de decentralisatie

Voor de decentralisatie vielen de verschillende vormen van jeugdzorg onder de verantwoordelijkheid van het Rijk, de provincies, de zorgverzekeraars en de gemeenten. Het Rijk ging over de gesloten jeugdzorg (ook wel: JeugdzorgPlus). Een deel van de provinciale jeugdzorg omvatte jeugdbescherming en -reclassering, crisisinterventie en het Advies Meldpunt Kindermishandeling (AMK) en werd uitgevoerd door de Bureaus Jeugdzorg. Daarnaast financierde de provincie de jeugd- en opvoedhulp, zoals dagbehandelingen en pleegzorg. Zorgverzekeraars vergoedden het gebruik van curatieve jeugd-ggz met een maximale duur van één jaar. Als een jeugdige langer dan een jaar in een (ggz-)instelling verbleef, werd het verblijf gefinancierd vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Ook zorg aan jeugdigen met een verstandelijke beperking werd bekostigd vanuit de AWBZ. Gemeenten waren voor 2015 ook al verantwoordelijk voor de preventieve jeugdzorg, waaronder de Centra voor Jeugd en Gezin (CJG).

De aanleiding voor de stelselwijziging in 2015 was de breed gedragen consensus dat het oude jeugdzorgstelsel een aantal belangrijke tekortkomingen had. Zo bestonden er financiële prikkels om dure zorg in te zetten, werd afwijkend gedrag onnodig vaak gemedicaliseerd en was het jeugdzorgveld te versnipperd, waardoor het moeilijk was om integrale hulp te bieden aan kinderen en gezinnen.<sup>(a)</sup>

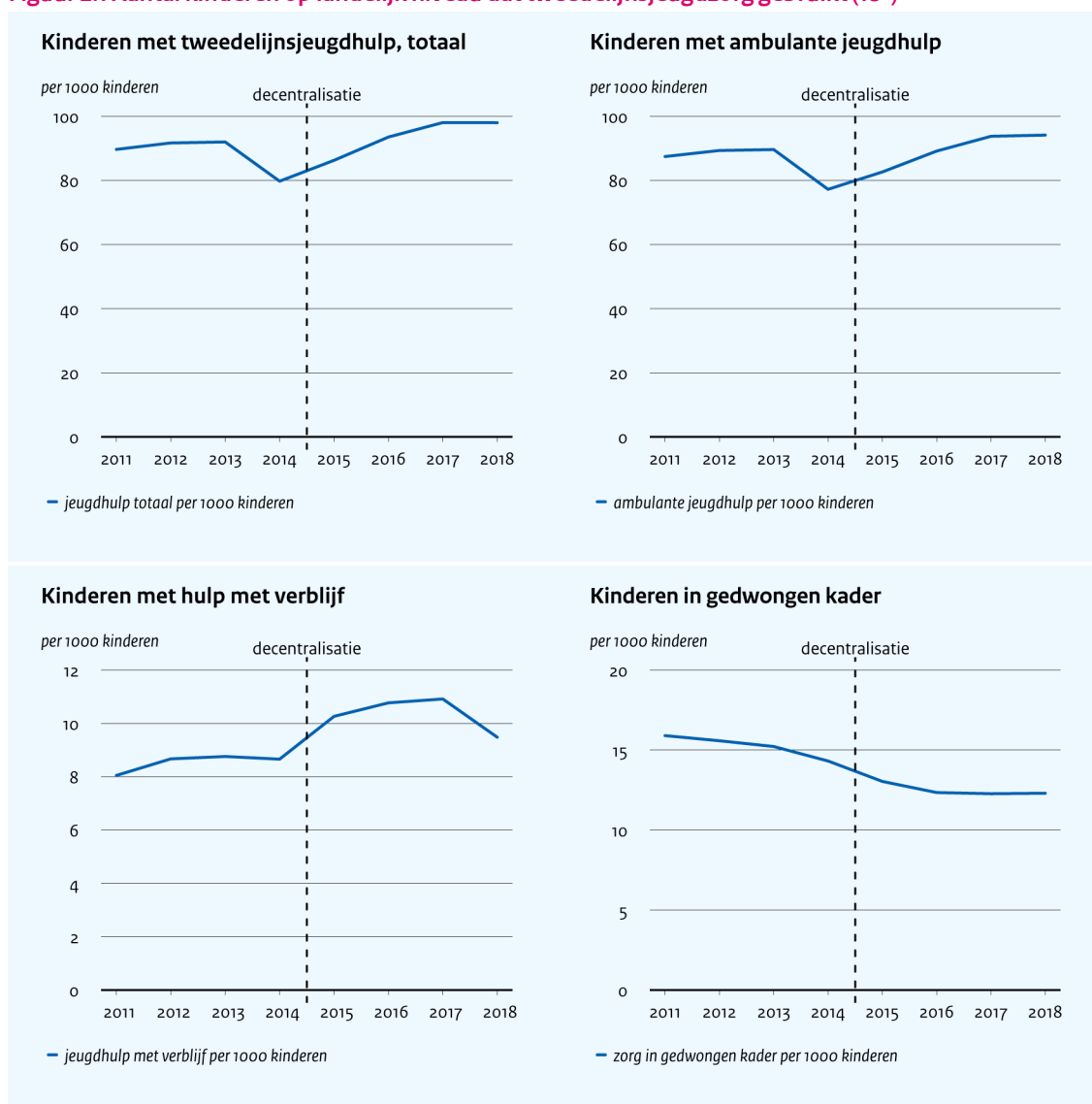
(a) Zie [de Memorie van toelichting bij de Jeugdwet](#).

**Vooralsnog heeft deze verwachte verschuiving zich niet gemanifesteerd.** Figuur 2.1 geeft de landelijke ontwikkeling van tweedelijns hulp over de jaren weer. Voor zowel de totale tweedelijns hulp als ambulante hulp en hulp met verblijf apart is het gebruik na de decentralisatie toegenomen. Maakte in 2013 nog 92 op de 1000 jeugdigen onder de 18 gebruik van tweedelijns hulp, in 2018 is dit 98 per 1000 kinderen; een stijging van ongeveer 7 procent.<sup>8</sup> Wel zien we een daling in het aantal kinderen in het gedwongen kader, die al vóór de decentralisatie is ingezet. Tussen gemeenten is er vrij veel variatie in de verandering van het jeugdhulpgebruik. Hoewel de meerderheid van de gemeenten een forse stijging in het jeugdhulpgebruik laat zien, zijn er ook gemeenten waarin de toename beperkt is. Er zijn zelfs enkele gemeenten die een lager gebruik van tweedelijns hulp hebben dan vóór 2015.

---

<sup>8</sup> De grote daling in 2014 van het totale aantal kinderen met jeugdhulp is vermoedelijk het gevolg van ontbrekende registraties voor de jeugd-ggz. Anticiperend op de decentralisatie werden er in 2014 weinig nieuwe Diagnose Behandelcombinaties (DBC's) gestart en liet men de in 2013 gestarte DBC's doorlopen tot in 2014. De in 2013 gestarte DBC's komen niet terug in de data voor 2014. Zie Bakker (2018).

**Figuur 2.1 Aantal kinderen op landelijk niveau dat tweedelijnsjeugdzorg gebruikt (18-)**



Bron: eigen bewerking op basis van CBS-microdata.

**In de beleidsdiscussie worden er meerdere oorzaken genoemd voor de toename van het zorggebruik in de tweede lijn na de decentralisatie.** Geregeld gaat het dan om – vanuit gemeentelijk perspectief – externe factoren die losstaan van het gemeentelijk beleid en waarop gemeenten dus amper tot geen invloed hebben. Vaak betreft het ontwikkelingen die al voor de decentralisatie zijn begonnen, zoals een veranderende maatschappelijk norm voor wat beschouwd wordt als afwijkend jeugdig gedrag en de toegenomen prestatiedruk.<sup>9</sup> Andere veelgenoemde externe factoren hebben betrekking op de decentralisatie zelf. De Jeugdwet heeft een relatief open karakter, in vergelijking met aanpalende wetten als de Wlz en de Wet passend onderwijs.<sup>10</sup> Daarnaast noemen gemeenten het doorverwijsgedrag van huis- en jeugdartsen en GI’s als belangrijke verklaring voor het feit dat het beroep op tweedelijnsjeugdhulp vooralsnog niet is afgenomen.

<sup>9</sup> Zie bijvoorbeeld Van Yperen e.a. (2019).

<sup>10</sup> Gemeenten hebben de zorgplicht voor alle kinderen binnen de gemeente die hulp nodig hebben, ook als deze kinderen naar mening van de gemeente ondersteuning vanuit een andere wet behoren te krijgen. Een voorbeeld hiervan is de niet-somatische zorg van jongeren die onder de Wlz valt in plaats van onder de Jeugdwet. Wanneer een jongere een verstandelijke beperking heeft en blijvend 24 uur per dag zorg in de nabijheid of permanent toezicht nodig heeft, komt deze jongere in principe in aanmerking voor de Wlz.

