

# TNO Kwaliteit van Leven

**Preventie en Zorg**  
Wassenaarseweg 56  
Postbus 2215  
2301 CE Leiden

[www.tno.nl](http://www.tno.nl)

T 071 518 18 18  
F 071 518 19 10  
[info-zorg@tno.nl](mailto:info-zorg@tno.nl)

## TNO-rapport

**KvL/P&Z/2008.023**

**Quickscan Jeugdzorg Limburg**

Datum	maart 2008
Auteur(s)	Dr. M.E. van den Akker-van Marle Drs. M.H.C. Theunissen Dr. F.G. Öry
Opdrachtgever	Bureau Jeugdzorg
Projectnummer	031.12645
Aantal pagina's	47

Alle rechten voorbehouden. Niets uit dit rapport mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor onderzoeksopdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst.

Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belanghebbenden is toegestaan.

© 2008 TNO



## Samenvatting

In opdracht van Bureau Jeugdzorg Limburg en de provinciaal gefinancierde zorgaanbieders Xonar, Rubicon en de Mutsaersstichting heeft TNO een quickscan van de vraag naar en het aanbod van jeugdzorg uitgevoerd. Hiertoe is een kwantitatieve en een kwalitatieve analyse uitgevoerd.

In de kwantitatieve analyse is achtereenvolgens de zorgbehoefte, de zorgvraag, en de vraag naar en het aanbod van jeugdhulpverlening in kaart gebracht.

In de kwalitatieve analyse zijn de belangrijkste partijen uit het voorliggende veld ondervraagd op het gebied van hun verwijsgedrag, hun ervaringen met verwijzing naar Bureau Jeugdzorg en verwachte toekomstige ontwikkelingen. Verder zijn interviews gehouden met Bureau Jeugdzorg en de provinciaal gefinancierde zorgaanbieders Xonar, Rubicon, en de Mutsaersstichting.

De kwantitatieve en kwalitatieve analyse hebben geleid tot de volgende bevindingen:

*1. Er is een discrepantie tussen de zorgbehoefte en zorgvraag*

Uit landelijk epidemiologisch onderzoek blijkt dat 6-8% van de kinderen een ernstige stoornis heeft op psychosociaal gebied en dat er een risicogroep is van 20% van de kinderen. Deze gegevens betreffen de zorgbehoefte. Het percentage kinderen dat daadwerkelijk wordt aangemeld bij de Bureau Jeugdzorg, de zorgvraag, is lager. Gedeeltelijk kan dit terecht zijn omdat de problematiek door een stabiele thuissituatie of eerstelijns hulp ondervangen kan worden. Anderzijds zal actievere signalering in het voorliggende veld kunnen leiden tot het voorkomen van grote(re) problemen bij kinderen met psychosociale problemen.

*2. Het aantal aanmeldingen bij Bureau Jeugdzorg neemt af*

Oorzaak hiervan is enerzijds de hogere drempel die Bureau Jeugdzorg in de afgelopen jaren (o.a. door de Wet op de jeugdzorg) heeft opgeworpen. Waar Bureau Jeugdzorg zich in de eerste jaren na 2001 heeft geprofileerd als organisatie waarbij jeugdigen en hun ouders terecht konden voor alle vragen over en problemen bij opvoeden en opgroeien, richt Bureau Jeugdzorg zich in de laatste jaren met name op jeugdigen die in hun ontwikkeling worden bedreigd (en hun ouders). Anderzijds wordt door het voorliggende veld aangegeven dat Bureau Jeugdzorg door het voorliggende veld en ouders wordt gemeden vanwege de (associatie met) wachttijden en een negatief imago.

*3. Het aantal zorgaanspraken neemt toe*

Voor het verkrijgen van de benodigde geïndiceerde zorg zijn steeds vaker meerdere zorgaanspraken nodig. Dit wordt onder andere veroorzaakt door modularisering van het aanbod door de zorgaanbieders en doordat zorgaanbieders meerdere financieringsstromen inzetten voor de geboden zorg. Daarnaast wordt steeds duidelijker dat voor complexe problematiek een multi-focale aanpak vereist is waarbij naast het individuele kind ook het gezin en de school worden ondersteund. Dit leidt tot het opknippen van de zorgvraag in meerdere zorgaanspraken.

*4. De vraag naar jeugdhulpverlening is groter dan het aanbod van jeugdhulpverlening*

Uit een ruwe analyse waarin de vraag naar jeugdhulpverlening wordt vergeleken met het aanbod van behandeling blijkt dat het huidige aanbod niet voldoende is om aan de vraag te voldoen.

Het toekomstig aanbod van jeugdhulpverlening dient echter niet alleen gebaseerd te worden op de geconstateerde discrepantie, ook nieuwe hulpverleningsvormen dienen in overweging te worden genomen.

Op basis van de bevindingen in de kwantitatieve en kwalitatieve analyse worden de volgende aanbevelingen gedaan:

1. Inzet van gevalideerde signaleringsinstrumenten en training in het voorliggende veld
2. Uitbreiding van methodieken die ook de ouders en gezinsomgeving in kaart brengen
3. Motivering ouders voor aanmelding van kinderen bij Bureau Jeugdzorg
4. Uitbreiding van behandelmethodieken waarbij zowel het individuele kind of jongere, het gezin als de school tegelijk worden ondersteund.
5. Uniformering registraties en definities Jeugdzorg Limburg
6. Intensivering overleg over financiering van de jeugdzorg en Jeugd GGZ.

## Inhoudsopgave

	<b>Samenvatting</b> .....	<b>3</b>
<b>1</b>	<b>Opdracht</b> .....	<b>7</b>
<b>2</b>	<b>Kwantitatieve analyse</b> .....	<b>9</b>
2.1	Zorgbehoefte.....	9
2.2	Zorgvraag.....	14
2.3	Vraag naar aanbod van behandeling.....	18
<b>3</b>	<b>Kwalitatieve analyse</b> .....	<b>23</b>
3.1	Voorliggende veld.....	23
3.2	Bureau Jeugdzorg .....	28
3.3	Provinciaal gefinancierde zorgaanbieders .....	30
<b>4</b>	<b>Conclusies en aanbevelingen</b> .....	<b>33</b>
4.1	Conclusies.....	33
4.2	Aanbevelingen .....	38
	<b>Referenties</b> .....	<b>41</b>
	<b>Afkortingen</b> .....	<b>45</b>
	<b>Dankwoord</b> .....	<b>47</b>



# 1 Opdracht

TNO Kwaliteit van Leven is door Bureau Jeugdzorg Limburg en de provinciaal gefinancierde zorgaanbieders Xonar, Rubicon en de Mutsaersstichting gevraagd om een marktanalyse met betrekking tot de jeugdzorg uit te voeren in de provincie Limburg.

In overleg met de genoemde partijen is besloten hiertoe een kwantitatieve en een kwalitatieve analyse uit te voeren.

In de kwantitatieve analyse zijn 3 kengetallen geanalyseerd:

- a) het aantal kinderen in de provincie Limburg met psychosociale problematiek (zorgbehoefte)
- b) het aantal kinderen aangemeld bij Bureau Jeugdzorg (zorgvraag)
- c) het aantal kinderen doorverwezen door Bureau Jeugdzorg (vraag en aanbod behandeling)

In de kwalitatieve analyse zijn de belangrijkste partijen uit het voorliggende veld ondervraagd op het gebied van hun verwijsgedrag, hun ervaringen met verwijzing naar Bureau Jeugdzorg en verwachte toekomstige ontwikkelingen. Verder zijn interviews gehouden met Bureau Jeugdzorg en de provinciaal gefinancierde zorgaanbieders Xonar, Rubicon, en de Mutsaersstichting.

De opdracht kende een beperkte doorlooptijd. Bij de uitwerking van de opdracht heeft dit, in onderling overleg tussen de opdrachtgever en opdrachtnemer, geleid tot de beperking van de werkzaamheden tot een analyse van beschikbare gegevens met betrekking tot de zorgvraag en het zorgaanbod en het houden van enkele interviews met verschillende partijen in het voorliggende veld, terwijl idealiter (aanvullende) gegevensverzameling en een meer representatieve ondervraging van het voorliggende veld zouden zijn uitgevoerd. Het resultaat van het onderhavige onderzoek betreft dus eerder een quickscan van de vraag naar en het aanbod van jeugdzorg in Limburg, dan een complete marktanalyse. Ook een analyse van de zorgzwaarte, een belangrijk aspect van de zorgvraag en de aansluiting van het aanbod hierop, maakte geen deel uit van de opdracht. Tevens dient in aanmerking te worden genomen dat maar een deel van het veld van de jeugdzorg (n.l. het voorliggende veld, Bureau Jeugdzorg, provinciaal gefinancierde zorgaanbieders) is meegenomen in dit onderzoek. Voor een totaaloverzicht dient de grote keten van de jeugdzorg (dus inclusief geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg en justitiële jeugdinrichtingen) geanalyseerd te worden.





## 2 Kwantitatieve analyse

Er kunnen drie factoren worden onderscheiden die van invloed zijn op het gebruik van jeugdzorg (vgl. Sytéma et al. 2006): zorgbehoefte, zorgvraag, en behandelaanbod. Zorgbehoefte definiëren wij als het aantal jeugdigen in de leeftijd van 0-18 jaar met psychische en gedragsproblemen. Of behoefte aan zorg bij deze jongeren met problemen uitmondt in zorgvraag en behandeling gebruik is afhankelijk van een aantal filters (analoog aan Sytéma et al. 2006 en Goldberg & Huxley 1992)

Filters:

1. Voorliggende veld Bureau Jeugdzorg (BJZ)
2. BJZ
3. Organisaties jeugdhulpverlening en jeugd GGZ

Het voorliggende veld voor Bureau Jeugdzorg bestaat uit o.a. leerkrachten, jeugdgezondheidszorg, huisartsen, en algemeen maatschappelijk werk. Op basis van de ervaren problematiek wordt in het voorliggende veld in samenspraak met de ouders en eventueel de jeugdigen zelf een besluit genomen om al dan niet jeugdzorg in te schakelen. De eerste stap naar jeugdzorg is in principe aanmelding bij Bureau Jeugdzorg. Na aanmelding bij Bureau Jeugdzorg volgt een diagnostisch traject dat kan resulteren in een indicatiebesluit. Op grond hiervan heeft een cliënt recht op zorg en kunnen zorgaanpakken worden gedaan bij bijv. provinciaal gefinancierde zorgaanbieders of de jeugd GGZ. Afhankelijk van de beschikbaarheid en de passendheid van het aanbod van zorg bij deze organisaties kan zorgbehoefte dus uiteindelijk uitmonden in behandeling.

In het onderstaande wordt voor de provincie Limburg een kwantitatieve analyse gegeven van achtereenvolgens de zorgbehoefte, de zorgvraag en de vraag naar en het aanbod van behandelingen.

### 2.1 Zorgbehoefte

De inschatting van de behoefte aan jeugdzorg in de algemene populatie is gebaseerd op de prevalentie van het aantal jeugdigen met een hoge score op een gevalideerd instrument gemeten met behulp van epidemiologisch onderzoek. Hieraan ligt de veronderstelling ten grondslag dat jeugdigen met een hoge score op een gevalideerd instrument waarschijnlijk een gedrags- of psychische stoornis hebben. Deze veronderstelling kent wel beperkingen. Een deel van de jeugdigen kan ondanks een hoge score op een diagnostisch instrument in het dagelijks leven goed functioneren. Daarnaast zal er ook een groep jeugdigen zijn die ondanks een score die niet in de 'klinische range' van een diagnostisch instrument valt, zorgbehoefte heeft, bijvoorbeeld jeugdigen die in de jeugdzorg komen als gevolg van problemen van hun ouders, zoals verslaving, psychische afwijkingen en een gebrek aan cognitieve vaardigheden.

- 2.1.1 *Landelijke epidemiologische onderzoeken naar psychische problemen onder jeugdigen*  
De Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)-studie is een internationaal onderzoek dat vierjaarlijks wordt uitgevoerd onder auspiciën van de World Health Organisation. Het onderzoek gaat over gezondheid, welbevinden en risicogedrag van de schoolgaande jeugd van 11 tot en met 17 jaar en wordt inmiddels uitgevoerd in bijna dertig Europese en Noord-Amerikaanse landen en Israël. In 2001 namen in Nederland ruim 7.500 scholieren deel aan het onderzoek, en in 2005 ruim 7.100 scholieren. Bijna een kwart van de scholieren was afkomstig uit het basisonderwijs.

In 2001 is de Youth Self Report (YSR) afgenomen om probleemgedrag onder jongeren te meten. Op basis hiervan blijkt dat probleemgedrag veel voorkomt onder Nederlandse scholieren. Wanneer uitgegaan wordt van alle typen probleemgedrag dan valt 13,7% in de klinische range waarbij ondersteuning of professionele hulp gewenst zou zijn en 7,6% van de scholieren in het grensgebied. (Ter Bogt et al. 2003).

In 2005 is de Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) gebruikt om psychische problemen bij jongeren in kaart te brengen. Gemiddeld scoorde ruim 17% van de jongeren in het basisonderwijs en ruim 16% van de jongeren in het voortgezet onderwijs boven de in deze studie bepaalde afkappunten. Deze afkappunten zijn niet klinisch gevalideerd, maar de jongeren met scores boven de afkappunten betreffen wel jongeren met relatief veel problemen. Uit het onderzoek bleek dat oudere meisjes meer emotionele problemen hadden dan jongens, dat allochtone jongeren meer gedragsproblemen vertoonden en dat leerlingen met een lager onderwijsniveau een hoger probleemniveau manifesteren (Van Dorsselaer et al. 2007).

Verhulst en collega's hebben in 1983, 1993 en 2003 emotionele en gedragsproblemen gemeten bij 6 tot 16 jarigen met zowel de Child Behavior Checklists (CBCL) als de Teacher's Report forms (TRF). Voor elk onderzoek werden ruim 2.500 6-16 jarigen uit de algemene populatie geselecteerd (Verhulst et al 1997, Tick 2007). In 2003 had 22,0% van de kinderen een score binnen het borderline of klinische gebied gerapporteerd door de ouder (CBCL). Dit was een significante stijging ten opzichte van de jaren 1983 en 1993 toen respectievelijk 16,3% en 14,3% van de kinderen een afwijkend hoge score had. Leraarrapportages (TRF) laten een minder grote stijging zien van 15,4% in 1983, naar 17,0% in 1993 tot 19,0 % in 2003.

In het kader van de Peilingen in de Jeugdgezondheidszorg hebben Brugman et al. (1999) onderzoek gedaan naar de psychosociale gezondheid van kinderen en jeugdigen in 1997/1998. Per leeftijdsgroep (1-4 jarigen, 5-6 jarigen, 7-12 jarigen en 13-15 jarigen) hebben 1.300-2.000 ouders de CBCL ingevuld. Het percentage kinderen met een klinische probleemscore (bepaald volgens afkappunten van de auteurs van de Nederlandse versie) bedroeg voor de genoemde leeftijdsgroepen respectievelijk 6%, 8%, 9% en 9%.

Vogels en Reijneveld et al. hebben in verschillende onderzoeken vragenlijsten gebruikt door de Jeugdgezondheidszorg voor signalering van psychosociale problematiek, de Landelijke Signaleringslijst voor Psychosociale Problematiek bij Kleuters (LSPPK) en de Korte Indicatieve Vragenlijst voor Psychosociale problematiek bij Adolescenten (KIVPA) onderzocht met behulp van landelijke steekproeven. Bij vijfjarigen werd een percentage van 28% gerapporteerd met een score boven het afkappunt bij beoordeling van de LSPPK door de JGZ medewerker (Vogels et al. 2003) op basis van een landelijke steekproef van 1248 kinderen. In de totale groep vijfjarigen had 8% een totale probleemscore in het klinische gebied op de CBCL. Van 1.248 jongeren uit de tweede klas van het voortgezet onderwijs (14-15 jaar) had 19,6% een score op de KIVPA van 6 of hoger, hetgeen door de auteurs van deze vragenlijst als indicatie van psychosociale problematiek wordt gezien (Reijneveld et al. 2003).

