

Registratie: 2026.36.018

Datum: 14 april 2026

Aan de voorzitter van de raad,

Steller vragen: Mariëlle Verdouw (SAMEN)

Onderwerp: Taskforce sociaal domein

Het college / de burgemeester* wordt verzocht de volgende vragen schriftelijk te beantwoorden:

1. Kan het college toelichten waar de kosten binnen de top 10 zorggebruikers uit bestaan, of het hierbij gaat om jeugdigen, volwassenen of beide, en wat deze casussen zo kostbaar maakt?
2. Komen deze casussen al zwaar binnen, of worden ze in de loop van de tijd zwaarder en duurder? En had in deze situaties eerder lichtere ondersteuning ingezet kunnen worden?
3. Ziet het college een relatie tussen verwijzingen via huisartsen en deze dure zorgtrajecten? En zo ja, op welke manier?
4. Hoe wordt ervoor gezorgd dat huisartsen beter gebruik kunnen maken van het lokale aanbod, zoals jongerenwerk en wijkteams?
5. Wat leert het college van deze casussen en welke concrete verbeteringen worden doorgevoerd?
6. Landelijk spreken huisartsenorganisaties hun zorgen uit over het beperken van het verwijfsrecht, met name vanwege mogelijke vertraging en risico's voor kwetsbare jongeren. Hoe kijkt het college naar deze zorgen?
7. Deelt het college de zorg dat extra stappen via lokale teams kunnen leiden tot vertraging in de hulpverlening? En hoe wordt in onze gemeente geborgd dat jongeren met acute of complexe problematiek snel passende hulp krijgen?
8. Kan het college, binnen de privacyregels, enkele korte voorbeelden geven van situaties waarin een verwijzing via de huisarts niet goed aansloot en hoe dit anders had gekund?

Toelichting:

Tijdens de commissie Samenleving van 7 april jl. heeft de Taskforce Sociaal Domein een toelichting gegeven op de ontwikkeling van de zorgkosten. Daarbij werd aangegeven dat een kleine groep zorggebruikers, een top 10, samen meer dan 2 miljoen euro per jaar aan zorg kost. Ook is gesproken over de rol van huisartsen bij de instroom in de jeugdzorg en de beperkte invloed die de gemeente daarop heeft. Tegelijkertijd speelt landelijk de discussie over het mogelijk beperken van het verwijfsrecht van artsen. De fractie van SAMEN wil beter begrijpen hoe deze onderwerpen samenhangen en waar mogelijkheden liggen om eerder en passender ondersteuning te bieden.

Datum beantwoording: 28-04-2026

Antwoord:

1. Kan het college toelichten waar de kosten binnen de top 10 zorggebruikers uit bestaan, of het hierbij gaat om jeugdigen, volwassenen of beide, en wat deze casussen zo kostbaar maakt?
[De top 10 bestaat alleen maar uit de inzet van jeugdhulp. Het grootste deel van deze kosten is](#)



gerelateerd aan verblijf (€1.518.000).

2. Komen deze casussen al zwaar binnen, of worden ze in de loop van de tijd zwaarder en duurder? En had in deze situaties eerder lichtere ondersteuning ingezet kunnen worden?

Over het algemeen zijn deze jeugdigen al langer dan 5 jaar in beeld en is de zorg in de loop van de tijd geïntensiveerd. Wanneer kinderen ouder worden is het ook leeftijdsgebonden dat de problematiek heftiger wordt. Dit maakt dat de invloed van ouders en daarmee de draagkracht afneemt. De zorg die dan nodig is, is duurder. Bijvoorbeeld bij een kind van 4 met escalierend gedrag kunnen de ouders thuis wel handelen. Bij een puber met agressie is dat lastiger. De trajecten om ouders hierin te steunen zijn intensief en kostbaar.

De drempel om hulp te vragen lijkt nog altijd hoger dan wenselijk, waardoor ouders nog vaak te lang wachten en de problematiek zwaarder wordt. Landelijk wordt sinds enkele jaren ingezet op kansrijke start, wat gericht is op de eerste 1.000 dagen van een kind (van conceptie tot 2 jaar). Dit is gericht op de ontwikkeling van het kind en ondersteuning van de ouders. Hiermee had het gezin in een vroeg stadium extra steun gekregen en een sterker netwerk om zich heen kunnen bouwen.

Daarbij is er een sterke samenhang tussen scheidingsproblematiek bij de ouders en inzet van jeugdhulp. In Geldrop-Mierlo wordt daarom sinds dit jaar ook ingezet op ondersteuning bij (complexe) scheidingen. Regionaal is de ervaring dat met deze preventieve inzet op den duur jeugdhulp voorkomen wordt.