**In hoeverre gemeenten zelf met hun beleid invloed kunnen uitoefenen op de verschuiving naar meer lichte ondersteuning is a priori niet duidelijk.** Aan de ene kant kan het zo zijn dat de toename van het jeugdzorggebruik afhangt van demografische en socio-economische kenmerken en dus per gemeente verschilt. Aan de andere kant is het mogelijk dat de variatie tussen gemeenten in de stijging het gevolg is van bepaalde beleidskeuzes. In dit onderzoek gaan we na of gemeenten met wijkteams en praktijkondersteuners bij de huisarts invloed kunnen uitoefenen op het gebruik van tweedelijns hulp. Deze twee beleidsinstrumenten worden door veel gemeenten ingezet om lichte ondersteuning aan kinderen met een hulpvraag te bieden.

## 2.1 Wijkteams

**Veel gemeenten zijn vanaf de decentralisatie gaan werken met wijkteams om passende jeugdzorg te leveren tegen beheersbare kosten.**<sup>11</sup> Wijkteams dienen als toegangspoort voor kinderen (en hun ouders) met een hulpvraag. Doordat in wijkteams mensen uit verschillende (zorg)disciplines bij elkaar komen, kunnen hulpvragen op een integrale manier behandeld worden. Zo wordt er voor multiprobleemgezinnen bijvoorbeeld niet alleen hulp voor het kind gezocht, maar ook passende ondersteuning voor de ouders. Ook kunnen wijkteams actief de wijk in gaan op zoek naar verborgen problematiek om zo tijdig in te kunnen grijpen en escalatie te voorkomen.

**Door tijdig hulp binnen het wijkteam te verlenen, proberen gemeenten de inzet van gespecialiseerde zorg in de tweede lijn zo veel als mogelijk te voorkomen.** Hulpverlening in het wijkteam betreft in de regel vrijtoegankelijke hulp, waarvoor geen beschikking nodig is en die snel ingezet kan worden.<sup>12</sup> Volgens de beleidstheorie werken wijkteams kostenbesparend en weten ze, door op zoek te gaan naar verborgen problematiek en snel in te grijpen, vaker escalatie te voorkomen.<sup>13</sup> Niet alle gemeenten werken met hulpverlenende teams. In sommige gemeenten vervult het wijkteam enkel een verwijs- of regiefunctie. Wijkteamleden signaleren en indiceren dan de zorgbehoefte van een kind en verwijzen indien nodig door naar hulp in de eerste of tweede lijn, zonder zelf hulp te verlenen (zie bijvoorbeeld het kader 'Jeugdzorg in de gemeente Maasdriel').<sup>14</sup>

---

Onderzoek van de Algemene Rekenkamer (2018) laat zien dat de kans voor 18-minners om zorg uit de Wlz te ontvangen sinds 2018 afneemt. Dit suggereert dat gemeenten steeds meer met jongeren te maken hebben gekregen die een zware zorgbehoefte hebben.

<sup>11</sup> Wijkteams worden ook ingezet om volwassenen met een ondersteuningsbehoefte te helpen. Sommige gemeenten werken met teams die hulpvragen van zowel jeugdigen als volwassenen oppakken ('o tot 100-teams'), andere gemeenten scheiden dit en werken met aparte jeugdteams.

<sup>12</sup> In sommige gevallen kan dit ook om zwaardere hulp gaan (zoals overbruggingshulp in het geval van wachtlijsten bij zorgaanbieders in de tweede lijn).

<sup>13</sup> Zie bijvoorbeeld VNG (2013). In een eerdere studie kwam het CPB (Van Eijkel e.a., 2019) echter tot de conclusie dat wijkteams juist tot meer doorverwijzingen naar de tweede lijn leiden. Dit onderzoek betrof echter niet jeugdhulp maar ondersteuning vanuit de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo).

<sup>14</sup> In sommige gemeenten verwijst niet het wijkteam zelf door, maar doet een gemeentelijk loket of het CJG dit. De doorverwijzing kan dan wel gebaseerd zijn op een zwaarwegend advies van het wijkteam.



## Jeugdzorg in de gemeente Maasdriel

De gemeente Maasdriel werkt met één wijkteam ('gebiedsteam') dat jeugdproblematiek oppakt. De laatste jaren is deze gemeente zoekende geweest naar de juiste invulling van het wijkteam. Bij aanvang was het de bedoeling dat het wijkteam zelf hulp zou verlenen. Het wijkteam kwam hier echter te weinig aan toe vanwege te lange wachtlijsten en de neiging om het zekere voor het onzekere te nemen, waardoor de oplossing vaak in de tweede lijn gezocht werd. Dit is aanleiding geweest om het team om te vormen naar een regieteam waarin aan vraagverheldering wordt gedaan – bijvoorbeeld door keukentafelgesprekken – en dat toegang biedt tot de tweede lijn.

De transformatie van een hulpverlenend team naar een regieteam heeft gezorgd voor een flinke vermindering van het aanbod van vrijtoegankelijke zorg. De gemeente is van mening dat dit niet optimaal is voor het welzijn van de jeugdigen binnen de gemeenten. Om deze reden is besloten dat het wijkteam weer hulp gaat verlenen. De transformatie naar een hulpteam moet in 2022 gerealiseerd zijn.

Naast het wijkteam zet de gemeente ook in op de POH-Jeugd. De gemeente is in 2019 gestart met een pilot waar bij drie van de elf huisartsen een POH-er actief is. De voornaamste reden voor deze pilot is om jeugdigen sneller naar de juiste zorg te krijgen. De gemeente geeft aan dat de eerste resultaten bemoedigend zijn. Ondanks dat het financiële motief niet leidend is voor de keuze voor de inzet van POH's, geeft de gemeente ook aan dat de POH's zichzelf terugverdienen.

## 2.2 Praktijkondersteuners bij de huisarts

**Om meer controle uit te oefenen op het doorverwijsgedrag van huisartsen, zijn gemeenten praktijkondersteuners huisartsenzorg (POH's) gaan financieren.**<sup>15</sup> Deze POH's zijn gedetacheerd bij een huisartsenpraktijk, vaak afkomstig van een zorgorganisatie en worden ingezet om lichte, kortdurende behandelingen te geven aan kinderen die met een probleem bij de huisarts komen. Praktijkondersteuners behandelen een breed scala aan problemen bij jeugdigen. Het meest voorkomende probleem waarmee kinderen bij POH's terechtkomen, betreft psychosociaal functioneren.<sup>16</sup> Als POH's doorverwijzen, dan is dat in de meerderheid van de gevallen naar de (basis- of specialistische) ggz.<sup>17</sup> De gedachte achter de inzet van POH's is dat kinderen minder snel worden doorverwezen naar de tweede lijn en als ze wel worden doorverwezen, de kwaliteit van de doorverwijzing beter is.

**Eerder onderzoek laat zien dat betrokkenen (onder andere kinderen, ouders, huisartsen) overwegend positief zijn over de rol van POH's.**<sup>18</sup> Als succesfactoren worden de laagdrempeligheid van de ondersteuning

<sup>15</sup> In sommige gemeenten gaat het om een Specialistisch Ondersteuner Huisartsenzorg (SOH) of een Specialistische Ondersteuner Jeugd (SOJ). In dit rapport vallen deze ondersteuners onder de noemer 'POH'.

<sup>16</sup> Zie Spijk-de Jonge e.a. (2019).

<sup>17</sup> Zie Zwaanswijk e.a. (2020).

<sup>18</sup> Zie Spijk-de Jonge e.a. (2019) en Udo (2019).

en de kwaliteit van de triage genoemd. De vraag of de inzet van praktijkondersteuners ook tot minder doorverwijzingen naar de tweede lijn leidt, wordt met dit eerdere onderzoek niet beantwoord. Wel geven enkele gemeenten op basis van een eigen evaluatie aan dat de financiering van POH's tot minder doorverwijzingen heeft geleid (zie bijvoorbeeld het kader 'Jeugdzorg in de gemeente Roermond').<sup>19</sup>

## Jeugdzorg in de gemeente Roermond

In de regio Midden-Limburg Oost wordt de toegang tot jeugdzorg georganiseerd door het Centrum Jeugd en Gezin (CJG). Binnen het CJG werken teams op gemeenteniveau. De gemeente Roermond behoort tot deze regio en heeft drie van zulke teams. Deze teams verlenen zelf hulp, maar verwijzen ook door naar de tweede lijn, bijvoorbeeld wanneer de hulpvraag daar aanleiding toe geeft. Op dit moment is de gemeente bezig met het doorontwikkelen van hun aanpak omdat zij nog niet de gewenste afname van specialistische zorg zien.

De gemeente is in 2018 gestart met een pilot Specialistische Ondersteuner Jeugd (SOJ), omdat er veel kinderen via de huisarts doorverwezen werden naar specialistische hulp. Een SOJ is een gedragswetenschapper of gespecialiseerde jeugdhulpverlener die plaatsneemt in een huisartsenpraktijk. De inzet van de SOJ bevalt de gemeente Roermond goed. Men geeft aan dat dankzij de SOJ het aantal verwijzingen is afgenomen en de diversiteit van de verwijzingen is toegenomen: kinderen worden nu niet alleen doorverwezen naar de specialistische ggz, maar bijvoorbeeld ook naar de Jeugd en Opvoedhulp. Bovendien zijn ouders tevreden met de kundige hulp via de huisarts.