In 2005 hebben het Sociaal en Cultureel Planbureau en TNO Kwaliteit van Leven onderzoek gedaan naar o.a. psychosociale problemen bij kinderen van 0-12 jaar (Zeijl et al. 2005). Het aantal kinderen met psychosociale problemen gesignaleerd door JGZ medewerkers varieert tussen 11% bij baby's van 14 maanden, 28% bij 5-6 jarigen en 21% van 8-12 jarigen. Er is hierbij gebruik gemaakt van een door TNO ontwikkelde vragenlijst voor de signalering psychosociale problemen door JGZ medewerkers. Over het algemeen zijn deze problemen licht van aard, 1-3% heeft zware problemen volgens de JGZ. Bij jongens worden vaker psychosociale problemen gesignaleerd dan bij meisjes.

Volgens de ouders heeft 4% van de kinderen van 14 maanden psychosociale problemen, voor kinderen van 3 jaar, 5-6 jaar en 8-12 jaar is dit een constant percentage van 6%. Dit is gemeten met behulp van de ITSEA (Infant Toddler Social and Emotional Assessment; jongere kinderen) en CBCL (oudere kinderen). Voor het bepalen van de afkappunten is gebruik gemaakt van de Amerikaanse afkappunten van de vragenlijsten (Carter en Briggs-Gowan, 2000; Achenbach en Rescorla, 2000; Achenbach en Rescorla, 2001)

- 2.1.2 *Regionale epidemiologische onderzoeken naar psychische problemen onder jeugdigen*  
De GGD'en doen periodiek onderzoek naar de psychosociale gezondheidstoestand van kinderen.
- De GGD Noord- en Midden Limburg heeft in de periode 2001-2003 gegevens over de psychosociale problemen verzameld in gemeenten in Noord-Limburg. Hierbij werd gebruik gemaakt van de LSPPK bij 5-jarigen en 7/8 jarigen. Voor de leerlingen uit de 3<sup>e</sup> klas van de middelbare school (14/15 jarigen) is gebruik gemaakt van de KIVPA (GGD NML 2005). Per item van de LSPPK (bijv. kan uw kind goed spelen met andere kinderen, vraagt uw kind regelmatig op een storende manier om aandacht) geeft 1-2% van de ouders van 5-jarigen aan dat ze zich veel zorgen maken om hun kind. Dit geldt ook voor de ouders van 7/8 jarigen.
- Bij 19% van de 2616 kinderen van 14/15 jaar was er een indicatie voor psychosociale problematiek volgens de score op de KIVPA. Dit percentage komt overeen met het percentage van 20% gerapporteerd door Reijneveld et al. (2003) op basis van de afname van de KIVPA in een landelijke steekproef van 1.440 adolescenten.
- Van deze 493 leerlingen in Noord en Midden Limburg met een indicatie voor psychosociale problematiek volgens score op de KIVPA wil 16% (78 kinderen) een gesprek met de jeugdarts of sociaal verpleegkundige, en 67 kinderen zonder indicatie willen een gesprek. In totaal willen 145 kinderen dus een gesprek, dit is 6% van de totale populatie.
- De GGD Oostelijk Zuid-Limburg heeft de psychosociale problematiek geschat op basis van bevindingen van de standaard preventieve gezondheidsonderzoeken (UBTP) in het schooljaar 2002-2003. In het reguliere basisonderwijs heeft 36% van de kinderen één of meer psychosociale problemen. In het voortgezet onderwijs bedraagt het percentage kinderen met psychosociale problematiek 28% (VMBO 31% en HAVO/VWO 27%). Bij 4% van de jeugdigen heeft de JGZ medewerker de psychosociale problemen als ernstig ingeschat.
- In het speciaal onderwijs heeft 63% van 512 onderzochte kinderen één of meer psychosociale problemen. In Limburg bezocht 6,9% van de kinderen in het primair basisonderwijs in 2006 het speciaal onderwijs (CBS, 2008a), dit is iets hoger dan het landelijke percentage van 6,4% (CBS, 2008a).
- De standaard preventieve gezondheidsonderzoeken zijn vrijwillig (de opkomst is 92%). Naar verwachting zijn jeugdigen met ernstige psychosociale problematiek in de groep jeugdigen die niet deelneemt oververtegenwoordigd. Daarnaast is het mogelijk dat ernstige problematiek niet naar voren komt bij de JGZ en/of de school. Anderzijds kunnen er door de JGZ ook problemen gesignaleerd worden die er niet zijn.

- 2.1.3 *Zorgbehoefte in Limburg*  
In tabel 2.1.1. zijn de bovenstaande gegevens samengevat.

Tabel 2.1.1. Overzicht resultaten epidemiologische studies naar psychosociale zorgbehoefte

Studie	Instrument	Peiljaar	Leeftijdsgroep	% jongeren boven afkappunt	
<i>Landelijk</i>					
HBSC	YSR	2001	11-17 jaar	13,7%	
	SDQ	2005	Basisonderwijs	17,4%	
		2005	Voortgezet onderwijs	16,4%	
Verhulst et al.	CBCL	1983	6-16 jaar	16,3%	
		1993	6-16 jaar	14,3%	
		2003	6-16 jaar	22,0%	
	TRF	1983	6-16 jaar	15,4%	
		1993	6-16 jaar	17,0%	
		2003	6-16 jaar	19,0%	
Brugman et al	CBCL	1997/1998	1-4 jaar	6%	
		1997/1998	5-6 jaar	8%	
		1997/1998	7-12 jaar	9%	
		1997/1998	13-15 jaar	9%	
Vogels en Reijneveld	LSPPK	2003-2004	5/6 jaar	28%	
	CBCL	2003-2004	5-6 jaar	8%	
	KIVPA	1997-1998	14-15 jaar	19,6%	
Kinderen in Nederland	ITSEA	2005	14 maanden	4%	
		CBCL	2005	3 jaar	6%
	GGD NML	KIVPA	2005	5-6 jaar	6%
			2005	8-12 jaar	6%
GGD OZL	Geen gevalideerd meetinstrument	2001-2003	14-15 jaar	19%	
GGD OZL	Geen gevalideerd meetinstrument	2002-2003	Regulier basisonderwijs	36%	
	Geen gevalideerd meetinstrument	2002-2003	Regulier voortgezet onderwijs	28%	
	Geen gevalideerd meetinstrument	2002-2003	Speciaal onderwijs	63%	

Vanwege de verschillen in vragenlijsten die gehanteerd zijn en verschillende afkappunten (klinische vs borderline, Amerikaans vs Nederlands), zijn de genoemde percentages moeilijk vergelijkbaar. De gerapporteerde percentages liggen tussen de 6% en 30%, met uitzondering van het percentage van 63% van de kinderen in het speciaal onderwijs waarbij door de JGZ psychosociale problematiek wordt vermoed. Er kan gesteld worden dat de 6-8% van de kinderen ernstige problemen heeft. Deze kinderen scoren in de klinische range van vragenlijsten. Voor deze kinderen is hulp noodzakelijk. De overige kinderen (ongeveer 20%) vormen een risicogroep. Voor de Limburgse regio is weinig informatie beschikbaar uit epidemiologische onderzoeken die vergelijkbaar is met landelijke gegevens. Het percentage jongeren van 14/15 jaar met psychosociale problematiek in de regio Noord Midden Limburg gebaseerd op de KIVPA is wel vergelijkbaar met landelijke gegevens (Vogels et al. 2003), resp. 19 vs 19,6%. Eerder onderzoek van Vogels (1992) liet zien dat er bij tweedeklas leerlingen in Oostelijk ZuidLimburg sprake was van meer psychosociale problematiek dan in vergelijkbaar onderzoek elders in het land.

Voor de overige leeftijdsgroepen en regio's kon deze vergelijking niet gemaakt worden omdat geen gebruik is gemaakt van een gevalideerd instrument (GGD OZL) of de gepresenteerde gegevens vergelijking met landelijke gegevens niet mogelijk maakte. Het was voor de GGD NML niet mogelijk om het hun resultaten van de LSPPK vergelijkbaar te presenteren met landelijke resultaten (Vogels et al. 2003). Wanneer andere indicatoren voor psychosociaal functioneren (o.a. jeugdcriminaliteit, roken, middelengebruik, kindermishandeling, jeugdwerkloosheid) in Limburg worden vergeleken met de Nederlandse populatie, wordt geen sterk afwijkend beeld geconstateerd (zie tabel 2.1.2). Ten opzichte van de Nederlandse bevolking is de jeugdwerkloosheid, het percentage kinderbeschermingsmaatregelen en rokers verhoogd. Een gedeelte van het verschil in rokers wordt wellicht verklaard door het verschil in definitie tussen het landelijke cijfer (dagelijks roken, Van Dorsselaer et al. 2007) en het Limburgse cijfer (roken, Jongerenonderzoek 2005). Voor de andere indicatoren scoort Limburg vergelijkbaar of lager dan de algemene populatie.

Tabel 2.1.2. Indicatoren voor psychosociaal functioneren in Limburg versus Nederland

Indicator	Landelijk	Limburg
Roken (% middelbare scholieren)*	8%	16%
Cannabisgebruik (% middelbare scholieren)*	7%	6%
Kinderbeschermingmaatregelen (% 0-17 jarigen)**	0,19%	0,28%
Jeugdcriminaliteit (% 12-21 jarigen)**	3,32%	2,96%
Jeugdwerkloosheid (% 16-24 jarigen)**	3,23%	4,24%
Kinderen in instituten (% 0- 17 jarigen)**	0,30%	0,36%
Kinderen in achterstandswijken (% 0-17 jarigen)**	16,5%	17,0%
Kinderen in uitkeringsgezin (% 0-17 jarigen)**	6,63%	6,07%
Kindermishandeling (% gemelde mishandelde 0-17 jarigen)**	0,44%	0,19%***
Schoolverzuim (% relatief verzuim 4-17 jarigen)**	1,55%	1,82%
Tiernermoeders(% 15-19 jarigen)**	0,86%	0,87%

\* Van Dorsselaer et al. 2007 en Jongerenonderzoek 2005

\*\* Kinderen in Tel 2007

\*\*\* Hierbij zijn zorgmeldingen door derden zoals deze door Bureau Jeugdzorg Limburg worden geregistreerd niet in beschouwing genomen

Op basis van de studies van Verhulst en Tick (Verhulst et al 1997, Tick 2007) lijkt er sprake van een lichte toename van de psychosociale problematiek in de tijd. Ouderrapporteringen laten hierbij een grotere toename zien dan de rapporteringen van de leerkrachten, resp. 5,7% vs 3,6% over een tijdsperiode van 20 jaar (1983-2003). Per jaar betekent dit een procentuele stijging van 1,1% vs 1,5%. Vergelijking van het percentage kinderen met een score in het klinische gebied van de CBCL in het onderzoek van Brugman et al. (1999) en het onderzoek "Kinderen in Nederland" (Zeijl et al. 2005), laat echter geen toename van psychosociale problematiek in de tijd zien, eerder een afname. Deze kan echter verklaard worden door het gebruik van Amerikaanse afkappunten in het onderzoek van Zeijl et al, die tot lagere percentages kinderen met psychosociale problematiek leiden dan de Nederlandse afkappunten gebruikt door Brugman et al.

In Limburg neemt het aantal kinderen in de leeftijdsgroep 0-18 jaar af. De CBS bevolkingsgegevens (CBS 2008b) laten vanaf 2002 een daling zien in het aantal jongeren van 0-18 jaar. In 2007 is die daling opgelopen tot 1,7% ten opzichte van 2006. Het Etil rapport (Derks et al. 2003) met bevolkingsprognoses voor de periode 2004-2035 verwacht een verdere jaarlijkse daling van de bevolking van 1,6% in de leeftijdsgroep 0-14 jaar en 0,5% voor de leeftijdsgroep 15-64 tot het jaar 2013.

Een procentuele toename in het aantal kinderen met psychosociale problematiek en een procentuele afname in de bevolkingsomvang hebben een tegengestelde invloed op het daadwerkelijke aantal kinderen met psychosociale problematiek. Uitgaande van een percentage kinderen met ernstige psychosociale problematiek van 6-8% betekent dat er in Limburg met 234.000 kinderen in de leeftijd van 0-18 jaar (CBS 2008b) 14.000-19.000 kinderen te maken hebben met ernstige psychosociale problematiek, daarnaast is er een risicogroep bestaande uit 47.000 kinderen.

In tabel 2.1.3. staan voor verschillende aannames over de afname in bevolking en toename van psychosociale problematiek, de gevolgen voor het jaarlijks aantal kinderen met psychosociale problematiek weergegeven.

Tabel 2.1.3. Gevolgen voor het aantal kinderen met psychosociale problematiek in Limburg van verschillende aanname voor de jaarlijkse afname in bevolking en toename van psychosociale problematiek

Afname in bevolking	Toename in psychosociale problematiek		
	0,0%	1,0%	1,5%
0	0,00%	1,00%	1,50%
0,5%	-0,50%	0,50%	0,99%
1,0%	-1,00%	-0,01%	0,48%
1,5%	-1,50%	-0,51%	-0,02%
2,0%	-2,00%	-1,02%	-0,53%

Als de bevolkingsafname procentueel even groot is als de procentuele toename van het aantal kinderen met psychosociale zorg dan blijft de groep kinderen met psychosociale problematiek in Limburg gelijk. Mocht de toename in psychosociale problematiek groter zijn dan de afname in de bevolking, dan groeit deze groep en vice versa.

Wanneer we aannemen dat de bevolking met 1,5% per jaar afneemt, en de psychosociale problematiek met 1% per jaar toeneemt, dan betekent dit een daling in het aantal kinderen met ernstige psychosociale problematiek van 70 kinderen per jaar en vermindering van de risicogroep met 240 kinderen per jaar.

## 2.2 Zorgvraag

De zorgbehoefte als beschreven in 2.1. kan leiden tot zorgvraag. Dit hoeft echter niet: in het voorliggende veld kan besloten worden, al dan niet terecht, om geen beroep te doen op de jeugdzorg of het voorliggende veld is niet bekend met de mogelijkheid om een beroep te doen op de jeugdzorg. Door een stabiele thuissituatie of bijvoorbeeld hulp via scholen, jeugd- of huisartsen kan de psychosociale problematiek van een deel van de kinderen ondervangen worden. Anderzijds kunnen er kinderen zijn die geen afwijkende score hebben op psychosociale vragenlijsten, maar wel in aanmerking komen voor jeugdzorg omdat zij in hun ontwikkeling bedreigd worden (te denken hierbij is aan kindermishandeling, ouders die over onvoldoende opvoedingsvaardigheden beschikken, ouders met relationele problemen). In deze paragraaf wordt de zorgvraag beschreven door het aantal aanmeldingen bij Bureau Jeugdzorg Limburg over de afgelopen jaren in kaart te brengen. Hierbij is uitgegaan van het aantal aanmeldingen met betrekking tot de jeugdhulpverlening (vrijwillig kader). Deze gegevens betreffen zorgmeldingen door derden (10% van aantal aanmeldingen in 2007). Daarbij kan er sprake zijn van dubbeltellingen, bijvoorbeeld doordat een zorgmelding door derden uiteindelijk een aanmelding wordt.