3. Ziet het college een relatie tussen verwijzingen via huisartsen en deze dure zorgtrajecten? En zo ja, op welke manier?

Van de zorg die in 2025 voor deze groep (in de Top 10) is ingezet is maar € 24.000 beschikt door een huisarts, het college ziet dus geen directe relatie tussen de actuele verwijzingen en deze Top 10 duurste zorgtrajecten. In de voorgeschiedenis is wel te zien dat enkelen van hen via de huisarts voor het eerst jeugdhulp beschikt hebben gekregen. Wanneer de gemeente in die eerste fase direct betrokken was bij de maatwerkvoorziening had de gemeente meer mogelijkheden om regie te houden over de zorginzet van zorgaanbieders. Om deze betrokkenheid op het moment van beschikken in de toekomst te vergroten intensiveren we momenteel de samenwerking hierover met huisartsen.

4. Hoe wordt ervoor gezorgd dat huisartsen beter gebruik kunnen maken van het lokale aanbod, zoals jongerenwerk en wijkteams?

De meeste huisartsenpraktijken in Geldrop-Mierlo hebben een praktijkondersteuner huisartsen (POH) in de praktijk. Deze wordt middels een subsidie deels bekostigd vanuit de gemeente. De POH heeft nauwe contacten met andere partners in de wijk, zoals JGZ, onderwijs, gemeente en het aanbod in de sociale basis. Daarnaast zijn de huisartsen nauw betrokken bij de ontwikkeling van stevige lokale teams en de ontwikkeling van het lokaal preventieakkoord De Stap naar Gezonder.

5. Wat leert het college van deze casussen en welke concrete verbeteringen worden doorgevoerd?

Deze casuïstiek bevestigt het belang van vroegtijdig verstevigen van het netwerk rondom de jeugdige waarbij erkenning is voor ouders en hun opvoedvragen (normaliseren). Ook benadrukken deze casussen ook het belang van goede samenwerking met de partners..

6. Landelijk spreken huisartsenorganisaties hun zorgen uit over het beperken van het verwijsrecht, met name vanwege mogelijke vertraging en risico's voor kwetsbare jongeren. Hoe kijkt het college naar deze zorgen?

Hoewel we in andere gemeentes voorbeelden zien waarbij het verwijsrecht van de huisarts wordt beperkt, zetten wij in op het versterken van de samenwerking met de huisartsen. Hiermee willen we bereiken dat de huisarts voor lichte problematiek verwijst naar de gemeente of het voorliggend veld, in plaats van een zorgaanbieder, en dat de gemeente eerder betrokken wordt bij complexe casuïstiek.



7. Deelt het college de zorg dat extra stappen via lokale teams kunnen leiden tot vertraging in de hulpverlening? En hoe wordt in onze gemeente geborgd dat jongeren met acute of complexe problematiek snel passende hulp krijgen?

Bij zowel het CMD als het PlusTeam wordt nieuwe instroom getrieerd waarbij acute problematiek met voorrang wordt opgepakt. Met het stevige lokale team is het streven om de professionals in de gemeente nauwer met elkaar te laten samenwerken. Hierdoor wordt het geen extra stap, maar worden de lijntjes juist korter.

8. Kan het college, binnen de privacyregels, enkele korte voorbeelden geven van situaties waarin een verwijzing via de huisarts niet goed aansloot en hoe dit anders had gekund?

Er zijn meerdere voorbeelden waarbij huisartsen een jeugdige verwijzen naar een zorgaanbieder voor diagnostiek. De zorgaanbieder voert deze diagnostiek uit en ziet aanleiding om te starten met een behandeling. De huisarts wordt vaak tijdens de behandeling niet betrokken gehouden door de zorgaanbieder en de jeugdige of ouders weten niet wat zij mogen verwachten van de zorgaanbieder. Het gebeurt met enige regelmaat dat de jeugdige/ouders na een langdurige behandeling zich alsnog meldt bij de gemeente waarna blijkt dat er geen goede match was met de zorgaanbieder of behandeling. Er is dan dus al tijd verloren gegaan met het risico dat de problematiek verergert.

Ook zijn er voorbeelden waarbij huisartsen hebben verwezen voor enkelvoudige diagnostiek naar een zorgaanbieder waarna de situatie na wachttijd en een uitgebreide intake blijkt te vragen om intensievere/systemische inzet of brede diagnostiek wat deze zorgaanbieder niet kan leveren. De zorgaanbieder wijst het dossier dan af waarna een nieuwe verwijzing moet worden gedaan naar een andere zorgaanbieder. Vaak is daar dan uiteindelijk wel het Plusteam bij betrokken, maar als het Plusteam of CMD eerder betrokken was hadden zij direct een betere inschatting kunnen maken welke zorgaanbieder passend was voor de hulpvraag.