## 3 Data

### 3.1 Survey

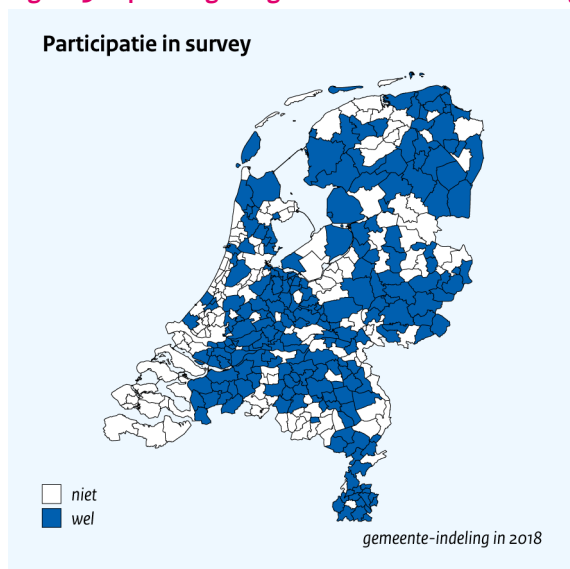
**Om te kunnen toetsen of de inzet van wijkteams en POH's effect sorteert op het jeugdzorggebruik, hebben we een survey afgenomen onder gemeenten met vragen over hun jeugdzorgbeleid.**<sup>20</sup> Een belangrijk deel van de survey bevat vragen over de wijkteamaanpak, maar er zijn ook vragen over de financiering van POH's, samenwerkingsafspraken met GI's en de wijze waarop gemeenten jeugdzorg inkopen. Ook bevat de survey vragen over de mate waarin gemeenten de kosten van jeugdzorg delen met andere gemeenten in de regio. Het peilmoment van de enquête is 1 januari 2019. Voor veel gemeenten zal de beleidssituatie op deze datum sterk overeenkomen met het gevoerde beleid in eerdere jaren. Het kost gemeenten tijd en geld om de organisatie van jeugdzorg – zeker voor wat betreft de toegang – uit te ontwikkelen en het gekozen beleid te evalueren. We kunnen echter a priori niet uitsluiten dat gemeenten in de periode 2015-2019 hun beleid gewijzigd hebben. Daarom vraagt de survey ook of het jeugdzorgbeleid in deze periode gewijzigd is. In onze empirische analyse benutten we deze informatie.

<sup>19</sup> Zie bijvoorbeeld ook [hier](#) en [hier](#).

<sup>20</sup> De survey is onder alle Nederlandse gemeenten uitgezet via email tussen juni en september 2020.

Er hebben 221 gemeenten deelgenomen aan de survey, oftewel ruim 60 procent van alle Nederlandse gemeenten. Figuur 3.1 geeft de spreiding weer van de gemeenten die de survey hebben ingevuld. Tabel 3.1 laat zien dat de deelnemende gemeenten op demografische en sociaaleconomische kenmerken gemiddeld zeer goed vergelijkbaar zijn met de gemiddelde Nederlandse gemeente. Dit suggereert dat de deelnemende gemeenten representatief zijn voor alle Nederlandse gemeenten.

**Figuur 3.1 Spreiding van gemeenten die hebben deelgenomen aan de survey**



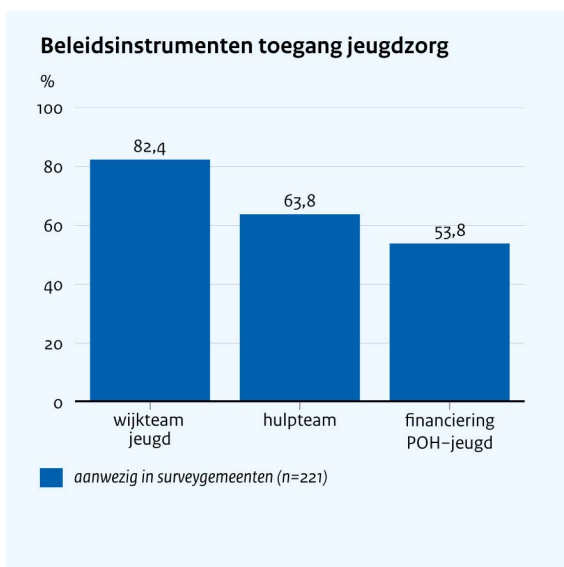
**Tabel 3.1 Achtergrondkenmerken van alle Nederlandse gemeenten en van gemeenten in de survey**

	Alle gemeenten	Gemeenten in survey	P-waarden <sup>3</sup>
Totale bevolking (aantal) <sup>2</sup>	45.213	44.717	0,86
Jonger dan 15 (%)	16,1	16,1	0,95
Huishouden met kind (%)	35,6	35,7	0,87
Gemiddeld besteedbaar inkomen (1000 euro) <sup>1</sup>	45,2	45,1	0,82
Niet-westerse migranten (%)	7,0	6,9	0,76
Personen in bijstand (%)	1,4	1,4	0,94
Personen in Wajong (%)	1,19	1,22	0,38

<sup>1</sup> Exclusief Ameland, Haarlemmerliede en Spaarnwoude, Renswoude, Rozendaal, Schiermonnikoog, Terschelling en Vlieland.  
<sup>2</sup> Alle kenmerken gemeten in het jaar 2018.  
<sup>3</sup> Op basis van een one-sample t-test.

**Figuur 3.2 geeft de (voor dit onderzoek) belangrijkste surveyresultaten weer.** Van de deelnemende gemeenten heeft 82 procent aangegeven wijkteams te hebben waar mensen terecht kunnen voor jeugdhulp. In 68 procent van de steekproef is het mogelijk om via het wijkteam een verwijzing te krijgen naar jeugdhulp in de tweede lijn en 64 procent geeft aan dat in het wijkteam ook jeugdhulp wordt verleend door een jeugdhulpprofessional naar aanleiding van een vastgestelde zorgbehoefte. Bij 54 procent van de steekproef worden één of meer POH's die jeugdhulp verlenen, gefinancierd door de gemeente.

**Figuur 3.2 Inzet van wijkteams en financiering van POH's jeugd (in %)**



**Tabel B.1 in de bijlage laat zien in hoeverre de keuze van gemeenten om hulpverlening in het wijkteam aan te bieden, samenhangt met andere beleidskeuzes rondom jeugdzorg.** De gemeenten die hulpverlening in het wijkteam aanbieden, hanteren ook op andere vlakken een iets andere wijkteambenadering dan gemeenten zonder hulpverlenende wijkteams. In de eerstgenoemde groep gemeenten gaan wijkteams vaker proactief op zoek naar verborgen problematiek en zijn wijkteamleden vaker afkomstig van jeugdzorgaanbieders. Op andere beleidskeuzes rondom jeugdzorg, zoals kostendeling met andere gemeenten en de financiering van POH's, zijn beide groepen gemeenten goed vergelijkbaar. De inzet van hulpverlening in het wijkteam hangt dus niet samen met de financiering van POH's.

**Tabel B.2 in de bijlage vergelijkt gemeenten die wel en gemeenten die geen POH's financieren op verschillende indicatoren van het gemeentelijk jeugdzorgbeleid.** De tabel laat zien dat beide groepen gemeenten een gelijksoortige wijkteambenadering hanteren en goed vergelijkbaar zijn voor wat betreft de kostendeling met andere gemeenten. Het financieren van een POH hangt dus niet sterk samen met andere beleidsinstrumenten.

## 3.2 Data over jeugdzorggebruik

**Voor gegevens over het jeugdzorggebruik maken we gebruik van de microdata van het CBS.** Omdat we niet alleen een vergelijking maken tussen gemeenten maar ook tussen de periode voor en de periode na de decentralisatie, bestaat onze dataperiode uit de jaren 2011 tot en met 2018. De data over de jaren 2015-2018, aangeleverd door zorgaanbieders, bevatten informatie op behandeltrajectniveau, maar niet alle behandeltrajecten die een cliënt in werkelijkheid ontvangt zijn terug te vinden in de CBS-data.<sup>21</sup> De data over de periode 2011-2014 bevatten voor een belangrijk deel van de jeugdzorg geen informatie op trajectniveau. Daarom vergelijken we gemeenten op basis van het aantal kinderen dat per jaar en per gemeente jeugdhulp

<sup>21</sup> Een traject is volgens de definitie van het CBS alle jeugdhulp van dezelfde jeugdhulpvorm die onderdeel is van één behandel- of hulpverleningsplan bij één aanbieder. Dus als meerdere activiteiten bij één aanbieder onderdeel uitmaken van één behandelplan of elkaar aansluitend opvolgen, wordt dit gezien als één traject. Verder geldt dat alle jeugdhulp die kinderen tijdens een traject met verblijf van de betreffende aanbieder ontvangen, onder een en hetzelfde traject – 'jeugdhulp met verblijf' – valt. De jeugdhulp die kinderen ontvangen tijdens een traject met verblijf door een andere aanbieder dan de aanbieder die het verblijf aanbiedt wordt gezien als een apart traject.

ontvangt. Dit zorgt voor een betrouwbare vergelijking van het jeugdzorggebruik tussen gemeenten en over de tijd.