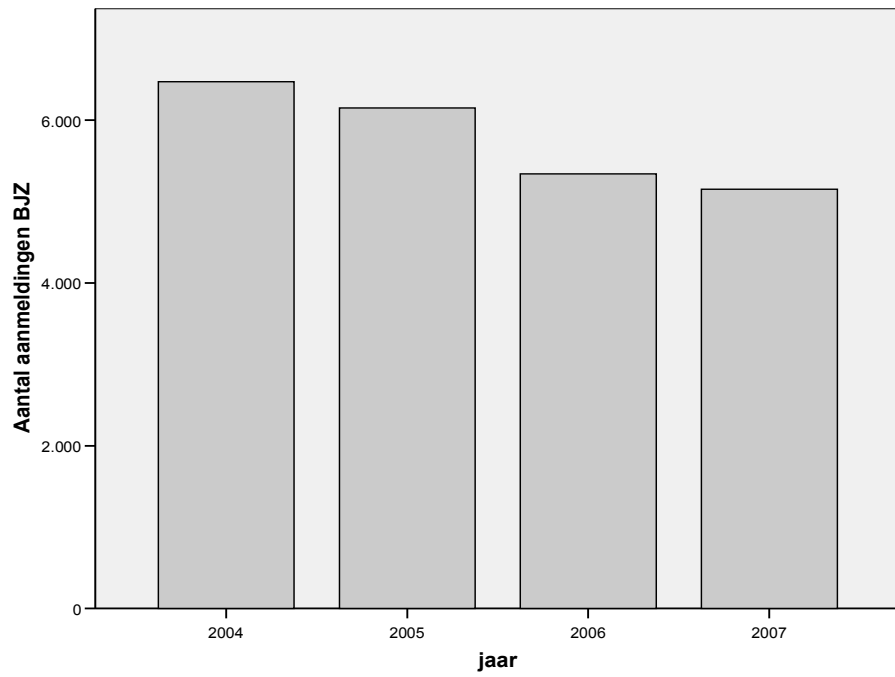
Bij het aantal meldingen zijn geen gegevens opgenomen met betrekking tot jeugdbescherming, jeugdreclassering, advies- en meldpunt kindermishandeling en persoonsgebonden budgetten. Tabel 2.2.1. geeft een overzicht van de instroomgegevens voor deze hulpvormen in 2007.

Tabel 2.2.1. Instroomgegevens Bureau Jeugdzorg m.b.t. jeugdbescherming, jeugdreclassering en persoonsgebonden budgetten in 2007

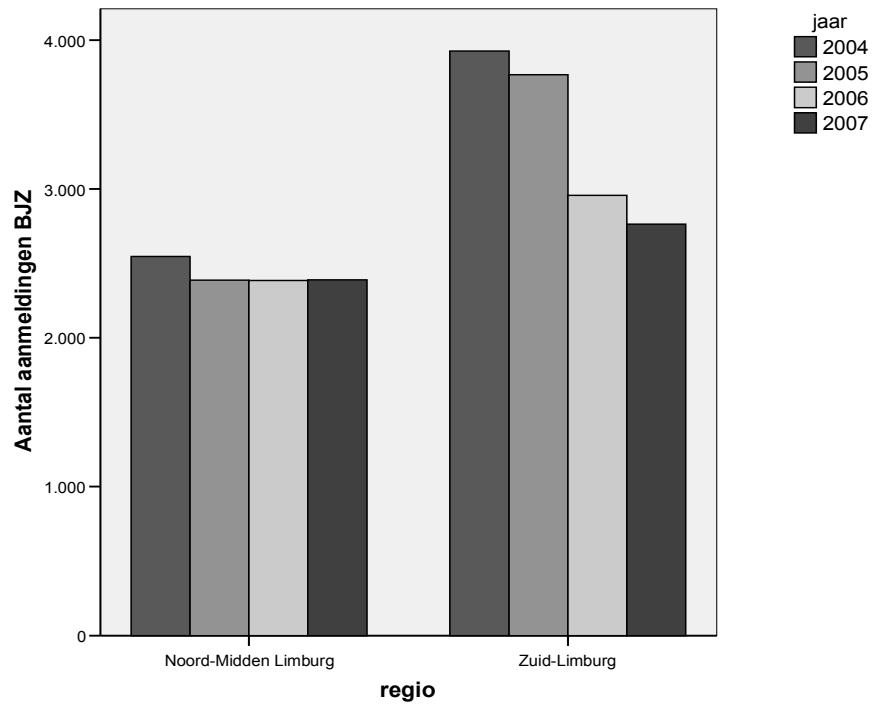
Hulpvorm	Aantal meldingen/aanvragen in 2007
Jeugdbescherming	
- Ondertoezichtstellingen	748
- Voogdijen	51
Jeugdreclassering	
- Regulier	518
- ITB Harde kern	49
- ITB Criem	50
Persoonsgebonden budget	
- Indicatie	1323
- Herindicatie	1711
Advies- en Meldpunt Kindermishandeling	
- Adviezen	520
- Consulten	683
- Meldingen	498

### 2.2.1 *Aanmeldingen bij Bureau Jeugdzorg*

Het aantal meldingen bij Bureau Jeugdzorg nam af van 6471 in 2004 tot 5152 in 2007 (zie figuur 2.2.1). Er is een dalende trend te zien in de meldingen per jaar, dit wordt voornamelijk veroorzaakt door de afname in meldingen in de regio Zuid-Limburg (zie figuur 2.2.2). Deze afname wordt niet verklaard door de afname in de bevolkingsomvang. In Noord en Midden Limburg doet een nagenoeg constant percentage van 2,1% van de kinderen in de leeftijd 0-18 jaar een beroep op Bureau Jeugdzorg, in Zuid Limburg neemt dit af van 3,1% in 2004 tot 2,3% in 2007. De harmonisatie van de werkprocessen die door Bureau Jeugdzorg in beide regio's is doorgevoerd kan hier een verklaring voor zijn.



Figuur 2.2.1: Totaal aantal aanmeldingen per jaar voor jaren 2004-2007



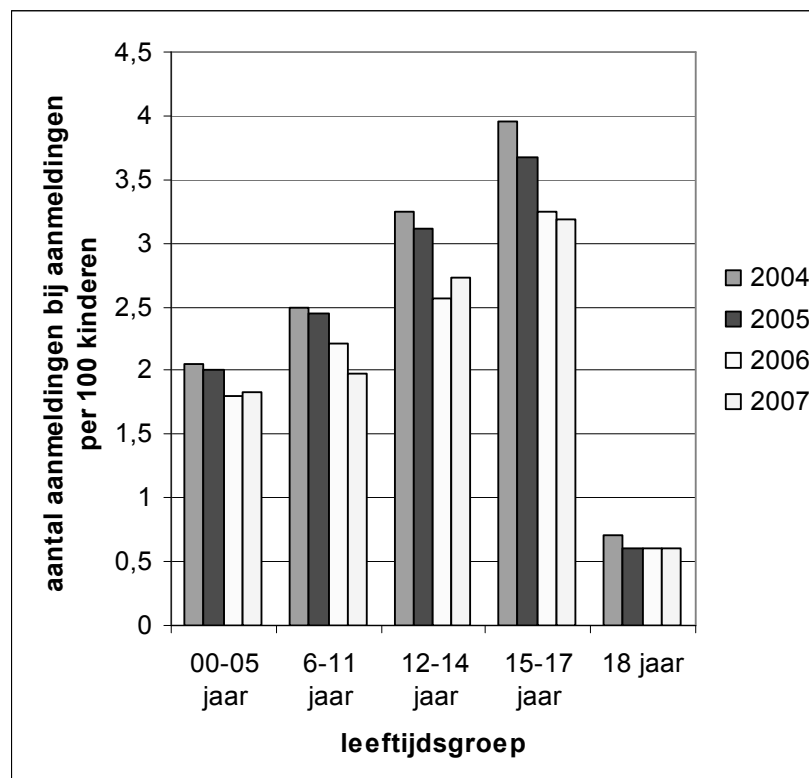
Figuur 2.2.2: Aantal aanmeldingen naar regio per jaar voor jaren 2004-2007



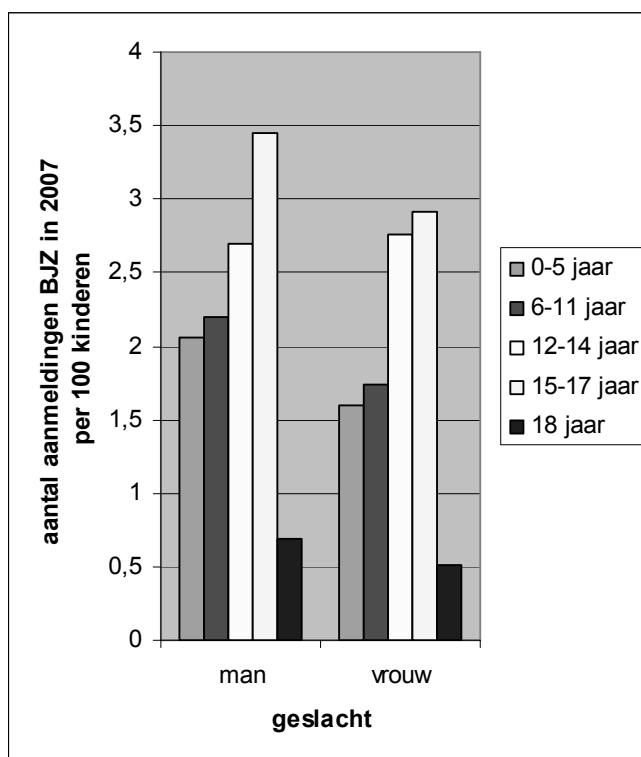
### 2.2.2 Aanmeldingen bij Bureau Jeugdzorg naar leeftijd en geslacht

Het percentage kinderen met een aanmelding neemt toe met de leeftijd, van 1,8% in de leeftijdsgroep 0-5 jaar in 2007 tot 3,2% onder jongeren van 15-17 jaar in 2007. Het percentage 18 jarige jongeren vertoont een breuk in deze trend: in 2007 deed 0,6% van hen een beroep op Bureau Jeugdzorg. De verklaring hiervoor is dat 18 jarigen vanwege het bereiken van de volwassenleeftijd op andere voorzieningen dan Bureau Jeugdzorg een beroep doen. De in het bovenstaande beschreven daling in het aantal aanmeldingen bij Bureau Jeugdzorg deed zich in alle leeftijdsgroepen voor (zie figuur 2.2.3). Het percentage jongens dat aangemeld wordt bij Bureau Jeugdzorg is hoger dan het percentage meisjes resp. 2,3% en 1,9% in 2007, dit betreft 2863 jongens en 2311 meisjes.

De toename in percentage aanmelding per leeftijdsgroep geldt zowel voor jongens als meisjes (zie figuur 2.2.4).



Figuur 2.2.3: Percentage aanmeldingen per leeftijdsgroep per jaar voor jaren 2004-2007



Figuur 2.2.4: Aantal aanmeldingen per 100 kinderen per leeftijdsgroep en geslacht voor 2007

### 2.2.3 *Aanmeldingen bij Bureau Jeugdzorg naar wijze van aanmelding*

In de registratie van de aanmeldingen bij Bureau Jeugdzorg is vanaf 2005 bekend door wie een kind is aangemeld. In 2007 werd 76,7 % van de kinderen door een beroepsmatig verwijzer verwezen naar Bureau Jeugdzorg, in 23,3% van de gevallen werd het initiatief genomen door de ouders en/of het kind zelf. De betrouwbaarheid van de gegevens over de verwijzer van het kind is echter onzeker. Er zijn indicaties dat indien de verwijzer onbekend is, deze geëvalueerd wordt als aanmelding op eigen initiatief cliënt. Daarbij zal in een deel van de gevallen waarin de ouders of het kind zelf initiatief nemen voor aanmelding er contact geweest zijn met het voorliggende veld, wat indeling in eigen intitiatief versus beroepsmatige verwijzer arbitrair maakt. In een analyse van de instroom bij Bureau Jeugdzorg Limburg in 2003 (CO ACT Consult, 2003) bleek dat in 92% van de aanmeldingen contact is geweest met een voorliggende voorziening. Met een verschuiving van de taken van Bureau Jeugdzorg onder invloed van de Wet Jeugdzorg is de verwachting dat het percentage aanmeldingen waaraan een contact of hulp in het voorliggende veld vooraf is gegaan niet lager is geworden.

## 2.3 **Vraag naar aanbod van behandeling**

### 2.3.1 *Vraag naar behandeling*

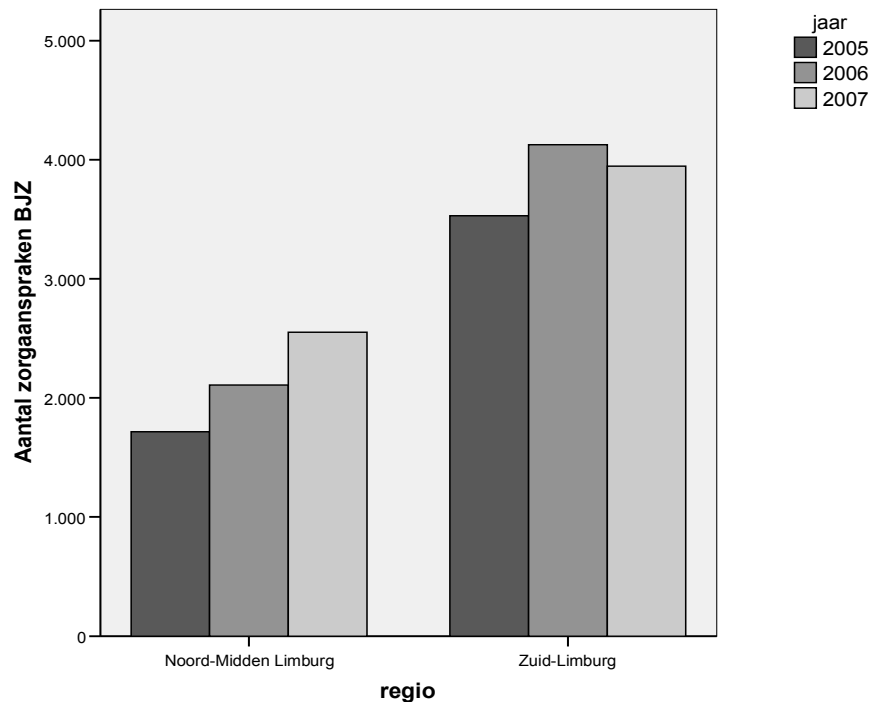
De vraag naar behandeling is geoperationaliseerd door het aantal zorgaanpakken in de provincie Limburg voor 0-18 jarigen in kaart te brengen. Er is voor het gebruik van zorgaanpakken gekozen boven indicatiebesluiten, omdat één indicatiebesluit meerdere zorgaanpakken tot gevolg kan hebben.

Het aantal zorgaanspraken geeft dus een beter beeld van de behoefte aan behandeling dan het aantal indicatiebesluiten. Gegevens over zorgaanspraken waren beschikbaar voor de jaren 2005 tot en met 2007.

### 2.3.1.1 *Zorgaanspraken*

Het aantal zorgaanspraken is voor kinderen van 0-18 jaar toegenomen van 5246 in 2005 tot 6497 in 2007. Wanneer de gegevens per regio worden uitgesplitst, zien we ook een toename over de jaren in Noord en Midden Limburg, terwijl in Zuid Limburg er een stijging in zorgaanspraken is geweest tussen 2005 en 2006, maar het aantal zorgaanspraken in 2007 is weer licht gedaald (zie figuur 2.3.1).

Wanneer we het aantal zorgaanspraken relateren aan het aantal kinderen in de betreffende regio, zien we dat er per 100 kinderen meer zorgaanspraken worden gedaan in Zuid Limburg, dan in Noord en Midden Limburg, resp. 3,3% in Zuid Limburg en 2,2% in Noord en Midden Limburg in 2007.



Figuur 2.3.1: Aantal zorgaanspraken per regio per jaar

### 2.3.1.2 *Zorgaanspraken naar leeftijd en geslacht*

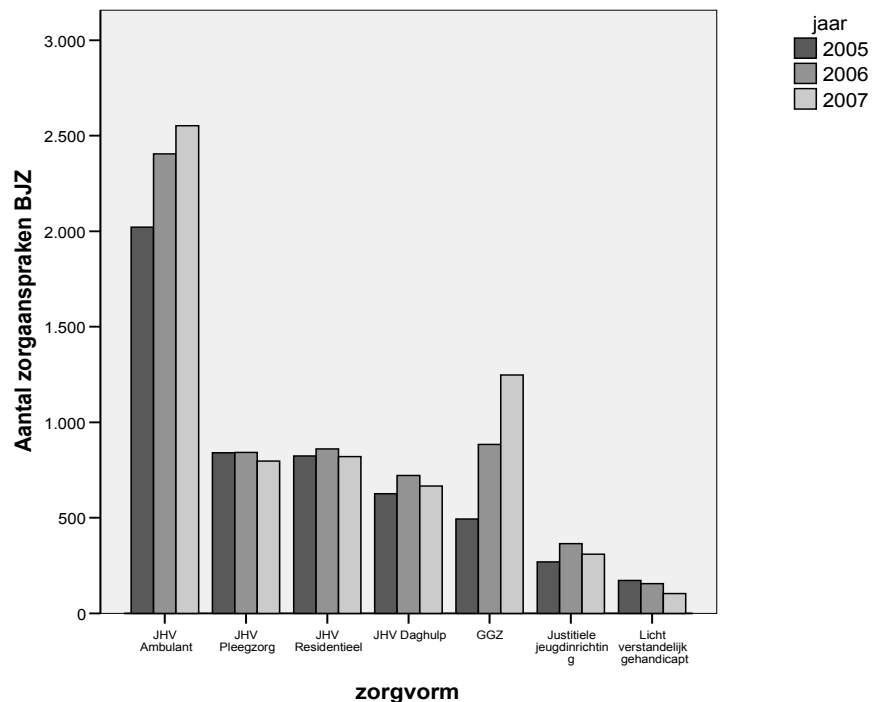
Het aantal zorgaanspraken per 100 kinderen in 2007 neemt toe met de leeftijd van 2,4% bij 0-5 jarigen tot 4,3% in de leeftijdsgroep 15-17 jaar. Het aantal zorgaanspraken per 100 jongeren van 18 jaar bedraagt 0,6% in 2007.

Het aantal zorgaanspraken is hoger voor jongens dan voor meisjes. In 2007 werd 57% (3736) van de zorgaanspraken voor jongens gesteld en 43% (2761) voor meisjes.

### 2.3.1.3 *Zorgaanspraken naar vorm van jeugdhulpverlening*

Het merendeel van de zorgaanspraken gesteld door Bureau Jeugdzorg betreft jeugdhulpverlening. In 2007 had 74,5% van de zorgaanspraken betrekking op jeugdhulpverlening, 19,2% op de GGZ, 4,8% op justitiële jeugdinrichtingen en 1,6% op zorg voor licht verstandelijke gehandicapten.

Binnen de jeugdhulpverlening kan onderscheid gemaakt worden in ambulante hulp, daghulp, residentiële zorg en pleegzorg. In 2007 betraf 52,7% van de zorgaanspraken ambulante hulp, 13,8% daghulp, 17,0% residentiële zorg en 16,5% pleegzorg. In figuur 2.3.2. wordt per jaar het aantal zorgaanspraken naar de verschillende zorgvormen getoond. De stijging in het totaal aantal zorgaanspraken blijkt vooral veroorzaakt door een stijging in het aantal zorgaanspraken met betrekking tot de ambulante jeugdhulpverlening en de GGZ.



Figuur 2.3.2: Aantal zorgaanspraken naar zorgvorm per jaar

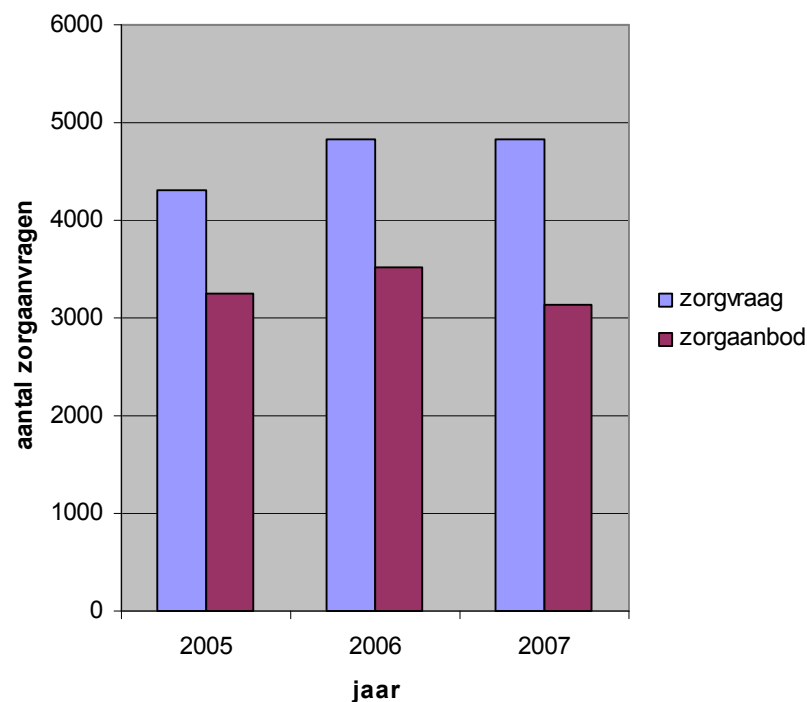
### 2.3.2 Aanbod van behandeling

Voor de confrontatie van de vraag naar jeugdhulpverlening met het aanbod aan jeugdhulpverlening is bij de betrokken provinciaal gefinancierde zorgaanbieders Rubicon, Xonar en de Mutsaersstichting informatie opgevraagd over het aanbod van behandeling. Ten behoeve van de vergelijking met de vraag naar jeugdhulpverlening (= aantal zorgaanspraken jeugdhulpverlening gesteld door Bureau Jeugdzorg) is gevraagd naar het aantal nieuwe verzilverde zorgaanspraken in de afgelopen jaren. Dit betreft dus het aantal zorgaanspraken waarmee in het betreffende jaar gestart is, en geeft dus geen inzicht in de totale 'productie' in een jaar.

Op basis van de communicatie die gevoerd is naar aanleiding van deze informatievraag, concluderen we dat het verkrijgen van vergelijkbare aantallen van de provinciaal gefinancierde zorgaanbieders en Bureau Jeugdzorg zeer ingewikkeld is vanwege verschillen in registratiesystemen en definities (zie ook concept rapport gemeenschappelijk ICT –beleid jeugdzorg Limburg door Ernst&Young). Rubicon rapporteert over 2005 1222 nieuwe verzilverde zorgaanspraken (inclusief vervangende zorg en acute zorg, exclusief AWBZ aanspraken) over 2006 1198 en over 2007 1149. Het aantal nieuwe verzilverde zorgaanspraken (inclusief acute zorg en exclusief vervangende zorg en AWBZ aanspraken) door Xonar bedroeg respectievelijk 1748, 2076 en 1733 in de jaren 2005, 2006 en 2007.

De Mutsaersstichting geeft voor deze jaren aantallen van 278, 238 en 244 gestarte zorgaanpakken met als kanttekeningen dat de Mutsaersstichting ook activiteiten uitvoert waarvoor Bureau Jeugdzorg niet indiceert (o.a. (para)medische hulpvormen en C+ activiteiten), en dat met name in 2005 en 2006 Bureau Jeugdzorg het totale daghulpaanbod onderbracht in één zorgaanpak terwijl het eigenlijk gaat om een aanspraak daghulp en meerdere aanspraken jeugdhulp.

Wanneer we de aantallen nieuwe verzilverde zorgaanpakken, ondanks de beperkte vergelijkbaarheid, bij elkaar optellen en vergelijken met de zorgvraag geoperationaliseerd als het aantal gestelde zorgaanpakken door Bureau Jeugdzorg (figuur 2.3.3), blijkt er een aanzienlijke kloof tussen de vraag naar jeugdhulpverlening en het aanbod aan jeugdhulpverlening. Het lijkt niet waarschijnlijk dat dit verschil geheel verklaard wordt door verschillen in definities.



Figuur 2.3.3. Confrontatie zorgvraag (gedefinieerd als het aantal zorgaanpakken jeugdhulpverlening gesteld door Bureau Jeugdzorg) en zorgaanbod (gedefinieerd als het aantal nieuwe zorgaanpakken verzilverd door de provinciaal gefinancierde zorgaanbieders).

De aanwezigheid van een verschil tussen de vraag naar jeugdhulpverlening komt ook tot uiting in de aanwezigheid van wachtlijsten bij de provinciaal gefinancierde zorgaanbieders. Eind 2007 bedroeg het aantal niet verzilverde zorgaanpakken bij de provinciaal gefinancierde zorgaanbieders 697 ([www.jeugdzorginlimburg.nl](http://www.jeugdzorginlimburg.nl)).



## 3 Kwalitatieve analyse

Er zijn vijf belangrijke partijen die regelmatig verwijzen naar Bureau Jeugdzorg (zie paragraaf 2.2.3). Deze partijen zijn: Jeugdgezondheidszorg (thuiszorgorganisaties en GGD'en), onderwijs (Zorg en Advies Team), huisarts, maatschappelijk werk en politie. Door middel van interviews met de partijen in het voorliggende veld worden de cijfers van de kwantitatieve analyse (hoofdstuk 2) toegelicht.

In de regio Limburg zijn er drie Zorg en Advies Teams (ZAT) geïnterviewd (twee middelbare scholen en één basisschool) en is er één focusgroep gehouden met de Jeugdgezondheidszorg 0-4 jarigen. Ook zijn er interviews gehouden met twee huisartsen en twee maatschappelijk werk organisaties in de provincie Limburg. Deze organisaties zijn ondervraagd op het gebied van signaleren, verwijsgedrag en ervaringen met Bureau Jeugdzorg.

Tenslotte, is er nog een interview gehouden met één locatiemanager van Bureau Jeugdzorg in de provincie Limburg en zijn de drie grote aanbieders van jeugdzorg in de provincie Limburg (Xonar, Rubicon en de Mutsaersstichting) ondervraagd op het gebied van preventie van psychosociale problemen, aantal aanmeldingen en wachtlijsten bij de provinciaal gefinancierde zorgaanbieders.

### 3.1 Voorliggende veld

Vanwege de beperkte doorlooptijd (zie hoofdstuk 1) is er maar een beperkt aantal instellingen uit het voorliggende veld ondervraagd. Bovendien is er binnen één instelling uit het voorliggende veld maar een beperkt aantal personen geïnterviewd. Daarom is het noodzakelijk dat onderstaande gegevens met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Deze gegevens bieden slechts een indicatie op het gebied van signaleren, verwijsgedrag en ervaringen met Bureau Jeugdzorg vanuit het perspectief van het voorliggende veld in de provincie Limburg.

Een belangrijk aspect is verwachte toekomstontwikkelingen vanuit het perspectief van het voorliggende veld. Over het algemeen geeft het voorliggende veld aan dat het lastig is te voorspellen welke toekomstontwikkelingen er zullen gaan plaatsvinden. Vanwege summiere reacties uit het ondervraagde voorliggend veld, wordt het aspect toekomstverwachtingen bediscussieerd in hoofdstuk 4 (paragraaf 4.1.5). In deze paragraaf wordt er gebruik gemaakt van enkele reacties uit het voorliggende veld gecombineerd met gegevens uit de literatuur.

#### 3.1.1 *Signalering van psychosociale problemen door het voorliggende veld*

Er kan een onderscheid worden gemaakt tussen actieve en passieve signalering van psychosociale problemen. Actieve signalering vindt plaats als de gehele populatie (bijvoorbeeld, alle leerlingen in een klas) worden gescreend op het voorkómen van psychosociale problemen. Passieve signalering vindt plaats als er slechts reactief wordt gereageerd op signalen (bijvoorbeeld, een leerling wordt besproken naar aanleiding van signalen van psychosociale problemen).

Over het algemeen vindt er in Limburg door het voorliggende veld voornamelijk een passieve signalering van psychosociale problemen plaats.

Voorbeelden uit de praktijk: een kind verschijnt op het spreekuur bij de huisarts omdat de ouders een vermoeden hebben van psychosociale problemen bij hun kind (bijvoorbeeld gedragsproblemen) of omdat het kind verwezen is naar de huisarts door een onderwijsinstelling (bijvoorbeeld signalen van ADHD of autisme). Zijdelings kan er sprake zijn van ‘actieve signalering’ door een huisarts. De ondervraagde huisartsen geven bijvoorbeeld aan dat ze alert zijn op psychosociale problemen bij specifieke somatische klachten (zoals acne).

Af en toe wordt er actieve signalering van psychosociale problemen toegepast door het voorliggende veld. Praktijkvoorbeeld: op één van de ondervraagde onderwijsinstellingen worden alle leerlingen van deze school besproken tijdens zogenaamde leerlingenbesprekingen. De mentor en de zorgcoördinator van de school bespreken de schoolprestaties en het gedrag van de leerlingen. Verder wordt er incidenteel gebruik gemaakt van de stemmingsmeter op scholen. Alle leerlingen van een bepaalde klas vullen deze stemmingsmeter in om aan te geven hoe hun welbevinden is. Als er signalen zijn van psychosociale problemen (signalen tijdens een leerling bespreking en/of verhoogde score op de stemmingsmeter) dan worden deze leerlingen besproken in een intern Zorg en Advies Team (ZAT I). In een intern Zorg en Advies Team (ZAT I) zijn voornamelijk medewerkers van de school aanwezig zoals zorgcoördinatoren, Interne Begeleiders (IB'er) en iemand van de schoolbegeleidingsdienst. Indien er sprake is van meer gecompliceerde problematiek wordt de betreffende leerling besproken in een extern Zorg en Advies Team (ZAT E). In dit team zijn behalve interne medewerkers van een school ook nog medewerkers van externe organisaties aanwezig (zoals Bureau Jeugdzorg, maatschappelijk werk en de schoolarts) om mee te denken in de meer gecompliceerde problematiek.

Ook de Jeugdgezondheidszorg past actieve signalering van psychosociale problemen toe. Zo heeft de Jeugdgezondheidszorg regelmatig contactmomenten, de Periodieke Gezondheidsonderzoeken (PGO's), waarop bijna alle kinderen gezien worden. Hierbij wordt er actief gelet op signalen van psychosociale problemen. De manier waarop dit gebeurt, verschilt per Jeugdgezondheidszorg organisatie. Momenteel wordt, ook in Limburg, onderzocht of het aantal contactmomenten voor de leeftijdsgroep 4-19 jaar uitgebreid kan worden door het invoeren van het “triage-systeem”. Hierbij worden alle kinderen met behulp van vragenlijsten door een daartoe opgeleide assistent gescreend op het voorkomen van psychische-, emotionele- en gedragsproblemen. Kinderen die problemen aangeven, worden intensief gevolgd, terwijl bij kinderen zonder problemen het contact beperkt blijft tot het PGO. Zo wordt tijd vrijgemaakt voor die kinderen die ook extra zorg en aandacht nodig hebben.