**In de analyses met betrekking tot de inzet van POH's gebruiken wij ook data van Nivel over behandelingen in huisartspraktijken.** De dataset Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn is een steekproef van huisartspraktijken en bevat onder andere informatie over behandelingen die mensen bij de huisarts ontvangen.<sup>22</sup> Op basis van deze dataset kunnen wij achterhalen of een kind behandeld is door een POH en wat de onderliggende problematiek was. Deze dataset wordt vanwege de extra informatie over de inzet van POH's gebruikt voor robuustheidsanalyses.

**Voor de analyses selecteren wij alleen kinderen die jonger zijn dan 18 jaar.** Formeel gezien kan een jeugdige tot en met zijn of haar 23<sup>e</sup> levensjaar jeugdhulp ontvangen. Het komt echter niet vaak voor dat iemand na zijn of haar 18<sup>e</sup> nog jeugdhulp ontvangt en gebeurt met name om lopende trajecten af te ronden. In de data over de jaren 2011-2014 is het niet mogelijk om eenduidig te bepalen welke jeugdigen tussen de 18 en 23 jaar oud onder de huidige Jeugdwet zouden vallen. Dit geldt vooral voor de jeugd-ggz. Voor 18-minners is wel eenduidig vast te stellen of zij onder de Jeugdwet zouden vallen.

**De data laten een forse daling van het jeugdhulpgebruik zien in 2014 (zie ook figuur 2.1).**<sup>23</sup> Het CBS stelt dat dit het gevolg is van een registratieprobleem bij de jeugd-ggz.<sup>24</sup> Anticiperend op de decentralisatie werden er in 2014 weinig nieuwe Diagnose Behandelcombinaties (DBC's) gestart, maar liet men de 2013 DBC's doorlopen tot in 2014. De 2013 DBC's zijn niet terug te vinden in de 2014 data, omdat alle zorg die werd geleverd met terugwerkende kracht is geboekt in 2013. Dit zorgt voor een ogenschijnlijke verlaging van het jeugdhulpgebruik in 2014. De statistische analyses in het volgende hoofdstuk zijn ook zonder het jaar 2014 gedaan en dat leidt niet tot kwalitatief andere uitkomsten.

**Diverse onregelmatigheden in de microdata over jeugdhulpgebruik zijn aangepast.** Zorgaanbieders leveren informatie over behandeltrajecten van een specifiek jaar in sommige gevallen pas in de jaren erna aan bij het CBS. Om deze reden is de begindatum van een traject leidend voor de tellingen en niet het jaar van aanlevering. Daarnaast is in sommige gevallen geen informatie aangeleverd over de einddatum van een specifiek traject. Sommige trajecten staan nog open, maar komen niet meer terug in de databestanden in latere jaren. Om te voorkomen dat trajecten onterecht worden meegeteld in latere jaren, wordt het laatste jaar waarin het traject is geobserveerd gezien als eindjaar.

## 4 Empirische analyse

### 4.1 Hulpverlenende wijkteams

**In deze sectie vergelijken we het jeugdzorggebruik in de tweede lijn in gemeenten die een of meerdere hulpverlenende teams hebben met gemeenten zonder hulpverlenende teams.** Tot laatstgenoemde categorie behoren gemeenten die een wijkteam hebben dat niet aan hulpverlening doet en gemeenten die

---

<sup>22</sup> Deze studie is goedgekeurd volgens de governance code van Nivel Zorgregistraties, onder nummer NZR-00320.015. Het gebruik van gegevens uit elektronische patiëntendossiers, zoals verzameld door Nivel Zorgregistraties eerste lijn, is onder bepaalde voorwaarden toegestaan, zonder dat van iedere afzonderlijke patiënt daarvoor toestemming wordt gevraagd of dat toetsing door een medisch ethische commissie heeft plaatsgevonden (art. 24 UAVG jo art. 9.2 sub j AVG).

<sup>23</sup> In de bijlage valt te lezen hoe we in de data onderscheid hebben gemaakt tussen vrijtoegankelijke jeugdhulp en jeugdhulp in de tweede lijn.

<sup>24</sup> Zie Bakker (2018).

überhaupt geen wijkteam hebben. Uit onze survey blijkt dat 64% van de gemeenten wijkteams inzet die zelf hulpverleners. In het vervolg noemen we deze teams ook wel ‘hulpverlenende teams’. Allereerst gaan we na of deze twee soorten gemeenten qua achtergrondkenmerken en zorggebruik vóór de decentralisatie goed vergelijkbaar zijn. Mocht dat namelijk niet het geval zijn, dan valt niet goed vast te stellen of eventuele verschillen in het jeugdzorggebruik ná 2015 gedreven worden door de wijkteamaanpak of door andere factoren waarop gemeenten verschillen.

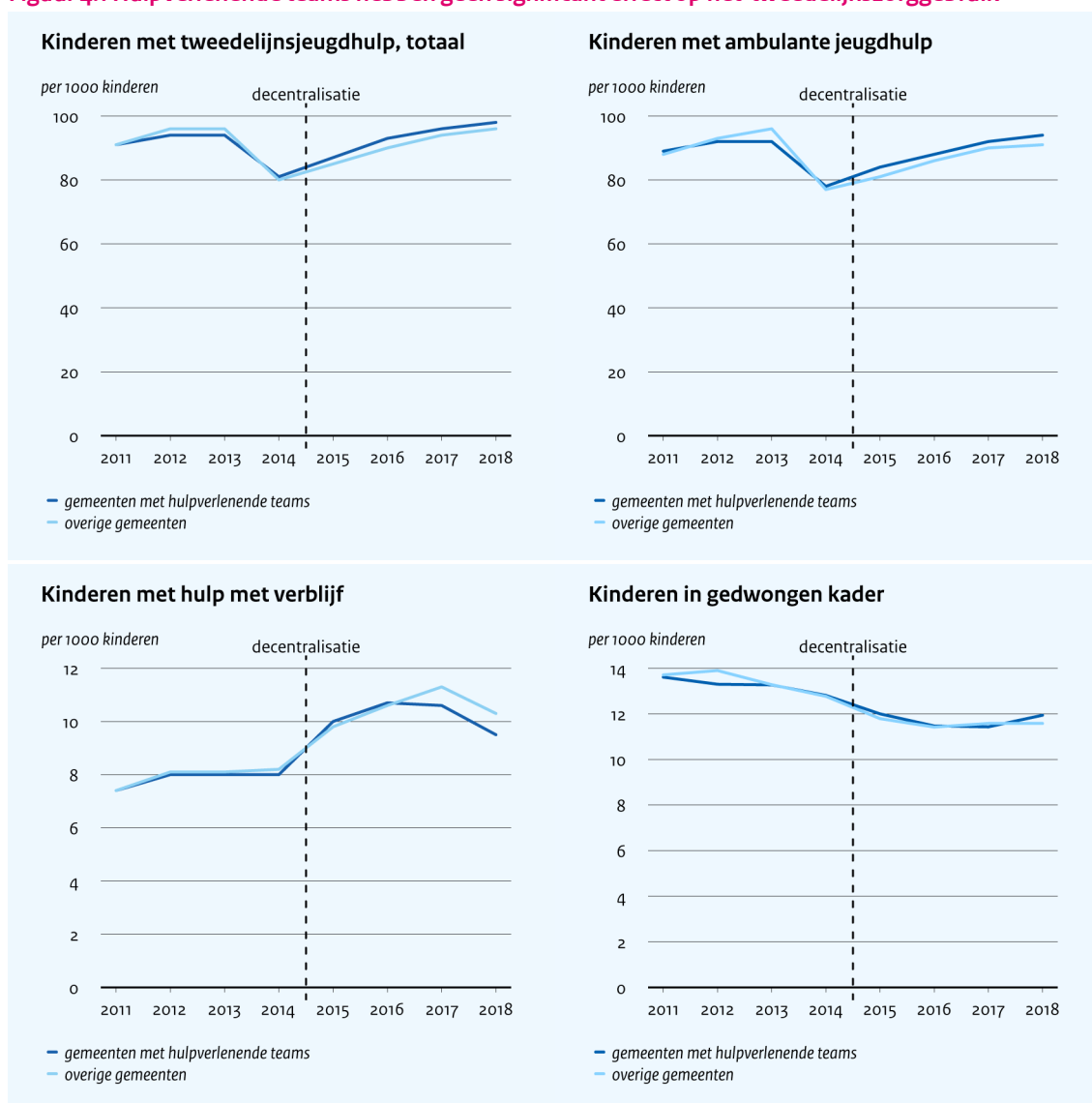
**Tabel 4.1 laat zien dat gemeenten met hulpverlenende wijkteams goed vergelijkbaar zijn met de overige gemeenten op verschillende achtergrondkenmerken.** Zo verschillen beide groepen niet significant op totaal inwoneraantal, gemiddeld besteedbaar inkomen, percentage jongeren, percentage inwoners met een niet-westerse migratieachtergrond en percentage inwoners met een bijstands- of Wajonguitkering. Uiteraard gaat het hier om de gemiddelden voor beide groepen; binnen de groepen is er een redelijke mate van variatie tussen gemeenten. Verder laat figuur 4.1 zien dat het gemiddelde jeugdzorggebruik vóór de decentralisatie voor beide groepen gemeenten nagenoeg gelijk was. Dit geldt voor zowel ambulante jeugdhulp als jeugdhulp met verblijf en maatregelen in het gedwongen kader. Tot slot komt uit de survey naar voren dat beide groepen gemeenten redelijk tot goed vergelijkbaar zijn op andere aspecten van het jeugdzorgbeleid (zie vorig hoofdstuk).

**Tabel 4.1 Kenmerken voor gemeenten met hulpverlenende teams en voor overige gemeenten**

	Gemeenten met hulpverlenende wijkteams	Gemeenten zonder hulpverlenende wijkteams	P-waarden
Totale bevolking (aantal)	43.404	45.142	0,78
Jonger dan 15 (%)	16,1	16,1	0,98
Huishouden met kind (%)	35,8	35,7	0,10
Gemiddeld besteedbaar inkomen (1000 euro)	44,7	46,3	0,85
Niet-westerse migranten (%)	6,8	7,0	0,81
Personen in bijstand (%)	1,3	1,4	0,33
Personen in Wajong (%)	1,2	1,2	0,85

<sup>1</sup> op basis van een onafhankelijke t-toets.

**Figuur 4.1 Hulpverlenende teams hebben geen significant effect op het tweedelijnszorggebruik**



Bron: eigen bewerking op basis van CBS-microdata.

**Figuur 4.1 toont dat ook na 2015 beide groepen gemeenten een vergelijkbaar jeugdzorggebruik hebben.** Dat geldt voor zowel het totaal als voor hulp zonder verblijf en hulp met verblijf afzonderlijk. Ook is het aantal kinderen dat zorg in het gedwongen kader ontvangt voor beide groepen nagenoeg gelijk. Een formele analyse – de zogenaemde ‘verschil-in-verschillenmethode’ (*difference-in-differences*)<sup>25</sup> – laat voor alle verschillende zorgtypen dan ook zien dat er geen significant effect is van hulpverlening in het wijkteam op het tweedelijnsgebruik; zie tabel B.3 in de bijlage voor de regressieresultaten.<sup>26</sup> Het is mogelijk dat deze uitkomst het netto-effect is van twee effecten die tegen elkaar in werken: aan de ene kant komen hulpverlenende wijkteams meer kinderen met een probleem op het spoor en aan de andere kant verwijst het wijkteam een kind minder snel door naar de tweede lijn. Onze analyse geeft geen uitsluitsel of dit inderdaad het geval is.

<sup>25</sup> Zie [Van Eijkel e.a. \(2019\), p. 31](#) voor een nadere uitleg van deze methode.

<sup>26</sup> Als robuustheidsanalyse hebben we de analyse uitgevoerd met weglating van de gemeenten die in de survey hebben vermeld dat zij in de periode 2015-2019 de wijkteamaanpak wezenlijk gewijzigd hebben. Dit levert kwalitatief dezelfde uitkomsten op als de hoofdanalyse. Deze resultaten en alle andere uitkomsten van robuustheidsanalyses die we verderop bespreken, zijn op aanvraag beschikbaar.

## 4.2 Wijkteamintensiteit

Bovenstaande analyse suggereert dat de keuze om wel of niet hulpverlenende wijkteams in te zetten *an sich* geen effect heeft op het aantal kinderen dat tweedelijnszorg gebruikt. Onze surveyvraag hierover meet echter niet de intensiteit van hulpverlening in het wijkteam. Hoewel in de meeste gemeenten wijkteams ondersteuning bieden, zijn er tussen gemeenten wel verschillen in de frequentie waarmee dit type hulp wordt ingezet. Dit kan het gevolg zijn van bewuste beleidskeuzes, maar het komt ook voor dat lange wachtlijsten of bureaucratie ertoe leiden dat wijkteams minder hulp verlenen dan oorspronkelijk beoogd was.<sup>27</sup>

**Om na te gaan of de hoeveelheid wijkteamhulp binnen een gemeente invloed heeft op het gebruik van tweedelijnszorg, maken we een onderverdeling van gemeenten op basis van CBS-data.** Alle gemeenten waarin de hoeveelheid vrijtoegankelijke hulp in het wijkteam meer dan 1 procent bedraagt van de totale ambulante jeugdhulp in de gemeente vallen in de ene groep; dit noemen wij gemeenten met een hoge 'wijkteamintensiteit'. Alle andere gemeenten vallen in de categorie 'lage wijkteamintensiteit'. De grenswaarde van 1 procent zorgt ervoor dat de groep gemeenten met een hoge wijkteamintensiteit voldoende groot is om zinvolle statistische analyses uit te kunnen voeren.<sup>28,29</sup>

**Gemeenten met een hoge wijkteamintensiteit hebben na de decentralisatie een wat minder sterke stijging in het tweedelijns jeugdhulpgebruik dan gemeenten met een lage wijkteamintensiteit.** Figuur 4.2 geeft dit weer. De verschillen tussen de twee groepen gemeenten zijn relatief het grootst voor hulp met verblijf en zorg in het gedwongen kader. In gemeenten met een hoge wijkteamintensiteit is het aantal kinderen met hulp met verblijf in 2018 11 procent hoger dan in 2013; in gemeenten met een lage wijkteamintensiteit is dit aantal gestegen met 25 procent. Voor wat betreft kinderen in het gedwongen kader gaat het om een daling van 15 procent in gemeenten met een hoge wijkteamintensiteit versus een daling van 9 procent in gemeenten met een lage wijkteamintensiteit. Tabel B.4 in de bijlage laat zien dat deze verschillen in zorggebruik ook statistisch significant zijn.

---

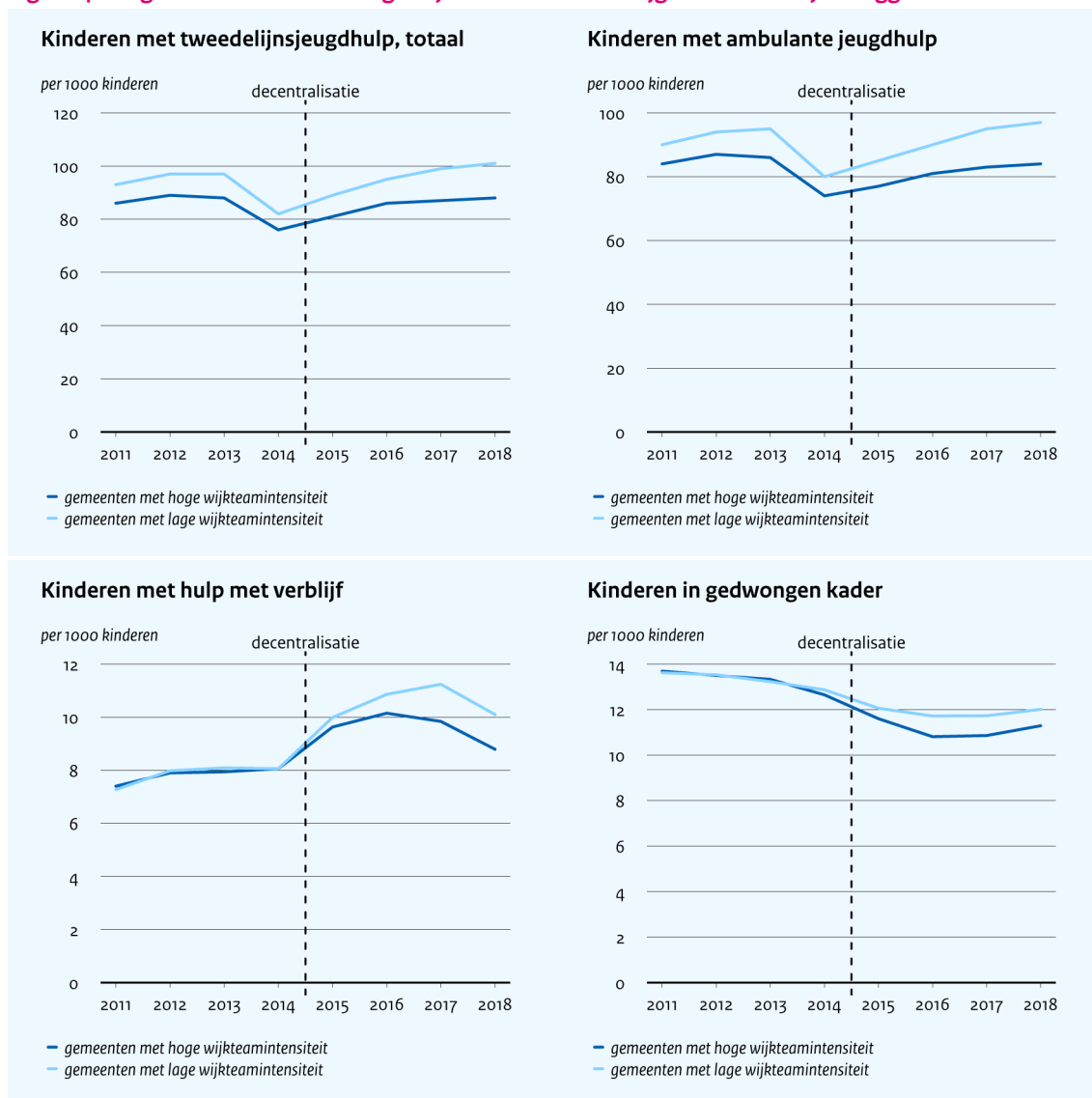
<sup>27</sup> Zie bijvoorbeeld [hier](#).