#### *Vaardigheden en instrumenten voor de signalering van psychosociale problemen*

Binnen de ondervraagde onderwijsinstellingen signaleren voornamelijk leerkrachten op psychosociale problemen. Maar de ondervraagde onderwijsinstellingen geven aan dat de signaleringsvaardigheden van leerkrachten ver uit elkaar liggen. Af en toe wordt er in het onderwijs gebruik gemaakt van signaleringslijsten voor de opsporing van psychosociale problemen. Indien er een vermoeden is voor psychosociale problemen wordt er een signaleringslijst ingevuld voor het betreffende kind door meerdere leerkrachten. Op één school werd er gebruikt gemaakt van de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in het kader van het Intensieve Jeugdzorg ZAT (IJZ) project. Dit is een gevalideerde vragenlijst voor de opsporing van psychosociale problemen. Voor alle leerlingen die besproken werden in het betreffende Zorg en Advies Team (ZAT) is de SDQ ingevuld.



Dit team was niet erg tevreden over het onderscheidende vermogen van de SDQ. Alle leerlingen die besproken werden in het ZAT team vertoonden al psychosociale problematiek, waardoor discriminatie met behulp van deze vragenlijst niet meer mogelijk was. Bij de overige ondervraagde partijen in het voorliggende veld (huisarts, Jeugdgezondheidszorg en maatschappelijk werk) wordt er niet of nauwelijks gebruik gemaakt van (gevalideerde) signaleringslijsten.

### 3.1.2 *Preventie van psychosociale problemen*

Er is aan het voorliggende veld gevraagd in hoeverre zij primaire en secundaire preventie toepassen op het gebied van psychosociale problemen. Primaire preventie bevat alle activiteiten die erop gericht zijn een gezondheidsprobleem, ziekte of ongeval te voorkómen. Secundaire preventie omvat activiteiten die bedoeld zijn een beginnend gezondheidsprobleem of ziekte op te sporen en te behandelen. Secundaire preventie heeft een grote overlap met de hulpverlening die gegeven wordt door de hulpverleners in de eerste lijn. Ofwel alle niet-gespecialiseerde, vrij toegankelijke voorzieningen in de gezondheidszorg en de hulp- en dienstverlening.

Er wordt nauwelijks primaire preventie toegepast door de ondervraagde partijen in het voorliggende veld. Sommige partijen in het voorliggende veld hebben wel programma's die betrekking hebben op secundaire preventie en hulpverlening in de eerste lijn. Praktijkvoorbeeld: de ondervraagde onderwijsinstellingen hebben secundaire preventie programma's zoals agressie regulatie, faalangst reductie, sociale vaardigheids training en programma's om pesten tegen te gaan.

De ondervraagde huisartsen geven aan dat er een beperkt aanbod is aan hulpverlening in de eerste lijn binnen een huisartsenpraktijk. Maar in elke huisartsen praktijk is er wel een Sociaal Psychiatrische Verpleegkundige (Praktijk Ondersteuner Huisartsenzorg POH-GGZ) aanwezig. Huisartsen kunnen kinderen/jongeren met veronderstelde psychosociale problemen verwijzen naar de Sociaal Psychiatrische Verpleegkundige voor verdere vraagverheldering. In een aantal gesprekken krijgen Sociaal Psychiatrische Verpleegkundigen inzicht in de aard van de psychosociale klachten. De gesprekken ter verduidelijking van de vraag bieden kinderen/jongeren met psychosociale klachten soms zelfs al voldoende aanknopingspunten om de problemen zelfstandig op te lossen. Maatschappelijk werk biedt onder andere hulpverlening in de eerste lijn gericht op het verbeteren van het systeem van het kind (bijvoorbeeld opvoedondersteuning). Een voorbeeld project is het zogenaamde 'Homestart project'. Dit is een project waarin een vrijwilliger binnen een gezin helpt bij de opvoeding. Hierdoor wordt er op een laagdrempelige manier opvoedingsondersteuning geboden. Een ander voorbeeld is het project 'speelkamer'. In dit project leren kinderen (5 t/m 9 jaar) spelen onder begeleiding van een maatschappelijke werker en een opvoedingsondersteuner.

### 3.1.3 *Verwijsgedrag door het voorliggende veld naar Bureau Jeugdzorg*

Indien het voorliggende veld psychosociale problemen signaleert bij een kind hebben ze de mogelijkheid om hulpverlening te bieden in de eerste lijn. Als een kind geïndiceerde (gespecialiseerde) psychosociale zorg nodig heeft is het voorliggende veld wettelijk verplicht om te verwijzen naar Bureau Jeugdzorg. De huisarts en de kinderarts kunnen direct naar de jeugd-GGZ verwijzen als er sprake is van evidente psychiatrische problematiek. Bureau Jeugdzorg wordt daarvan schriftelijk in kennis gesteld.

De ondervraagde huisartsen geven aan dat indien er signalen zijn die wijzen op een psychiatrische stoornis, er direct verwezen wordt naar een GGZ instelling, omdat direct verwijzen naar de GGZ sneller verloopt dan een verwijzing via Bureau Jeugdzorg.

Er is aan het voorliggende veld (onderwijs, Jeugdgezondheidszorg, huisarts en maatschappelijk werk) gevraagd welke psychosociale problematiek zij verwijzen naar Bureau Jeugdzorg. In het algemeen wordt door het voorliggende veld aangegeven dat vooral kinderen met zwaardere gedrag- of opvoedproblemen ofwel problemen die niet oplosbaar zijn met eenvoudige pedagogische hulp, verwezen worden naar Bureau Jeugdzorg. Ook wordt gezinsproblematiek, waarbij een heel gezin disfunctioneert verwezen naar Bureau Jeugdzorg. Deze laatste groep wordt ook wel een multi-probleem gezin genoemd. Bij deze gezinnen is er sprake van meerdere problemen, bijvoorbeeld zowel psychische problemen, als gedragsproblemen gekoppeld aan problemen in de huiselijke sfeer, zoals schulden, middelengebruik en soms geweld.

Problematiek zoals ADHD en autisme wordt soms door het voorliggende veld verwezen naar Bureau Jeugdzorg, maar deze kinderen worden ook via de huisarts rechtstreeks naar een GGZ organisatie verwezen.

Het voorliggende veld geeft aan dat verwijzing naar Bureau Jeugdzorg sterk afhankelijk is van de bereidheid van ouders om iets aan het probleem te doen, als de ouders al erkennen dat er sprake van een probleem is. Sommige ouders zijn niet bereid om hun kind te laten verwijzen naar Bureau Jeugdzorg, omdat ze bijvoorbeeld bang zijn dat Bureau Jeugdzorg hun kind afneemt. De ondervraagde Jeugdgezondheidszorg medewerkers geven aan dat er in deze situaties wel eens een tussenoplossing gecreëerd wordt. Zo kan er bijvoorbeeld een veilig plekje voor een kind geregeld worden bij een medisch kleuterdagverblijf of peuterspeelzaal door middel van een Sociaal Medische Indicatie (SMI). Ook komt het voor dat ouders niet willen erkennen dat een probleem mogelijk op het psychosociale vlak ligt en deze ouders blijven vervolgens aandringen op een somatische aanpak. De ondervraagde huisartsen geven aan dat een kind dan eerst verwezen wordt naar een kinderarts in plaats van naar Bureau Jeugdzorg.

#### 3.1.4 *Ervaringen met Bureau Jeugdzorg*

Ervaringen van het voorliggende veld met Bureau Jeugdzorg kunnen de vraag naar en het aanbod van de provinciaal gefinancierde zorgaanbieders beïnvloeden. Bijvoorbeeld, negatieve ervaringen kunnen er toe leiden dat er minder kinderen naar Bureau Jeugdzorg verwezen worden door het voorliggende veld. Praktijkvoorbeeld: een kind uit een multi-probleem gezin met zijdelings psychiatrische problematiek wordt vanwege negatieve ervaringen met Bureau Jeugdzorg via de huisarts verwezen naar een GGZ instelling, terwijl eigenlijk een verwijzing naar Bureau Jeugdzorg nodig zou zijn.

Er is er aan het voorliggende veld gevraagd welke ervaringen zij hebben met Bureau Jeugdzorg (knelpunten en meerwaarde van Bureau Jeugdzorg).

##### *Knelpunten*

De belangrijkste genoemde knelpunten van Bureau Jeugdzorg door het voorliggende veld worden in deze paragraaf beschreven. Deze knelpunten hebben betrekking op: feedback, meerdere taken/rollen van Bureau Jeugdzorg, visie verschillen en wachtlijsten voor het geïndiceerde zorgaanbod.

De ondervraagde huisartsen geven aan meer feedback te willen van Bureau Jeugdzorg betreffende patiënten die onder controle staan bij Bureau Jeugdzorg. Praktijkvoorbeeld: een patiënt die al langere tijd onder controle staat bij Bureau Jeugdzorg, terwijl de huisarts hiervan niet op de hoogte is.

Ook geven de ondervraagde huisartsen aan dat ze weinig feedback krijgen van Bureau Jeugdzorg nadat een patiënt door hen daarheen verwezen is. Zo krijgt een huisarts weinig informatie over waar een bepaalde patiënt zich in het hulpverleningstraject bevindt. In principe stuurt Bureau Jeugdzorg voor elke verwijzing een officiële indicatiestelling, maar de ondervraagde huisartsen geven aan dat deze indicatiestellingen slecht leesbaar zijn en dat de informatie die een huisarts nodig heeft er niet kort en bondig in staat beschreven.

Ook de ondervraagde partijen in het onderwijs en de Jeugdgezondheidszorg geven aan meer communicatie (feedback) te verwachten van Bureau Jeugdzorg, het initiatief tot communicatie moet vaak vanuit het voorliggende veld komen.

Een ander knelpunt dat genoemd wordt door het ondervraagde voorliggende veld is het aspect van samengestelde taken van Bureau Jeugdzorg. Bureau Jeugdzorg heeft zowel een dienstverlenende/hulpverlenende als een toezichtstaak. De combinatie van jeugdhulpverlening, jeugdbescherming, AMK en jeugdreclassering in één Bureau Jeugdzorg kan leiden tot verwarring bij de ouders. Verder kan volgens het ondervraagde voorliggende veld de toezichtstaak leiden tot een negatief beeld van Bureau Jeugdzorg bij de ouders, waardoor de ouders minder bereidwillig zijn om hun kind te laten verwijzen naar Bureau Jeugdzorg.

Ook melden verschillende partijen in het ondervraagde voorliggende veld (maatschappelijk werk, Jeugdgezondheidszorg) visieverschillen tussen het voorliggende veld en Bureau Jeugdzorg. Het is af en toe onduidelijk wie er verantwoordelijk is voor bepaalde hulpverlening binnen het zogenaamde 'grijze gebied'. Bijvoorbeeld 'wie moet de taak bij een echtscheiding oppakken' of 'wanneer moet een bepaalde zaak naar de Raad voor de Kinderbescherming'. Visieverschillen tussen de afzonderlijke bureaus, ook een waarneming dat her en der in het veld van de jeugdzorg wordt genoemd, is in Limburg volgens het project Heroverweging Indicaties (Ham, 2007) beperkt tot enkele aspecten van de ambulante zorg. Geen enkele indicatie tot residentiële hulpverlening werd in dit project herzien. En bij de ambulante vormen was soms een aanvullend diagnosetraject voor dit verschil in visie de oorzaak.

Tenslotte geven de ondervraagde Zorg en Advies Teams (ZAT) aan dat het erg lang kan duren voordat een kind daadwerkelijk hulpverlening krijgt, nadat een kind verwezen is door het voorliggende veld naar Bureau Jeugdzorg. Dit heeft volgens hen vaak te maken met de wachtlijsten bij de provinciaal en niet provinciaal gefinancierde zorgaanbieders. Maar er wordt ook vermeld dat de periode tussen verwijzing door het voorliggend veld en daadwerkelijke hulpverlening verlengd wordt door de zogenaamde 'extra schijf'. Hiermee wordt bedoeld dat Bureau Jeugdzorg volgens hen een 'extra schijf' is tussen het voorliggende veld en de hulpverleningsorganisaties. Soms moet er nog door Bureau Jeugdzorg nader onderzoek uitgevoerd worden, of moet er gewacht worden op een uitspraak van de kinderrechter. In principe gebeurt er in de ogen van de respondenten van het Zorg en Advies Team (ZAT) in deze periode op het gebied van hulpverlening heel weinig.

#### *Meerwaarde van Bureau Jeugdzorg*

De ondervraagde maatschappelijk werk organisaties geven aan dat het persoonlijke contact met Bureau Jeugdzorg goed verloopt. Zo is er bijvoorbeeld regelmatig overleg tussen maatschappelijk werk, medewerkers van onderwijsinstellingen en Bureau Jeugdzorg, waardoor het gemakkelijk is om informatie te krijgen van Bureau Jeugdzorg.

Een andere grote meerwaarde die wordt aangegeven door het voorliggende veld (maatschappelijk werk en huisartsen) is dat Bureau Jeugdzorg de toegang biedt tot de Raad voor de Kinderbescherming. Zo begeleidt Bureau Jeugdzorg gezinnen wanneer er door de kinderrechter een maatregel uitgesproken is.

Tenslotte zijn de ondervraagde onderwijsinstellingen erg positief over de aanwezigheid van een medewerker van Bureau Jeugdzorg in de externe Zorg en Advies Teams (ZAT) op scholen. Hierdoor is er een medewerker van Bureau Jeugdzorg betrokken bij de overweging om een kind al dan niet te verwijzen naar Bureau Jeugdzorg of een andere soort hulpvorm (bijvoorbeeld, speciaal onderwijs). Als een kind eenmaal besproken is in een Zorg en Advies Team (ZAT), kan vervolgens de procedure bij Bureau Jeugdzorg sneller worden doorlopen. In tijd uitgedrukt kan daarmee sneller en actiever worden gehandeld. Ook heeft deze medewerker van Bureau Jeugdzorg vaak nog rechtstreeks contact met de mentor van een betreffende leerling. Verder kan een medewerker van Bureau Jeugdzorg opgeroepen worden door de onderwijsinstelling als er een situatie plaatsvindt waarin dit nodig is (crisissituatie). Deze integratie van Bureau Jeugdzorg in de extern Zorg en Advies Teams (ZAT) zorgt voor korte lijnen tussen de onderwijsinstellingen en Bureau Jeugdzorg.

### 3.2 Bureau Jeugdzorg

Er is een interview gehouden met één van de managers van Bureau Jeugdzorg in de provincie Limburg. In dit interview zijn de volgende punten aan bod gekomen: preventie en signalering van psychosociale problemen, aanmelding bij Bureau Jeugdzorg, indiceren van psychosociale problemen, verwijzing naar een aanbieder van jeugdzorg en wachtlijsten bij de aanbieders van jeugdzorg.

#### 3.2.1 *Signalering en preventie van psychosociale problemen*

Bureau Jeugdzorg streeft er naar in een zo vroeg mogelijk stadium psychosociale problemen bij kinderen te erkennen en op te lossen. Dit gebeurt o.a. door een medewerker van Bureau Jeugdzorg te laten deelnemen in een Zorg en Advies Team (ZAT) binnen een onderwijsinstelling en door binnen een onderwijsinstelling de stemmingsmeter door kinderen te laten invullen. Als een kind te hoog scoort op deze stemmingsmeter wordt hij/zij vervolgens besproken in het Multi Disciplinair Overleg (MDO). Ook geeft Bureau Jeugdzorg cursussen voor brugklasmentoren zoals 'leren signaleren'.

Slechts 10 % van het budget van de vrijwillige tak van Bureau Jeugdzorg mag besteed worden aan consultatie dienstverlening. Van dit budget wordt o.a. cursussen zoals 'grip op je dip' en 'kleintje kop' aangeboden. Deze laatste cursus is bestemd voor depressieve moeders en hun kinderen. Met behulp van een video home training wordt er getracht om de band tussen moeder en kind te verbeteren.

Bureau Jeugdzorg verzorgde in het verleden ook nog lichte ambulante hulp (bijvoorbeeld het 5 gespreksmodel), om te voorkomen dat er geïndiceerde zorg nodig is. Ambulante hulpverlening mag er niet meer gegeven worden, dit is nu een taak van de eerstelijns hulpverlening.

#### 3.2.2 *Aanmeldingen bij Bureau Jeugdzorg*

In het algemeen worden kinderen verwezen naar Bureau Jeugdzorg door een onderwijsinstelling, Jeugdgezondheidszorg, politie, huisarts en de RIAGG (vanwege psychiatrische problematiek van de ouders).

De ondervraagde medewerker van Bureau Jeugdzorg geeft aan dat vooral de meer complexere problematiek, die niet naar één oorzaak te herleiden is, verwezen wordt naar Bureau Jeugdzorg. Hierbij is er vaak sprake van gedragsproblemen bij de kinderen, opvoedingsproblemen of een sociale context die extra lastig is (bijvoorbeeld: armoede, werkloosheid). Ook worden er regelmatig kinderen verwezen naar Bureau Jeugdzorg die komen uit een gebroken gezin, of waar er sprake is van een nieuw samengesteld gezin.

Soms zijn ouders niet bereid om hun kind te laten verwijzen naar Bureau Jeugdzorg. In deze situaties wordt er getracht de ouders als nog te motiveren om hun kind te laten verwijzen naar Bureau Jeugdzorg. Als dit niet mogelijk is, wordt de ernst van de situatie ingeschat en gekeken of er eventueel op een later moment nog een zorgmelding kan worden gedaan. Indien de situatie als onverantwoord wordt beschouwd kan er een melding bij de Raad van Kinderbescherming worden gedaan.

### 3.2.3 *Indiceren*

Nadat een kind aangemeld is bij Bureau Jeugdzorg door het voorliggende veld, wordt de problematiek van dit kind met behulp van een screeningsmethodiek geïndiceerd. Aan de hand van een screeningsformulier wordt er een sterke/zwakte analyse uitgevoerd door een medewerker van Bureau Jeugdzorg. Vervolgens wordt er nog gekeken of de oorzaak van de problematiek van het kind in te delen is naar een leefsysteem van het kind (bijvoorbeeld gezin of school). Indien er aanvullende diagnostiek nodig is wordt een kind doorgestuurd naar de diagnosticus van Bureau Jeugdzorg, dit betreft echter minder dan 10 % van de indicaties. Tenslotte, wordt het kind besproken in het Multi-Disciplinaire Overleg (MDO).

In het proces van aanmelding bij Bureau Jeugdzorg tot en met indicering door Bureau Jeugdzorg ontstaat er vaker vertraging. Deze vertraging kan veroorzaakt worden door het niet terugsturen van het toestemmingsformulier door de ouders. Ook het opvragen van additionele informatie in een complexe situatie kan zorgen voor vertraging. Er is wettelijk bepaald dat binnen 77 dagen het indicatiebesluit rond moet zijn, deze termijn wordt meestal ook gehaald. Volgens de ondervraagde medewerker van Bureau Jeugdzorg ontstaan de wachttijden vooral nadat een kind verwezen naar een provinciaal gefinancierde zorgaanbieder van jeugdzorg. Het kind wordt dan geplaatst op een wachtlijst voor een bepaalde hulpverlening van de betreffende zorgaanbieder.

### 3.2.4 *Verwijzing naar een zorgaanbieder*

Een kind met psychiatrische problematiek verwijst Bureau Jeugdzorg naar een GGZ instelling. Overige problematiek op het gebied van psychosociale problemen wordt meestal verwezen naar provinciaal gefinancierde zorgaanbieders. Bijna alle kinderen worden geplaatst in de provincie, slechts 10 % van de kinderen mag buiten de provincie Limburg geplaatst worden.

### 3.2.5 *Wachttijsten bij de provinciaal gefinancierde zorgaanbieders*

Er zijn wachttijsten bij de provinciaal gefinancierde zorgaanbieders ([www.jeugdzorglimburg.nl](http://www.jeugdzorglimburg.nl)). Er is aan de medewerker van Bureau Jeugdzorg gevraagd voor welke hulpverlening er wachttijsten zijn.

Deze medewerker van Bureau Jeugdzorg geeft aan dat er vooral een tekort is aan residentiele zorg. De residentiele zorg voor kinderen is afgebouwd; de tendens is om zo weinig mogelijk kinderen uithuis te plaatsen. Het resultaat is dat de kinderen die een indicatie krijgen voor een plaatsing in een residentiele setting, kinderen zijn met relatief moeilijke gedragsproblematiek. Dit zijn vaak kinderen op de rand van psychiatrie met oppositioneel opstandig gedrag, agressief gedrag en/of zedengerelateerde gedrag.

De ondervraagde medewerker van Bureau Jeugdzorg geeft aan dat er op dit moment nog niet voldoende residentiele plekken zijn om aan deze groep kinderen goede zorg te bieden. Deze kinderen hebben niet alleen bed, bad, brood en gezelligheid nodig, maar ook deskundigheid vanuit de GGZ.

Verder geeft de ondervraagde medewerker van Bureau Jeugdzorg aan dat er een te gering aanbod is rondom hulpverlening bij echtscheidingsproblematiek gericht op de zorg voor het kind. Er is voldoende hulpverlening gericht op de ouders, maar niet voor de kinderen van deze gescheiden ouders. Ook is er een tekort aan omgangshuizen op het gebied van echtscheidingsproblematiek. Praktijkvoorbeeld: een gezin met gescheiden ouders. De moeder woont in Limburg en de vader in Rotterdam. De vader krijgt een bezoekenregeling van een dagdeel (4 uur) in Limburg. Waar kan de vader met dat kind verblijven tijdens deze uren?

Ook is er een tekort aan intensieve thuiszorg. Zorgaanbieders kunnen vaak maar een paar uur per week intensieve thuiszorg geven, terwijl er meer uren intensieve thuiszorg per week geïndiceerd wordt door Bureau Jeugdzorg. Een paar uur per week intensieve thuiszorg is vaak niet genoeg om uithuisplaatsing te voorkomen. De vermindering van het aantal uren intensieve thuiszorg door de zorgaanbieders gebeurt in het kader van de bestrijding van de wachtlijsten. Als er maar iets van de hulp wordt aangeboden, dan kan de cliënt vervolgens van de wachtlijst afgehaald worden.

Tenslotte, geeft de medewerker van Bureau Jeugdzorg aan dat er een tekort is aan erkende zorgprogramma's. Als een kinderrechter een zorgprogramma oplegt bij een kind, dan is het noodzakelijk dat er een erkend zorgprogramma wordt aangeboden.

### 3.3 Provinciaal gefinancierde zorgaanbieders

In de provincie Limburg zijn er 3 grote provinciaal gefinancierde aanbieders voor jeugdzorg. Deze organisaties zijn min of meer verdeeld over Limburg: Xonar (zuid), Rubicon (midden/noord) en de Mutsaersstichting (midden/noord). Niet al deze organisaties kunnen psychiatrische zorg bieden. Alleen de Mutsaersstichting beschikt over een afdeling GGZ. Verder heeft Rubicon in haar expertise centrum ontwikkelingsstoornissen de beschikking over kinderpsychiaters. Rubicon werkt samen met Virenze in zake AWBZ zorg en daarom maken zij gebruik van Virenze kinderpsychiaters.

Bij deze 3 zorgaanbieders (Xonar, Rubicon en de Mutsaersstichting) is er een beleidsmedewerker geïnterviewd. Deze medewerkers zijn ondervraagd op het gebied van preventie van psychosociale problemen, aantal meldingen en de wachtlijst problematiek bij de provinciaal gefinancierde zorgaanbieder.

#### 3.3.1 *Preventie van psychosociale problemen*

De zorgaanbieders Xonar en Rubicon houden zich nauwelijks actief bezig met primaire en secundaire preventie, hetgeen ook niet hun primaire taak is. Xonar heeft op het gebied van alcohol en drugs preventie contacten met de Mondriaan Zorggroep. Verder is Rubicon is zich aan het oriënteren voor de mogelijkheid om een gezinsbehandeling te ontwikkelen rondom pubertijd en internetgebruik (secundaire preventie).

De Mutsaersstichting heeft wel enkele projecten gericht op primaire preventie van psychosociale problemen. Bijvoorbeeld, binnen het C+ Jeugdzorg project worden kinderen en jongeren met een gedragsstoornis in een zo vroeg mogelijk stadium gesignaleerd. Door vroegtijdige signalering en observatiediagnostiek op locatie (bijvoorbeeld in het klaslokaal) wordt er voorkomen dat problemen ernstiger worden. Ook verricht de Mutsaersstichting activiteiten op het gebied van secundaire preventie.

De Mutsaersstichting heeft bijvoorbeeld een project om vroegtijdige ernstige leerstoornissen te begeleiden. Met dit project wordt er getracht om allerlei gedrag- en emotionele problemen op latere leeftijd te voorkomen.

### 3.3.2 *Aanmeldingen en hulpverlening*

#### *Xonar*

Xonar biedt vooral hulp voor opvoed en opgroei problemen aan kinderen in de leeftijd van 0 tot 18 jaar. Deze hulpverlening is vaak gericht op kinderen met hechtingsproblemen of problemen die betrekking hebben op het gezin (ouders die weinig beschikbaar zijn voor hun kind, geldproblemen in een gezin). Ook worden er relatief veel kinderen aangemeld met autisme.

Xonar is een open instelling, waardoor behandeling van problematiek zoals orthopsychiatrie, conduct stoornis in ontwikkeling en anti-sociale stoornis niet mogelijk is binnen deze organisatie.

#### *Rubicon*

Rubicon krijgt voornamelijk kinderen met een hechtingstoornis, oppositionele gedragstoornis, anti-sociaal stoornis en autisme aangemeld. Rubicon biedt onder andere ambulante hulpverlening, gezinsbegeleiding en CLAS hulpverlening. CLAS hulpverlening kan worden ingezet als er sprake is van seksueel misbruik (zowel gericht op de daders als de slachtoffers van seksueel misbruik). Rubicon biedt ook pleegzorg en beschikt over interne gezinshuizen (gespecialiseerde pleegzorg). In een intern gezinshuis is één van de twee 'ouders' een betaalde pedagogische geschoolde medewerker is. Binnen één intern gezinshuis kunnen maximaal 4 kinderen wonen.

#### *Mutsaersstichting*

De Mutsaersstichting biedt jeugdzorg en GGZ hulpverlening. Het meldpunt voor huiselijk geweld wordt ook bememd door de Mutsaersstichting. De Mutsaersstichting krijgt veel crisisaanmeldingen waarbij sprake is van ingewikkelde pathologie. Door de combinatie van jeugd-GGZ en jeugdzorg kan de Mutsaersstichting een regionale vangnetfunctie vervullen voor complexe problemen.

### 3.3.3 *Wachlijsten bij de provinciaal gefinancierde zorgaanbieders*

De ondervraagde medewerker van Rubicon vermeldt dat er voornamelijk wachlijsten zijn voor de interne gezinshuizen (gespecialiseerde pleegzorg). Het doel van deze gezinshuizen is dat kinderen met forse problematiek zolang mogelijk in een kleine setting op één plek blijven, met als gevolg dat de doorstroom van kinderen minimaal is. Verder vermeldt de ondervraagde medewerker van Rubicon dat er weinig passende hulpverlening is voor jongeren die het net niet gaan redden bij Rubicon. Het gevolg is dat deze jongeren naar een gesloten of besloten setting moeten (Keerpunt in Cadier en Keer). Op dit moment wordt er een samenwerkingsverband tussen Rubicon en het Keerpunt opgezet. Hierbij wordt er een tussenvoorziening gecreëerd waarin de expertise van het Keerpunt met betrekking tot de zware problematiek samengevoegd wordt met de ervaring van de ambulante hulpverlening van Rubicon.

De ondervraagde medewerker van de Mutsaersstichting geeft aan dat het aantal meldingen bij de Mutsaersstichting variëren per tijdsperiode. Op het ene moment zijn er meer meldingen dan in een andere periode. Op het moment dat Bureau Jeugdzorg minder kinderen verwijst naar de Mutsaersstichting komen er meer GGZ meldingen binnen bij de Mutsaersstichting. Hierdoor ontstaan er op het ene moment wachlijsten en is er de andere keer leegstand op de behandelgroepen.





## 4 Conclusies en aanbevelingen

### 4.1 Conclusies

*Er is een discrepantie tussen de zorgbehoefte en zorgvraag, een actief signaleringsbeleid door het voorliggende veld is wenselijk*

In hoofdstuk 2 is uiteengezet dat ongeveer 6-8% van de kinderen een ernstige stoornis heeft op psychosociaal gebied en dat er een risicogroep is van ongeveer 20% van de kinderen. Voor de kinderen die (ernstig) in hun ontwikkeling worden bedreigd is jeugdzorg wenselijk. Het percentage kinderen dat ook daadwerkelijk wordt aangemeld bij Bureau Jeugdzorg Limburg, de zorgvraag, bedraagt in 2007 echter maar 2,2%. Hierin zijn kinderen die door huisartsen, kinderartsen of anderen rechtstreeks naar de jeugd GGZ zijn verwezen, niet inbegrepen. Uit de vergelijking met gegevens vanuit de epidemiologie blijkt in ieder geval dat waarschijnlijk niet alle kinderen met psychische-, emotionele- en gedragsproblemen tijdig worden herkend, of dat kinderen met psychische-, emotionele- en gedragsproblemen in hun eigen omgeving zodanig worden opgevangen dat er geen sprake is van zorgvraag. Voor epidemiologisch onderzoek van kinderen met psychische-, emotionele- en gedragsproblemen gebruikt men in Nederland vragenlijsten zoals de Child Behavior Checklist (CBCL), de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), die met afkappunten werken of op de “klinische blik” van deskundigen (expert opinion). Recentelijk is met de Development and Well-Being Assessment (DAWBA) mogelijk om een aanwijzing te krijgen voor een DSM-IV diagnose en met een klinisch interview, zoals de CIDI, is het stellen van een DSM-IV diagnose zelfs mogelijk. Maar van deze laatste mogelijkheden wordt nog nauwelijks gebruik gemaakt. De beschikbare epidemiologische gegevens zijn dan ook niet “hard”. Bovendien kunnen kinderen die beneden de afkappunten scoren, en volgens de vragenlijst als “normaal” worden gekwalificeerd, wel last hebben van psychische-, emotionele- en gedragsproblemen. Tenslotte kunnen kinderen uit loyaliteitsoverwegingen ook hun ouders en anderen proberen te beschermen of om anderen redenen niet naar waarheid antwoorden op vragen.

Uit de gesprekken met vertegenwoordigers van de voorliggende instellingen blijkt dat géén van deze instellingen een actief beleid voert om kinderen met psychische-, emotionele- en gedragsproblemen te screenen of op een systematische wijze te signaleren. Zwaanswijk onderzocht de filterfunctie van de huisarts voor het signaleren van kinderen met psychische-, emotionele- en gedragsproblemen (Zwaanswijk, 2006). Uit de studie blijkt dat de huisarts weinig direct geconsulteerd wordt voor emotionele problemen en gedragsproblemen van jeugdigen. Echter 80% van jongeren met deze problemen heeft het spreekuur van de huisarts wel bezocht, meestal met chronische lichamelijke problemen. Slechts 13% van de kinderen had hierbij expliciet genoemd dat ze psychische problemen hadden. Verder wordt in het onderzoek van Zwaanswijk gesteld dat de huisarts de emotionele en gedragsmatige problematiek van jongeren beperkt herkent. Eén op de zeven kinderen en één op de acht adolescenten bij wie ouders of leerkrachten de aanwezigheid van psychische problemen rapporteerden werd door de huisarts als zodanig herkend. Blijkbaar is bij presentatie van lichamelijke klachten, waarbij signalen voor psychische klachten ontbreken, de huisarts onvoldoende toegerust op herkennen van eventuele psychische problemen bij kinderen en jeugdigen.