<sup>28</sup> We hebben verschillende manieren toegepast om een onderverdeling te maken tussen gemeenten met een hoge en met een lage wijkteamintensiteit. Zo hebben we een alternatieve onderverdeling gemaakt op basis van de hoeveelheid vrijtoegankelijke hulp in het wijkteam per 1000 kinderen in de gemeente. Ook hebben we een analyse uitgevoerd waarbij de 25% gemeenten met de relatief hoogste hoeveelheid vrijtoegankelijke hulp in het wijkteam worden afgezet tegen de 25% gemeenten met de relatief laagste hoeveelheid vrijtoegankelijke hulp in het wijkteam. Alle verschillende manieren leveren een vergelijkbaar beeld op.

<sup>29</sup> In onze hoofdanalyse voor de wijkteamintensiteit nemen we alleen gemeenten mee die hebben deelgenomen aan de survey. In een robuustheidsanalyse nemen we alle Nederlandse gemeenten mee. Dit levert kwalitatief dezelfde uitkomsten op als de hoofdanalyse.



**Figuur 4.2 In gemeenten met een hoge wijkteamintensiteit stijgt het tweedelijnszorggebruik minder sterk**



Bron: eigen bewerking op basis van CBS-microdata.

### 4.3 Hulpverlening door een POH

**Gemeenten kunnen er ook voor kiezen praktijkondersteuners (POH) jeugd in huisartsenpraktijken te financieren.** In deze sectie laten we zien of, en in welke mate, de financiering van een of meerdere POH's in een gemeente heeft geleid tot een verandering van zorggebruik. We vergelijken de ontwikkeling van het aantal kinderen dat gebruik maakt van jeugdhulp of het gedwongen kader in gemeenten die vanaf 2015 wél POH's hebben gefinancierd met de ontwikkeling in gemeenten die geen POH's financieren. Hiertoe gaan we, net als voor gemeenten met en zonder hulpverlenende teams hierboven, eerst na of de twee groepen gemeenten vergelijkbaar zijn.

**Uit tabel 4.2 blijkt dat gemeenten die POH's financieren op enkele achtergrondkenmerken significant verschillen van gemeenten die geen POH financieren.** Gemeenten die POH's financieren hebben meer inwoners en een groter aandeel migranten met een niet-westerse achtergrond en mensen met een bijstandsuitkering. Deze verschillen zijn mogelijk een indicatie dat de socio-economische status van

gemeenten die POH's financieren lager is en deze gemeenten met (groot)stedelijke problematiek te maken hebben. Het verschil in gemiddeld inkomen is echter betrekkelijk klein. Verder verschillen de twee groepen gemeenten niet significant op andere achtergrondkenmerken, zoals het aandeel jongeren in een gemeente of het aandeel inwoners met een Wajonguitkering. Uit de survey uit blijkt dat beide groepen redelijk tot goed vergelijkbaar zijn voor wat betreft andere keuzes die betrekking hebben op het gemeentelijke jeugdzorgbeleid (zie vorig hoofdstuk).

**Tabel 4.2 Kenmerken voor gemeenten die POH's financieren en overige gemeenten**

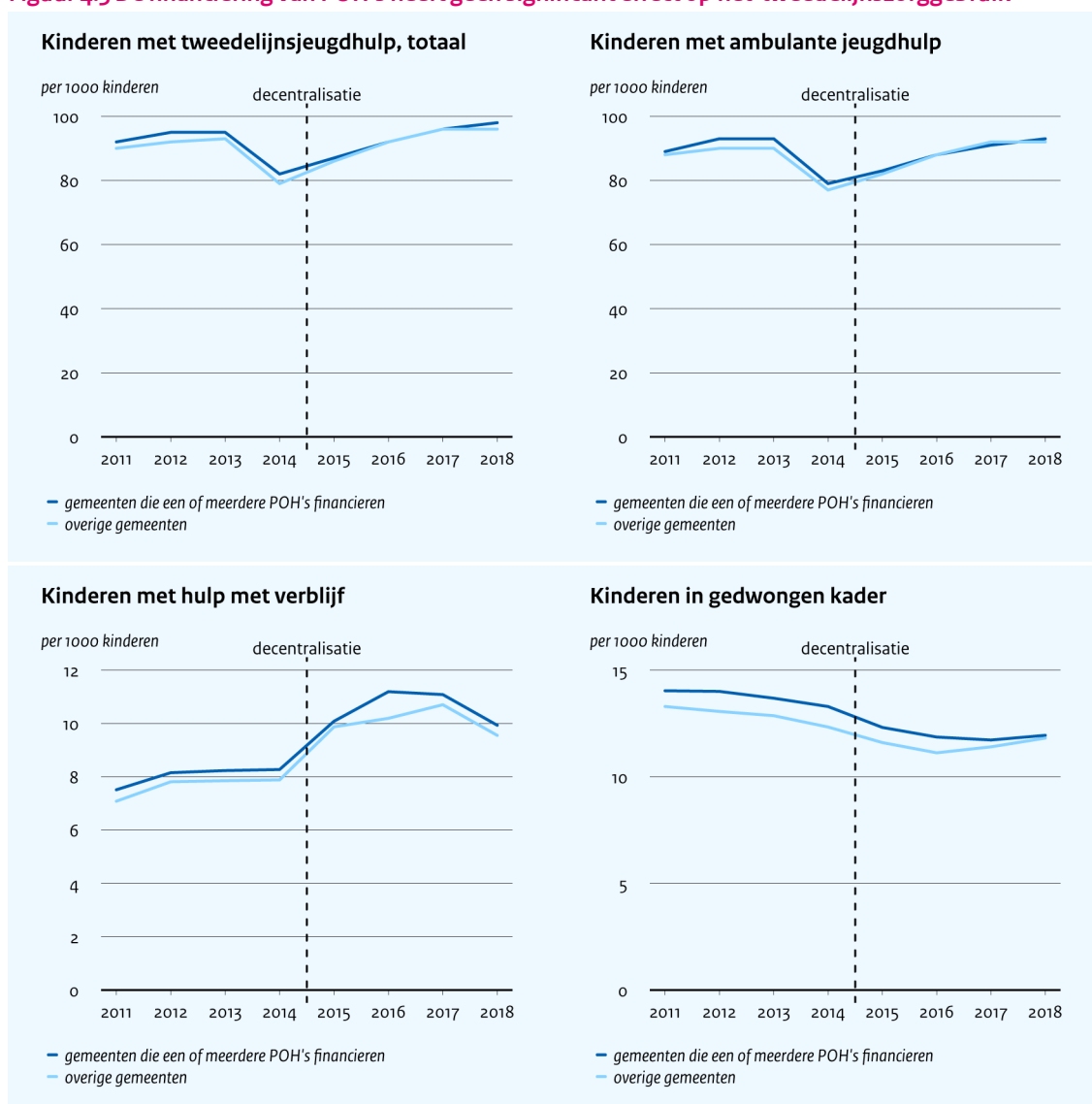
	Gemeenten die POH's financieren	Gemeenten die geen POH's financieren	P-waarden <sup>1</sup>
Totale bevolking (aantal)	50.350	35.986	0,02
Jonger dan 15 (%)	16,0	16,2	0,48
Huishouden met kind (%)	35,5	36,1	0,36
Gemiddeld besteedbaar inkomen (1000 euro)	44,9	45,5	0,48
Niet-westerse migranten (%)	7,5	6,1	0,05
Personen in bijstand (%)	1,4	1,3	0,04
Personen in Wajong (%)	1,2	1,2	0,52

<sup>1</sup> op basis van een onafhankelijke t-toets.

**Figuur 4.3** laat zien dat het jeugdzorggebruik vóór de decentralisatie gemiddeld gezien iets hoger is voor gemeenten die POH's financieren dan voor gemeenten die dat niet doen. Dat geldt zowel voor het totale jeugdzorggebruik, als ambulante jeugdhulp, hulp met verblijf en het gedwongen kader afzonderlijk. Deze verschillen zijn klein en komen mogelijk voort uit het feit dat inwoners van de gemeenten die POH's financieren gemiddeld een lagere socio-economische status hebben (zie tabel 4.2). Zolang de ontwikkeling van het jeugdzorggebruik voor 2015 vergelijkbaar is voor de twee typen gemeenten, is toepassing van de verschillenmethode nog steeds valide. Uit figuur 4.3 blijkt dat de ontwikkeling van het jeugdzorggebruik inderdaad zeer vergelijkbaar is voor beide typen gemeenten in de jaren voor de decentralisatie.<sup>30</sup>

<sup>30</sup> Deze aanname is ook statistisch getoetst met een 'parallele trends toets'. Deze toets bevestigt dat de ontwikkeling van het jeugdzorggebruik voor de decentralisatie niet statistisch verschillend is tussen de twee typen gemeenten.