Zwaanswijk raadt aan de probleemherkenning van psychische klachten door de huisarts te verbeteren, en gestandaardiseerde screeningsinstrumenten in de huisartsenpraktijk hiervoor te ontwikkelen.

Ook de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) heeft nog géén systematische wijze voor het screenen en signaleren van psychische-, emotionele- en gedragsproblemen. Ongeveer 96% van alle Nederlandse kinderen bezoekt het consultatiebureau. In de leeftijd van 0-4 jaar ziet de JGZ deze kinderen ongeveer 12 keer, het meest intensief in de eerste twee levensjaren. Daarna “verdwijnen” de kinderen uit het zicht van de JGZ, want na het vierde jaar is er slechts sprake van twee contactmomenten, ten tijde van het Periodieke Gezondheidsonderzoek (PGO). De JGZ 0-4 hanteert structureel nog géén gevalideerde signaleringsinstrument om psychische, emotionele en gedragsproblemen structureel op te sporen. Wel wordt er op consultatiebureaus soms de KIVPA, de LSPPK, de SDQ of een eigen ontwikkelde risicolijst ingezet, maar er ontbreekt vooralsnog een eenduidige strategie voor het screenen en signaleren van psychische, emotionele en gedragsproblemen. Het Centrum Jeugdgezondheid van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne (RIVM) heeft in 2007 een advies uitgebracht over het gebruik van deze signaleringsinstrumenten en wellicht zal in de toekomst dat rapport het systematische gebruik van gevalideerde signaleringsinstrumenten stimuleren.

Veelal is het consultatiebureau bezoek nu nog beperkt tot het lichamelijke welzijn en ontwikkeling, aangevuld met enkele vragen naar de sociale ontwikkeling volgens het van Wiechen schema. Een gunstige uitzondering hierop is het programma Samen Starten dat in Limburg momenteel wordt ingevoerd en nu in Maastricht, Sittard en Roermond wordt geïmplementeerd. In Samen Starten komen naast de gezondheid en ontwikkeling van het kind, bij alle contactmomenten ook de competentie van de ouders, steun van de partner, sociale inbedding en dagelijkse problemen, zoals schulden, aan de orde. Hiermee is de kans op het ontdekken van risicovolle opvoedingssituaties aanmerkelijk vergroot. In de pilot van Samen Starten waaraan ook Maastricht deelnam, steeg het percentage gesignaleerde gezinnen met ernstige problemen van 18% naar 33%. Ook het programma Stevig Ouderschap, waarin ouders meteen na de geboorte een vragenlijst ter invulling krijgen over eventuele risico's op kindermishandeling, is een voorbeeld van hoe op een systematische en structurele wijze door de JGZ gescreend zou kunnen worden op risico's van psychische, emotionele en gedragsproblemen, kindermishandeling en risicovolle opvoedingssituaties. Er wordt momenteel in Nederland geëxperimenteerd met het triage systeem, zoals bij de Hulpverleningsdienst Gelderland Midden, waarbij via een screening met vragenlijsten door een assistent kinderen worden geselecteerd die extra aandacht nodig hebben en die dan systematisch worden gevolgd en zo nodig vaker worden opgeroepen zodat ook in de leeftijd van 4-19 jaar kinderen met ernstige psychische, emotionele en gedragsproblemen eerder opgespoord en gevolgd worden.

Zowel in het basisonderwijs als in het voortgezet onderwijs zijn Zorg- en Adviesteams (ZAT's) ingesteld. Vaak zijn er twee ZAT teams: een kleine, interne ZAT waarin naast de Interne Begeleiders (IB'er), de team coördinatoren, een vertegenwoordiger van de schoolbegeleidingsdienst en soms een vertegenwoordiger van Bureau Jeugdzorg deelneemt en een grote ZAT waarin naast allen die ook aan de kleine ZAT deelnemen ook een vertegenwoordiger van de Jeugdgezondheidszorg van de GGD en soms van de politie deelnemen. Deze teams houden regelmatig leerlingenbesprekingen waarin leerlingen die zorg behoeven en extra aandacht nodig hebben, worden besproken.

Hoewel ook op scholen er nog géén systematiek is om kinderen met psychische, emotionele en gedragsproblemen actief te signaleren, zijn deze teams een grote verbetering ten opzichte van het verleden. De vertegenwoordiger van Bureau Jeugdzorg kan tijdens de leerlingenbespreking advies geven over wat Bureau Jeugdzorg te bieden heeft, maar kan ook advies geven over de aanpak van de problemen.

Het effect van de oprichting van de Centra voor Jeugd en Gezin (CJG's) voor Bureau Jeugdzorg is op dit moment nog niet duidelijk. De CJG zal de functie van Bureau Jeugdzorg niet (kunnen) overnemen. Deelname van Bureau Jeugdzorg aan een CJG is vanuit de continuïteitsgedachte in de zorgketen wel aan te bevelen en deze deelname is ook een vaststaand uitgangspunt van de minister voor Jeugd en Gezin.

Opvallend is dat géén van de voorliggende instellingen actief contextuele informatie opvraagt bij andere instellingen zodat een meer weloverwogen en goed onderbouwde verwijzing opgesteld kan worden. In de jeugdzorg is het instrument STEP of Quick-STEP in gebruik om de zwaarte van het probleem beter in beeld te krijgen. Het is goed voorstelbaar dat bij verwijzing door een huisarts in de eerstelijns het kind en ouders eerst door een eerstelijnspsycholoog of een Praktijkondersteuner Huisartsen Geestelijke Gezondheidszorg (POH-GGZ) gezien zijn, zodat er een beter onderbouwde verwijzing kan plaatsvinden. Dan kan ook beslist worden wáár de nadruk op ligt: op de GGZ en/of de jeugdzorg.

#### *Het aantal aanmeldingen bij Bureau Jeugdzorg neemt af*

Oorzaak hiervan is enerzijds de hogere drempel die Bureau Jeugdzorg in de afgelopen jaren (o.a. door de Wet op de jeugdzorg) heeft opgeworpen. Waar BJZ zich in de eerste jaren na 2001 heeft geprofileerd als organisatie waarbij jeugdigen en hun ouders terecht konden voor alle vragen over en problemen bij opvoeden en opgroeien, richt Bureau Jeugdzorg zich in de laatste jaren met name op jeugdigen die in hun ontwikkeling worden bedreigd (en hun ouders). Als jeugdigen die in hun ontwikkeling worden bedreigd zijn gesignaleerd door het voorliggende veld, volgt nadere diagnostiek en gerichte verwijzing. In de gesprekken met voorliggende instellingen blijkt dat de verwijzing naar Bureau Jeugdzorg vervolgens sterk beïnvloed wordt door de onderstaande 3 factoren;

1. Soort problematiek;
2. Houding van ouders ten opzichte van Bureau Jeugdzorg;
3. Wachttijden

#### Ad 1. Soort problematiek

Bij problematiek die duidelijk op het gebied van de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) ligt wordt zelden naar Bureau Jeugdzorg verwezen, maar rechtstreeks naar de Mutsaersstichting, de Jeugd RIAGG, Virenze of naar een particulier werkende psycholoog of psychiater. Vaak wordt dan achteraf een verwijsbrief gevraagd aan de huisarts. Een van de redenen van het passeren van Bureau Jeugdzorg zijn de wachtlijsten. Een complicerende factor bij het rechtstreeks verwijzen naar de GGZ is het feit dat bij psychische problemen van kinderen er vaak sprake is van complexe problemen in de thuissituatie, zodat uiteindelijk Bureau Jeugdzorg er tóch bij betrokken wordt.

Het blijkt dat de verwijzing nog vaak onvoldoende wordt begeleid door een heldere vraagstelling aan Bureau Jeugdzorg of de jeugd GGZ. Er wordt door de voorliggende instellingen nog zelden gebruik gemaakt van gevalideerde methoden of instrumenten om het probleem beter in kaart te brengen.

Een goed voorbeeld hoe het ook kan vormt de werkwijze van het ZAT op de basisschool De Klingerberg in Venlo waar gebruik wordt gemaakt van een werkblad “Handelingsgerichte inventarisatie, voorlopige probleemverklaring en afspraken” van Fundare dat in de praktijk goed voldoet. Op grond van dit plan vindt een meer gerichte verwijzing plaats. Deze zorgvuldige voorbereiding voorkomt dat een kind verwezen wordt alsof het “over een schutting is gegooid” om maar van het probleem af te zijn.

#### Ad 2. Houding van ouders

Bureau Jeugdzorg heeft volgens de voorliggende instellingen bij ouders vaak een negatief beeld. In de eerste plaats komt dit omdat Bureau jeugdzorg naar buiten drie gezichten heeft: (verwijzing naar) jeugdhulpverlening, jeugdbescherming en jeugdreclassering. Immers, ook het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) is onderdeel van Bureau Jeugdzorg en ouders associëren ook de voogdij en soms zelfs de Raad voor de Kinderbescherming met BJZ. Sommige ouders vrezen dat BJZ hun kind van hen afneemt. Door de menging van deze functies is het voor ouders niet altijd duidelijk wát BJZ nu precies te bieden heeft en wat er gebeurt bij een verwijzing naar BJZ. In de tweede plaats worden ouders beïnvloed door de wachttijden. Een eerste gesprek (intake) met BJZ gebeurt meestal wel snel, binnen enkele dagen of weken, maar daarna kan het vele maanden duren voordat er daadwerkelijk hulp komt voor kind en ouders. In de derde plaats wordt door medewerkers van BJZ een onderzoek dat ouders en kind al eerder hebben afgelegd, nog eens overgedaan zodat ouders het gevoel krijgen niet serieus genomen te worden. Bij alle voorliggende instellingen ontbreken vaardigheden om met ouders problemen te bespreken en hen te (kunnen) motiveren om wel naar Bureau Jeugdzorg te gaan.

#### Ad 3. Wachttijden

De (associatie van Bureau Jeugdzorg met) wachtlijsten en wachttijden schrikken ouders ook af om gevolg te geven aan een verwijzing naar Bureau Jeugdzorg.

#### *Het aantal zorgaanspraken neemt toe*

Voor het verkrijgen van de benodigde geïndiceerde zorg zijn steeds vaker meerdere zorgaanspraken nodig. Dit wordt onder andere veroorzaakt door modularisering van het aanbod door de zorgaanbieders en doordat zorgaanbieders meerdere financieringsstromen (AWBZ, doeluitkering) inzetten voor de geboden zorg. Alle partijen worstelen met het feit dat de financiering van de Jeugdzorg en van de Jeugd GGZ via vijf totaal gescheiden kanalen verloopt (WMO, doeluitkering/provincie, zorgverzekeraar, AWBZ, ministerie van justitie).

Goede ervaringen met effectief gebleken en “evidence based” programma’s zoals Multisysteem Therapie (MST) en Functionele Familie Therapie (FFT) wijzen erop dat voor complexe problematiek waarbij zowel het individuele kind, als het gezin en ook de leerkrachten allen begeleiding nodig hebben, een multi-focale aanpak vereist is. Hierbij wordt zowel het gezin ondersteund, als de school en het individuele kind. Dit betekent het opknippen van de zorgvraag in meerdere zorgaanspraken. Immers zowel het kind, als begeleiding van het gezin als van de school houden alle een aparte zorgaanspraak in. Naar verwachting zal dit in de toekomst vaker voorkomen.

*De vraag naar jeugdhulpverlening is groter dan het aanbod van jeugdhulpverlening*

Uit een ruwe analyse waarin de vraag naar jeugdhulpverlening wordt vergeleken met het aanbod van behandeling blijkt dat het huidige aanbod niet voldoende is om aan de vraag te voldoen. De aanwezigheid van de wachtlijsten voor jeugdhulpverlening ondersteunen dit.

Een gedetailleerde analyse kan inzicht geven waar de capaciteitsproblemen zich voornamelijk voordoen. Met het huidige verschil in registratiesystemen en definities is dit echter een tijdrovende en ingewikkelde exercitie.

De kwalitatieve analyse laat zien dat Bureau Jeugdzorg voornamelijk indiceert op het aanbod dat provinciaal gefinancierde zorgaanbieders bieden, ofwel er wordt niet altijd geïndiceerd op hulpverlening die werkelijk nodig is. De reden hiervoor is dat Bureau Jeugdzorg niet kan indiceren naar een hulpverleningsvorm die niet bestaat. Als het toekomstige aanbod van jeugdhulpverlening alleen gebaseerd wordt op de geconstateerde discrepantie tussen het aantal zorgaanpakken gesteld door Bureau Jeugdzorg en het huidige aanbod van jeugdhulpverlening (gebaseerd op cijfers van provinciaal gefinancierde zorgaanbieders) zal er geen goede inschatting gemaakt worden van de werkelijke behoefte aan jeugdhulpverlening. Ook nieuwe hulpverleningsvormen dienen in overweging te worden genomen.

*Toekomstige verwachtingen: observaties en opmerkingen uit het voorliggende veld*

Zowel leerkrachten als leden van de Zorg- en Adviesteams en ook de medewerkers van de Jeugdgezondheidszorg zien drie ontwikkelingen voor de toekomst wat betreft behoefte aan jeugdzorg. In de eerste plaats toename van de complexiteit van problemen, in de tweede plaats toename van de ernst van de problemen en in de derde plaats de toegenomen “mondigheid” van ouders.

Wat betreft toename in de complexiteit gaat het in de eerste plaats om toename van het aantal zorgleerlingen in het onderwijs, zoals ook blijkt uit het rapport van de Parlementaire Onderzoekscommissie “Tijd voor Onderwijs”. Bij deze zorgleerlingen gaat het vaak om een combinatie van psychische stoornissen met een verstoorde relatie tussen kind en ouders én gedragsproblemen. Dit betekent dat uitsluitend gerichte hulp voor alleen het kind, onvoldoende is. Ook steun aan de ouders of juist (tijdelijke) ontlasting van de ouders moeten worden geboden. Medewerkers van de JGZ geven aan dat zij nu gebruik maken van een soort “noodoplossing” door ouders te ontlasten en het kind naar het Medisch Kleuter Dagverblijf (MKD) of Boddaert centra te verwijzen, maar dat dit maar gedeeltelijke oplossingen zijn. De gezinssituatie van kinderen met een (lichte) stoornis op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg is van groot belang en rechtstreeks doorverwijzen naar de GGZ zonder dat Bureau Jeugdzorg onderzoek doet naar de gezinssituatie, vinden medewerkers onwenselijk. Dit ondanks het feit dat zij hieraan soms zélf meedoen om zo wachtlijsten te omzeilen. Voor complexe situaties vindt het voorliggende veld een gedegen diagnose essentieel. Dit houdt ook inzicht in de ouderlijke en omgevingssituatie in. Bij uitstek een actie die geboden wordt door Bureau Jeugdzorg.

Wat betreft toename in de ernst valt het op dat de gedragsstoornissen van kinderen in ernst toenemen. Leerkrachten geven aan dat zij door verstoring van hun lessen, door maar een paar kinderen, soms zelfs niet toekomen aan hun hoofdtaak: het geven van onderwijs. Kinderen met zeer ernstige gedragstoornissen hebben vaak ook psychische stoornissen. Deze kinderen met ernstige gedragsstoornissen zijn nu vaker dan vroeger te vinden op gewone scholen, waar leerkrachten en ouders hen niet (meer) aankunnen.