**Figuur 4.3 De financiering van POH's heeft geen significant effect op het tweedelijnszorggebruik**



Bron: eigen bewerking op basis van CBS-microdata.

**Uit figuur 4.3 blijkt dat na de decentralisatie het verschil in het jeugdzorggebruik tussen de twee typen gemeenten iets kleiner wordt of verdwijnt; die verandering is echter niet statistisch significant.** Dit laatste blijkt uit de statistische verschil-in-verschillenanalyse; zie tabel B.5 in de bijlage. Dat betekent dat de financiering van POH's niet heeft geleid tot een significante verandering in het jeugdzorggebruik. Ook hier kunnen we niet uitsluiten dat deze uitkomst het resultaat is van twee tegengestelde effecten – de aanzuigende werking van POH's aan de ene kant en het minder snel doorverwijzen door huisartsen bij aanwezigheid van POH's aan de andere kant.

**Ook als we rekening houden met de hoeveelheid behandelingen die POH's hebben uitgevoerd per gemeente, vinden we dat POH's niet hebben geleid tot een verandering van het jeugdzorggebruik.** Bovenstaande analyse in figuur 4.3 houdt geen rekening met het feit dat er in sommige gemeenten veel kinderen bij een POH terechtkomen en bij andere gemeenten niet. Het is mogelijk dat alleen gemeenten waarin POH's relatief veel kinderen behandelen een afname van jeugdzorggebruik laten zien. Met behulp van gegevens van Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn berekenen we per gemeente hoeveel behandelingen POH's

hebben uitgevoerd.<sup>31</sup> Op basis hiervan selecteren we de 25% gemeenten met relatief gezien de meeste POH's-behandelingen (al dan niet gecorrigeerd voor de grootte van de gemeente).<sup>32</sup> Wanneer we deze gemeenten vergelijken we met gemeenten zonder POH, zien we geen significante verschillen in de ontwikkeling van het zorggebruik.

**Ook wanneer we gemeenten die pas later dan 2015 beginnen met de financiering van POH's uitsluiten van de analyse, vinden we geen verandering van het jeugdzorggebruik.** De surveyantwoorden bevatten informatie over eventuele veranderingen in het POH-beleid tussen 2015 en 2019. In gemeenten die later dan 2015 POH's zijn gaan financieren, kan een eventueel effect van een POH zich alleen vrij recent manifesteren. De analyse waarbij we deze gemeenten uitsluiten, toont dat onze hoofdresultaten robuust zijn voor veranderingen in het POH-beleid in de periode 2015-2019.

**Er zijn een aantal kanttekeningen bij de analyses van het effect van de financiering van POH's op het jeugdzorggebruik.** Het is mogelijk dat de financiering van POH's ten tijde van onze dataperiode nog niet breed was uitgerold binnen de gemeente. Een mogelijk effect van praktijkondersteuners wordt op gemeentelijk niveau dan niet opgepikt. Dit zou ook kunnen verklaren waarom enkele gemeenten al wel aangeven dat POH's tot een kostenbesparing leiden. Ten tweede kunnen we vanwege databeperkingen niet uitsluiten dat er in een gemeente wel een POH is die kinderen behandelt, maar niet gefinancierd wordt door de gemeente. Tot slot waren er in sommige gemeenten al vóór 2015 POH's actief. Hier houden we in onze analyses geen rekening mee. Naar verwachting is de impact van laatstgenoemde databeperking klein, omdat de ontwikkeling van het gebruik van de verschillende typen jeugdzorg voor en na de decentralisatie voor de twee groepen gemeenten weinig verschilt.

---

<sup>31</sup> De gegevens van Nivel bevatten niet alle huisartsenpraktijken in Nederland: het is een steekproef. Deze steekproef is representatief voor Nederland en er zit bijna voor elke gemeente in Nederland een huisartsenpraktijk in de dataset. Het echter wel mogelijk dat er POH's die behandelen in een gemeente niet in de steekproef zitten en dat gemeenten daardoor worden ingedeeld als gemeente waarin geen POH's behandelen.

<sup>32</sup> We selecteren gemeenten waarin *relatief*, ten opzichte van andere gemeenten, veel kinderen worden behandeld door een POH. Het kan echter zijn dat er in die gemeenten in absolute zin weinig kinderen worden behandeld, en dat we daarom geen verandering van jeugdzorggebruik vinden.

# Literatuur

AEF, 2019. Analyse Fonds tekortgemeenten. Wat vertellen de aanvragen? Utrecht.

Algemene Rekenkamer, 2018. Toegang tot de Wet langdurige zorg. Den Haag.

Bakker, Rudi, 2018. Jeugdzorg voor en na de Jeugdwet. Overzicht van het gebruik van jeugdzorg 2011-2016. Den Haag: CBS.

KMPG, 2020. Inzicht in besteding jeugdhulpmiddelen. Rotterdam.

Significant, 2019. Benchmarkanalyse uitgaven jeugdhulp in 26 gemeenten. Leren van overeenkomsten en verschillen in beleid en uitvoering jeugdhulp. Barneveld.

Spijk-de Jonge, Marieke, Marieke Boelhouwer, Pauline Geuijen, Marieke Zwaanswijk en Marike Serra, 2019. Jeugdhulp bij de huisarts. Onderzoek naar inzet en effect van de Praktijkondersteuner Jeugd. Assen: Accare Child Study Center.

Udo, Nikki, 2019. Samenwerking tussen huisarts en wijkteam. Jeugdprofessionals bij de huisarts: Praktijkkennis in beeld. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Van Eijkel, Remco, Sander Gerritsen en Wouter Vermeulen. De wijkteambenadering nader bekeken. Het effect van de inzet van wijkteams op Wmo-zorggebruik. Den Haag: Centraal Planbureau.

Van Yperen, Tom, Ans van de Maat en Joanka Prakken, 2019. Het groeiend jeugdzorggebruik. Duiding en aanpak. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

VNG, 2013. Sociale wijkteams in ontwikkeling. Inrichting, aansturing en bekostiging. Den Haag.

Zwaanswijk, Marieke, Pauline Geuijen, Marieke Boelhouwer, Marieke Spijk-de Jonge en Marike Serra, 2020. Verwijspatronen door praktijkondersteuners jeugd. Huisarts en wetenschap. 63:1-6.

# Bijlage: Overige tabellen

**Tabel B.1 Vergelijking tussen gemeenten met en zonder hulpverlenende teams op ander jeugdzorgbeleid**

in %	Geen wijkteam met hulpverlening	Wijkteam met hulpverlening	P-waarden <sup>3</sup>
Mensen kunnen zelf wijkteam benaderen voor jeugdhulpvragen? <sup>a</sup>			
<i>Ja, overall</i>	73,8	83,7	0,45
<i>Op sommige locaties</i>	0	7,1	
<i>Nee</i>	16,7	7,1	
<i>Niet ingevuld</i>	9,5	2,1	
Wijkteam actief de wijk in op zoek naar verborgen problematiek? <sup>a</sup>			
<i>Ja, overall</i>	19	23,4	0,04
<i>Op sommige locaties</i>	0	20,6	
<i>Nee</i>	71,4	53,9	
<i>Niet ingevuld</i>	9,5	2,1	
Wijkteamleden onder contract bij aanbieders van niet-vrijtoegankelijke jeugdhulp? <sup>1</sup>			
	6,1	12,7	0,00
Kostendeling jeugdhulp zonder verblijf? <sup>b</sup>			
<i>Ja, volledig</i>	6,2	12,8	0,30
<i>Ja, gedeeltelijk</i>	5	7,8	
<i>Nee</i>	78,8	77,3	
<i>Niet ingevuld</i>	10	2,1	
Kostendeling jeugdhulp met verblijf? <sup>2</sup>			
<i>Ja, volledig</i>	5	13,5	0,20
<i>Ja, gedeeltelijk</i>	23,8	24,8	
<i>Nee</i>	61,3	60,3	
<i>Niet ingevuld</i>	10	1,4	
Financiering van POH?	59,1	54,3	0,64

<sup>1</sup> percentages betreffen alleen de gemeenten die een wijkteam hebben (n=183), geen (n=42) en wel (n=141) hulpverlening.  
<sup>2</sup> percentages betreffen alle gemeenten die de survey hebben ingevuld (n=221), geen (n=80) en wel (n=141) hulpverlening.  
<sup>3</sup> op basis van een chi-kwadraattoets.