Voor deze kinderen is een setting noodzakelijk, waar zij én behandeld worden, maar ook leren zichzelf in de hand te houden. Deze kinderen zijn vaak niet meer in de thuissituatie te handhaven. Het voorliggende veld erkent en herkent deze problematiek, maar weet niet waarheen deze kinderen verwezen kunnen worden omdat, volgens hen, voor dagopvang en behandeling, in Limburg wachtlijsten zijn. Het is bekend dat het samenbrengen van kinderen met ernstige gedragsstoornissen die ook nog opstandig en agressief zijn, in grote groepen zelfs averechts kan werken. Het voorliggende veld meent dat opvang in kleine groepen met een voogd of groepswerkers, wellicht een oplossing zou kunnen bieden.

In de derde plaats blijken ouders steeds meer te eisen qua behandelprogramma's. Dit kan een voordeel zijn als ouders zo goed geïnformeerd zijn dat zij om de meest effectieve programma's vragen, maar het kan hen ook tegenhouden om naar Bureau Jeugdzorg te gaan omdat ze niet geloven in het effect van de hulp waarheen Bureau Jeugdzorg hen verwijst.

Tenslotte is kort het werkterrein van de Centra voor Jeugd en Gezin (CJG) aangestipt. De volgende opmerkingen geven de visie van de opsteller van het rapport aan, mede gebaseerd op observaties en opmerkingen uit het voorliggende veld. De ondervraagde maatschappelijk werk organisaties verwachten dat de afstand tussen maatschappelijk werk en Bureau Jeugdzorg dichter bij elkaar komt in de toekomst o.a. door de invoering van het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG). Verder heeft één maatschappelijk werk organisatie het voornemen om (gevalideerde) signaleringslijsten te gaan gebruiken in de toekomst om sneller en beter psychosociale problemen op te sporen.

Er is géén nationale blauwdruk voor het opzetten van de Centra voor Jeugd en Gezin (CJG's), wel een landelijk basismodel voor de CJG's van de minister voor Jeugd en Gezin (Regeling van de Minister voor Jeugd en Gezin van 9 januari 2008). Naar verwachting zal een CJG voorlopig een samenwerking zijn tussen verloskundigen en kraamzorg, jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar, eventueel huisartsen en fysiotherapeuten en maatschappelijk werk. In Amsterdam neemt ook Vangnet Jeugd deel aan de Ouderen Kindcentra (OKC). Soms zijn CJG's in gemeenten beperkt gebleven tot het samenbrengen van de voornoemde instellingen onder één dak, soms zijn er convenanten en samenwerkingsovereenkomsten getekend en op een enkele plaats, zoals in Rotterdam, wordt er al werk gemaakt van het kindvolgsysteem waarbij het afgeven van een signaal door meer dan één instelling, er een zogenaamde "match" tot stand komt dat al aanleiding geeft tot actie. De introductie van het Elektronisch Kinddossier (EKD) door de Jeugdgezondheidszorg zal het stroomlijnen van de informatie tussen de Jeugdgezondheidszorg en de andere partners kunnen versnellen. Naar verwachting zal een CJG vooral een virtuele rol spelen en gehoopt wordt dat het vooral zijn weg vindt in daadkracht en niet als een extra schijf tussen het voorliggende veld, Bureau Jeugdzorg en de jeugdzorginstellingen.

## 4.2 Aanbevelingen<sup>1</sup>

### *Inzet van gevalideerde signaleringsinstrumenten en training*

Aanbevolen wordt om in alle voorliggende instellingen actiever kinderen met psychische, emotionele en gedragsproblemen te signaleren.

---

<sup>1</sup> De aanbevelingen hebben alle betrekking op factoren die direct de zorgvraag en zorgaanbod beïnvloeden

Dit kan door inzet en gebruik van gevalideerde instrumenten en methoden, maar ook bijvoorbeeld door leerkrachten extra te trainen om signalen die wijzen op een risicovolle opvoedingssituatie tijdig te herkennen. Deze aanbeveling is in lijn met de nieuwe werkwijze van Integraal Toezicht, een samenwerking van de gezamenlijke 5 Inspecties rond de jeugd, dat in de nabije toekomst eisen stelt voor het signaleren van risicovolle opvoedingssituaties. Door het verbeterd signaleren zal de zorgvraag vermoedelijk eerst toenemen, maar door eerder ingrijpen zal de zorgvraag van ernstige problematiek op latere leeftijd in de toekomst wellicht verminderen.

*Uitbreiding van methodieken die ook de ouders en gezinsomgeving in kaart brengen*

Methoden die behalve de ontwikkeling van het kind ook de situatie van de ouders en van de gehele gezinsomgeving in kaart brengen, zoals Samen Starten en Stevig Ouderschap, zijn een waardevolle aanvulling om risicovolle opvoedingssituaties in gezinnen met jonge kinderen zo vroeg mogelijk te signaleren zodat daarna gericht steun geboden kan worden. Ook hiervoor geldt dat door verbeterd signaleren de zorgvraag vermoedelijk eerst zal toenemen, maar door eerder ingrijpen zal de zorgvraag van ernstige problematiek op latere leeftijd in de toekomst wellicht verminderen.

*Motivering ouders voor aanmelding van kinderen met ernstige psychosociale problematiek bij Bureau Jeugdzorg*

Aanbevolen wordt om medewerkers van alle voorliggende instellingen te trainen in het omgaan en motiveren van ouders om gevolg te geven aan de verwijzing naar Bureau Jeugdzorg en de Jeugd GGZ. Zoals gesteld gaan ouders vaak door gebrek aan kennis over Bureau Jeugdzorg of uit angst na een verwijzing toch niet naar BJZ. Een training in oplossingsgericht werken, Motivational Interviewing (MI) of een andere methodiek zal de vaardigheden van medewerkers om ouders te motiveren doen toenemen. De onderstaande 5 punten maken volgens de internationale literatuur de kans voor een vruchtbare samenwerking tussen hulpverleners en ouders groter:

- eerlijkheid;
- voldoende informatie wat ouders van deze hulpverlener en van deze instelling kunnen verwachten;
- voldoende informatie in rechten en plichten van ouders, van de hulpverlener en instelling;
- het bieden van keuzes, hoe gering ook, aan ouders;
- voldoende informatie over het hele terrein van de hulpverlening. Waarheen kunnen ouders zich wenden in geval van een vraag?

*Uitbreiding van behandelmethodieken waarbij zowel het individuele kind of jongere, het gezin als de school tegelijk worden ondersteund.*

Voor complexe problematiek waarbij zowel het individuele kind, als het gezin en ook de leerkrachten allen begeleiding nodig hebben, is een multi-focale aanpak vereist. Deze vorm van ondersteuning zal het aantal kinderen dat opgenomen moeten worden in grootschalige gesloten jeugdinstellingen waarschijnlijk gedeeltelijk kunnen voorkómen.

*Uniformering registraties en definities Jeugdzorg Limburg*

Voor inzicht in de mate waarin de vraag naar en het aanbod van jeugdhulpverlening met elkaar overeenstemmen is het wenselijk registratiesystemen en definities binnen de jeugdzorg af te stemmen. Gezien de conceptnota van Ernst & Young met betrekking tot een gemeenschappelijk ICT beleid jeugdzorg Limburg is hier al een begin mee gemaakt.

*Intensivering overleg over financiering van de jeugdzorg en jeugd GGZ*

Aanbevolen wordt dat de vijf partijen die de jeugdzorg en jeugd GGZ nu financieren in elk geval per provincie en regio met elkaar tot goede werkafspraken komen en niet nodeloos naar elkaar verwijzen om de jeugdzorg te financieren. Idealiter zal er één financieringssysteem de beste oplossing bieden.

Een belangrijk gesprekspunt gedurende het overleg over financiering zijn de indicatoren die de hoogte van doeluitkering beïnvloeden. Op nationaal niveau worden twee indicatoren gebruikt: het aantal allochtonen en het aantal éénoudergezinnen. Dit lijken vrij willekeurig gekozen en wetenschappelijk niet goed onderbouwde criteria, wellicht onder invloed van de grote steden. Immers, als bij allochtonen rekening wordt gehouden met de socio-economische status (SES), dan vallen de meest verschillen weg (Öry et al., 2003). Het wordt aanbevolen om hierbij uit te gaan van wetenschappelijk onderbouwde criteria.



## Referenties

Achenbach TM, Rescorla LA (2000). Manual for the ASEBA preschool forms & profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & families.

Achenbach TM, Rescorla LA (2001). Manual for the ASEBA school-age forms & profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & families.

Brugman E, Reijneveld SA, den Hollander-Gijsman ME, Burgmeijer RJF, Radder JJ. Peilingen in de jeugdgezondheidszorg PGO-Peiling 1997/1998(1999). Leiden: TNO Preventie en Gezondheid

Carter AS, Briggs-Gowan MJ (2000). Infant Toddler Social and Emotional Assessment (ITSEA) manual. New Haven: Yale University, Department of Psychology.

CBS (2008a). Leerlingen in het primair onderwijs naar onderwijssoort en schoolregio, 2006/07. <http://statline.cbs.nl>.

CBS (2008b). Bevolking naar burgerlijke staat, geslacht, leeftijd en regio 2004-2007. <http://statline.cbs.nl>.

CO ACT Consult (2003). Vijf weken Bureau Jeugdzorg Limburg. Een analyse van de instroom. Tilburg: CO ACT Consult.

Derks WM, Hensgens JCG, Nieuweboer JMMJ (2005). Bevolking Limburg 2004-2035. Etil, Maastricht.

GGD Noord- en Midden Limburg. Infokaart GGD Noord- en Midden-Limburg Psychosociale problematiek jongeren. Januari 2005

GGD Oostelijk Zuid-Limburg. Psychosociale gezondheid Jeugd Oostelijk Zuid-Limburg-Schooljaar 2002-2003. December 2004.

Goldberg D, Huxley P (1992). Common mental disorders. London:Routledge.

Ham KHG van der (2007). Project Heroverweging Indicaties, Bureau Jeugdzorg Limburg. Roermond: Bureau Jeugdzorg.

Hermanns J, Öry FG & Schrijvers G (Inventagroep2005): Helpen bij opgroeien en opvoeden: eerder, sneller en beter. Een advies voor VWS over vroegtijdige signalering en interventies bij opvoed- en opgroei problemen.

Jongerenonderzoek (2005). Onderzoek door GGD'en naar het middelengebruik en (riskant) gedrag bij Limburgse scholieren in het voortgezet onderwijs. GGD Limburg, Venlo/Geleen.

Kinderen in Tel (2007). Kinderrechten in alle staten. Een handreiking over jeugdbeleid voor provinciebestuurders. Utrecht: Verweij-Jonker Instituut.

Öry FG (editor) Toegankelijkheid van de Ouder- en Kindzorg voor Marokkaanse en Turkse gezinnen. TNO Preventie en Gezondheid ISBN: 90-6743-989-4. Leiden 2003.

Parlementair Onderzoek Onderwijsvernieuwingen: Eindrapport "Tijd voor Onderwijs". KST113842 Sdu Uitgevers 's-Gravenhage 2008

Provincie Limburg No. G-07-014-1. Uitvoeringsprogramma Jeugdzorg Limburg 2008, Maastricht 6 november 2007.

Regeling van de Minister voor Jeugd en Gezin van 9 januari 2008, nr. DJB/APJB-2821052, houdende regels voor het verstrekken van specifieke uitkeringen ten behoeve van de centra voor jeugd en gezin (Tijdelijke regeling CJG).

Reijneveld SA, Vogels AGC, Brugman E, Van Ede, Verhulst FC, Verloove-Vanhorick SP. Early detection of psychosocial problems in adolescents. How useful is the Dutch short indicative questionnaire (KIVPA). Eur J Publ Health 2003;13:152-159.

Sytema S, Gunther N, Reelick F, Drukker M, Pijl B, Land H van 't (2006). Verkenningen in de Kinder- en Jeugdpsychiatrie. Een bijdrage uit de Psychiatrische Casusregisters: Rijnmond, Zuid-Limburg, Noord-Nederland. Trimbos-instituut, Utrecht.

Ter Bogt T, Van Dorsselaer S, Vollebergh W (2003). Psychische gezondheid, risicogedrag en welbevinden van Nederlandse scholieren: HBSC Nederland 2002. Utrecht: Trimbos Instituut.

Tick NT, Van der Ende J, Verhulst FC. Twenty-year trends in emotional and behavioral problems in Dutch children in a changing society. Acta Psychiatr Scand 2007;116: 473-482.

Van Dorsselaer S, Zeijl E, Van den Eeckhout S, Ter Bogt T, Vollebergh (2007). HBSC 2005 Gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland. Utrecht: Trimbos Instituut.

Verhulst FC, Van der Ende J, Rietbergen A. Ten-year time trends of psychopathology in Dutch children and adolescents: no evidence for strong trends. Acta Psychiatr Scand 1997;96:7-13.

Vogels T (1992). Psychische problemen bij leerlingen in het tweede leerjaar van het voortgezet onderwijs in Oostelijk Zuid-Limburg. Leiden, TNO NIPG.

Vogels T, Reijneveld SA, Brugman E, Den Hollander-Gijsman M, Verhulst FC, Verloove-Vanhoorick. Detecting psychosocial problems among 5-6 year old children in Preventive Child Healthcare. The validity of a short questionnaire used in an assessment procedure for detecting psychosocial problems among children. Eur J Publ Health 2003;13:353-60.

Vogels AGC. The Identification by Dutch Preventive Child Health Care of Children with Psychosocial Problems: Do Short Questionnaires Help? Proefschrift Rijksuniversiteit Groningen, 2008.

Vreugdenhil C, Doreleijers TAH, Vermeiren R, Wouters LFJM, Van den Brink W (2003) Psychiatric disorders in a representative sample of incarcerated boys in the Netherlands. *J Am Acad Child Adol Psychiatry*, 43, 1, 97-104.

Zeijl E, Crone M, Wiefferink K, Keuzenkamp S, Reijneveld M. *Kinderen in Nederland*. Den Haag/Leiden, Sociaal en Cultureel Planbureau/TNO-Kwaliteit van Leven, SCP/TNO-publicatie 2005/4, april 2005, ISBN 90 377 0209 0.

Zwaanswijk, Marieke (2005): *Pathways to Care. Help-seeking for child and adolescent mental health problems*. Academisch Proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam 2005.



## Afkortingen

AMW	Algemeen Maatschappelijk werk
BJZ	Bureau Jeugdzorg
CBCL	Child Behavior Checklist
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CIDI	Composite International Diagnostic Interview
DAWBA	Development and Well-Being Assessment
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children
ITSEA	Infant Toddler Social and Emotional Assessment
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
KIVPA	Korte Indicatieve Vragenlijst voor Psychosociale problematiek bij Adolescenten
LSPPK	Landelijke Signaleringslijst voor Psychosociale Problematiek bij Kleuters
SDQ	Strength and Difficulties Questionnaire
TRF	Teacher Report Form
UBTP	Uniforme deel Basistakenpakket
YSR	Youth Self Report
ZAT	Zorg- en Adviesteam



## Dankwoord

Wij willen de volgende mensen bedanken voor hun bijdrage aan dit rapport:

Fred Baltus (Bureau Jeugdzorg Limburg)

Frans Grommen (Service.JZ Limburg)

KlaasJan Hajema (GGD Zuid Limburg)

Pedro Mares (Xonar)

Marie-José Notten (Rubicon jeugdzorg)

Hans Spee (GGD Noord en Midden Limburg)

Gerard van de Straat (Bureau Jeugdzorg Limburg)

Paul Termaat (Mutsaersstichting)

Diane Toll (TNO Kwaliteit van Leven)

Ton Vogels (TNO Kwaliteit van Leven)

Daarnaast willen we op deze plaats nogmaals iedereen die heeft deelgenomen aan de interviews en focusgroepen bedanken.