**Tabel B.2 Vergelijking tussen gemeenten die wel of geen POH financieren op ander jeugdzorgbeleid**

in %	Geen financiering POH	Financiering POH	P-waarden
Mensen kunnen zelf wijkteam benaderen voor jeugdhulpvragen?			0,41
<i>Ja, overal</i>	77,3	65,6	
<i>Op sommige locaties</i>	1,7	8,6	
<i>Nee</i>	6,7	8,6	
<i>Niet ingevuld</i>	14,3	17,2	
Wijkteam actief de wijk in op zoek naar verborgen problematiek?			0,04
<i>Ja, overal</i>	21,8	20,4	
<i>Op sommige locaties</i>	16,8	9,7	
<i>Nee</i>	47,1	52,7	
<i>Niet ingevuld</i>	14,3	17,2	
Wijkteamleden onder contract bij aanbieders van niet-vrijtoegankelijke jeugdhulp?	8,8	14,1	0,32
Kostendeling jeugdhulp zonder verblijf?			
<i>Ja, volledig</i>	12,6	8,6	
<i>Ja, gedeeltelijk</i>	6,7	7,5	
<i>Nee</i>	78,2	82,8	
<i>Niet ingevuld</i>	2,5	1,1	
Kostendeling jeugdhulp met verblijf?			0,62
<i>Ja, volledig</i>	12,6	8,6	
<i>Ja, gedeeltelijk</i>	24,4	26,9	
<i>Nee</i>	61,3	63,4	
<i>Niet ingevuld</i>	1,7	1,1	
Hulpverlenende wijkteams?	70,3	66,1	0,64

<sup>1</sup> percentages betreffen alleen de gemeenten die een wijkteam hebben (n=183), geen (n=42) en wel (n=141) hulpverlening.  
<sup>2</sup> percentages betreffen alle gemeenten die de survey hebben ingevuld (n=221), geen (n=80) en wel (n=141) hulpverlening.  
<sup>3</sup> op basis van een chi-kwadraattoets.

# Bijlage: Tweedelijns- en vrijtoegankelijke jeugdhulp in de data

**Wij richten ons op verschillen in het aantal kinderen met jeugdhulp in de tweede lijn.** De data van na 2015 bevatten informatie over de verwijzer van een specifiek traject. Alle trajecten die de duiding ‘geen’ hebben bij de verwijzer zijn vrijtoegankelijke jeugdhulptrajecten en zijn logischerwijs niet meegenomen in de telling van tweedelijns hulp. In de data van voor 2015 is geen informatie beschikbaar over vrijtoegankelijke jeugdhulp. Naast beleidsinhoudelijke redenen om tweedelijns hulp te vergelijken is er dus ook een methodologische grondslag voor deze keuze.

**Wij onderscheiden twee vormen van jeugdhulp in de tweede lijn, namelijk ambulante jeugdhulp en jeugdhulp met verblijf.** Deze onderverdeling volgt uit de operationalisering van het CBS vanaf 2015<sup>33</sup>. Onder ambulante jeugdhulp in de tweede lijn scharen wij alle jeugdhulp die een jeugdige ontvangt van een zorgaanbieder waar het kind niet verblijft. Jeugdhulp die in het wijkteam of in het netwerk van de jongere plaatsvindt, waarvoor een verwijzing nodig is, valt ook onder ambulante jeugdhulp in de tweede lijn. We onderscheiden ook jeugdhulp met verblijf. Het gaat hier om pleegzorg, gezinsgerichte interventies waarbij het kind bij de aanbieder verblijft, plaatsing in een gesloten instelling en andere vormen van jeugdhulp, anders dan het hiervoor genoemde, waar het kind niet thuis verblijft.

---

<sup>33</sup> De data over jeugdhulpgebruik van voor 2015 staat niet in hetzelfde format als de data na 2015. Wij maken hier gebruik van data over provinciale jeugdzorg, niet-somatische zorg die toen onder de Zvw en AWBZ viel. Om de data over beide perioden te harmoniseren hebben wij de vertaalsleutel van het CBS gebruikt, zoals beschreven in (Bakker, 2018).



# Bijlage: regressieresultaten

**Tabel B.3 Uitkomsten van de verschil-in-verschillenmethode voor hulpverlenende wijkteams**

Type jeugdzorg	Tweedelijnsjeugdhulp, totaal	Ambulante jeugdhulp	Hulp met verblijf	Gedwongen kader
Verschil in gemeente met hulpverlenend wijkteam ten opzichte van een overige gemeente in jaar:				
2015	2,39 (1,82)	2,72 (1,79)	0,22 (0,54)	0,38 (0,36)
2016	2,75 (2,05)	2,63 (2,03)	0,23 (0,59)	0,22 (0,43)
2017	1,91 (2,37)	2,08 (2,34)	-0,54 (0,68)	0,02 (0,50)
2018	2,36 (2,52)	2,59 (2,54)	-0,68 (0,70)	0,53 (0,51)
Vaste jaareffecten	Ja	Ja	Ja	Ja
Vaste gemeente-effecten	Ja	Ja	Ja	Ja
Constante	Ja	Ja	Ja	Ja
Aantal observaties (gemeentejaarcombinaties)	1712	1712	1712	1712
w.v. gemeenten met hulpverlenend wijkteam	1120	1120	1120	1120
w.v. overige gemeenten	592	592	592	592
R <sup>2</sup>	0,76	0,74	0,81	0,87
Opmerkingen: alle coëfficiënten geven verschillen per 1000 kinderen weer. Zo hebben gemeenten met hulpverlenende wijkteams in 2015 per 1000 kinderen 2,39 méér kinderen in tweedelijnsjeugdhulp dan gemeenten zonder hulpverlenende teams. De robuuste standaardfouten zijn geclusterd op gemeenteniveau en weergegeven tussen haakjes. De sterren geven aan of een coëfficiënt significant is, en op welk niveau: coëfficiënten met *** zijn het significant op 1% (de p-waarde is kleiner dan 0.01), coëfficiënten met ** significant op 5% (p-waarde is kleiner dan 0.05) en coëfficiënten met * zijn significant op 10% (p-waarde kleiner dan 0.1). Andere coëfficiënten zijn beschikbaar op aanvraag.				

**Tabel B.4 Uitkomsten van de verschil-in-verschillenmethode voor wijkteamintensiteit**

Type jeugdzorg	Tweedelijnsjeugdhulp, totaal	Ambulante jeugdhulp	Hulp met verblijf	Gedwongen kader
Verschil in gemeente met hoge wijkteamintensiteit ten opzichte van een overige gemeente in jaar:				
2015	-0,05 (1,43)	-0,26 (1,45)	-0,33 (0,44)	-0,43 (0,38)
2016	-1,46 (1,78)	-1,45 (1,81)	-0,68 (0,51)	-0,89** (0,44)
2017	-4,63** (2,27)	-4,44* (2,33)	-1,37** (0,56)	-0,84* (0,51)
2018	-5,59** (2,65)	-5,36** (2,71)	-1,28** (0,55)	-0,70 (0,55)
Vaste jaareffecten	Ja	Ja	Ja	Ja
Vaste gemeente-effecten	Ja	Ja	Ja	Ja
Constante	Ja	Ja	Ja	Ja
Aantal observaties (gemeentejaarcombinaties)	1768	1768	1768	1768
w.v. gemeenten met hoge wijkteamintensiteit	544	554	544	544
w.v. overige gemeenten	1224	1224	1224	1224
R <sup>2</sup>	0,77	0,75	0,81	0,87
Opmerkingen: alle coëfficiënten geven verschillen per 1000 kinderen weer. De robuuste standaardfouten zijn geclusterd op gemeenteniveau en weergegeven tussen haakjes. De sterren geven aan of een coëfficiënt significant is, en op welk niveau: coëfficiënten met *** zijn het significant op 1% (de p-waarde is kleiner dan 0.01), coëfficiënten met ** significant op 5% (p-waarde is kleiner dan 0.05) en coëfficiënten met * zijn significant op 10% (p-waarde kleiner dan 0.1). Andere coëfficiënten zijn beschikbaar op aanvraag.				

**Tabel B.5 Uitkomsten van de verschil-in-verschillenmethode voor praktijkondersteuners**

Type jeugdzorg	Tweedelijnsjeugdhulp, totaal	Ambulante jeugdhulp	Hulp met verblijf	Gedwongen kader
Verschil in gemeente die een of meerdere POH's financiert ten opzichte van een overige gemeente in jaar:				
2015	-1,16 (1,30)	-1,20 (1,27)	-0,17 (0,48)	-0,14 (0,35)
2016	-1,74 (1,61)	-2,31 (1,60)	0,62 (0,52)	-0,12 (0,42)
2017	-2,43 (1,98)	-2,85 (1,99)	-0,01 (0,59)	-0,54 (0,47)
2018	-0,93 (2,35)	-1,34 (2,37)	0,01 (0,62)	-0,72 (0,52)
Vaste jaareffecten	Ja	Ja	Ja	Ja
Vaste gemeente-effecten	Ja	Ja	Ja	Ja
Constance	Ja	Ja	Ja	Ja
Aantal observaties (gemeentejaarcombinaties)	1696	1696	1696	1696
w.v. gemeenten die POH's financieren	952	952	952	952
w.v. overige gemeenten	744	744	744	744
R <sup>2</sup>	0,81	0,79	0,81	0,87
Opmerkingen: alle coëfficiënten geven verschillen per 1000 kinderen weer. De robuuste standaardfouten zijn geclusterd op gemeenteniveau en weergegeven tussen haakjes. De sterren geven aan of een coëfficiënt significant is, en op welk niveau: coëfficiënten met *** zijn het significant op 1% (de p-waarde is kleiner dan 0.01), coëfficiënten met ** significant op 5% (p-waarde is kleiner dan 0.05) en coëfficiënten met * zijn significant op 10% (p-waarde kleiner dan 0.1). Andere coëfficiënten zijn beschikbaar op aanvraag.				