



Gemeente Rotterdam



Vraagontwikkelingsonderzoek Rotterdam-Rijnmond

Verdiepend onderzoek naar ontwikkeling
zorggebruik, problematiek, stapeling van
zorg en verwijzingen



Vraagontwikkelingsonderzoek Rotterdam-Rijnmond

**Verdiepend onderzoek naar
ontwikkeling zorggebruik,
problematiek, stapeling van zorg en
verwijzingen**

Van

Afdeling Onderzoek en Business Intelligence/Rotterdamse Service Organisatie
Gemeente Rotterdam

Datum

Januari 2014



Onderzoek uitgevoerd in opdracht van de samenwerkende gemeenten Jeugdhulp Rijnmond en het programma Decentralisatie Jeugdzorg van de gemeente Rotterdam

Dit rapport is deel van de serie Vraagontwikkelingsonderzoek 2013:

- Verdiepend onderzoek naar jeugd-GGZ, ABWZ-gefinancierde zorg voor jeugd, forensische psychiatrie en AMK
- Verdiepend onderzoek naar risicofactoren en zorggebruik
- Verdiepend onderzoek naar duur, kosten en combinaties van zorg
- Verdiepend onderzoek naar ontwikkeling van zorggebruik, type problematiek, stapeling van zorg en verwijzingen

Samenvatting

Inleiding

Met het oog op de decentralisatie van de jeugdzorg hebben gemeenten in de regio Rotterdam-Rijnmond behoefte aan informatie over aard en omvang van de zorgvraag en het zorggebruik van jeugdigen (0 tot 23 jaar). In maart en april 2013 zijn de *Startfoto Rotterdam* en de *Startfoto van de regio Rotterdam-Rijnmond* gepubliceerd¹. Deze gaven inzicht in het zorggebruik en de zorgkosten van zowel preventieve als geïndiceerde jeugdhulp. Na de *Startfoto* is een verdiepend vraagontwikkelingsonderzoek uitgevoerd dat bestaat uit vier onderdelen:

1. VOO1 over risicofactoren en zorggebruik.
2. VOO2-1 over duur, kosten en combinaties van zorg.
3. VOO2-2 over ontwikkeling zorggebruik, problematiek, stapeling van zorg en verwijzingen.
4. VOO3, verdiepend onderzoek naar jeugd-GGZ, ABWZ-gefinancierde zorg voor jeugd, forensische psychiatrie en Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK).

Dit rapport (VOO2-2) heeft dus betrekking op de ontwikkeling in zorggebruik in de periode 2006-2011, de aard van de problematiek, stapeling van zorg en de verwijzingen naar de geïndiceerde zorg. Dit levert inzichten op die nodig zijn voor het beoordelen van het ramings- en verdeelmodel van jeugdhulpmiddelen² en het efficiënter en effectiever indelen van de jeugdketen.

Gegevensverzameling

De gegevens in dit rapport zijn met name afkomstig uit registratiesystemen van instellingen die preventieve jeugdhulp³ (o.a. jongerentrajecten en Schoolmaatschappelijk werk) en geïndiceerde jeugdhulp aanbieden (Jeugd- en Opvoedhulp, Jeugdbescherming, Jeugdreclassering, Jeugdzorg Plus, jeugd-GGZ en jeugd-LVB zorg⁴). Deze gegevens zijn grotendeels op individueel niveau verzameld en betreffen cliënten tot 23 jaar uit de regio Rotterdam-Rijnmond, inclusief Goeree-Overflakkee, die in 2010 en 2011 een beroep hebben gedaan op het zorgaanbod. Voor het onderzoek naar de ontwikkeling in zorggebruik over de tijd zijn de cliëntgegevens over 2010 en 2011 gekoppeld aan de cliëntgegevens van het vraagontwikkelingsonderzoek uit 2008 (uitgevoerd door B&A Consulting). Beide type cliëntgegevens zijn gepseudonimiseerd aangeleverd en bewerkt, met respect voor de privacy wetgeving. Daarnaast is gebruikgemaakt van het Psychiatrisch Casusregister Rijnmond (GGZ-Zvw), rapportages van het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) (indicaties AWBZ-zorg), kwalitatieve informatie verstrekt door zorgaanbieders en informatie uit literatuuronderzoek.

¹ Zie rapport *Startfoto regio Rotterdam-Rijnmond, zorggebruik en zorgkosten van de jeugd in 2010 en 2011*, 2013 en *Startfoto Rotterdam, zorggebruik en zorgkosten van de jeugd in 2010 en 2011*, 2013.

² In opdracht van VWS heeft het SCP in 2007 een ramings- en verdeelmodel gemaakt over de verwachte ontwikkelingen in het gebruik van de jeugdhulp en de verdeling van middelen over de regio's (SCP, 2009). In 2012/2013 werkt het SCP samen met Cebeon aan een nieuwe versie.

³ Het betreft alleen de individuele preventieve jeugdhulp die de gemeenten voor jeugdigen en gezinnen inzetten, niet het collectieve aanbod, zoals voorlichting.

⁴ In de nieuwe Jeugdwet is vermeld dat de hele AWBZ-gefinancierde zorg voor jeugd gedecentraliseerd wordt naar de gemeenten. Ten tijde van de verzameling van cliëntgegevens voor dit onderzoek betrof het nog slechts de jeugd-LVB zorg. Voor veranderingen in zorggebruik, stapeling van zorg en verwijzingen zijn alleen gegevens van de jeugd-LVB zorg gebruikt. Voor de analyse van type problematiek is breder gekeken naar alle ABWZ-gefinancierde zorg voor jeugd.

Resultaten

Veranderingen in zorggebruik

Een analyse van het zorggebruik van 2006 tot 2011 laat het volgende zien. De grootste veranderingen zijn te zien in het gebruik van Jeugd- en Opvoedhulp (J&O). In 2006 waren dat 3.100 en in 2011 5.800 jeugdigen in zorg. Met name bij de ambulante hulp en de pleegzorg is het zorggebruik in 2011 veel groter. Deze veranderingen worden echter grotendeels verklaard door de wijze van registratie, want in 2006 werden alleen de meest zware cases geregistreerd en alleen de hoofdvorm van zorg. Het aantal jeugdigen met een Ondertoezichtstelling (OTS) lijkt over deze periode gestegen, namelijk van 2.500 in 2006 naar 2.961 jeugdigen in 2011, met een piek in 2007. Het aantal AMK-onderzoeken lijkt licht gedaald van 1.739 tot 1.646. Ten opzichte van 2006 lijkt bij de jeugdbeschermingsmaatregel Voogdij een kleine daling te zien, namelijk van 770 naar 640. Het aantal jeugdigen met een reclasseringsmaatregel is redelijk stabiel gebleven (1.330 in 2006 en 1.311 in 2011). Het aantal jeugdigen met AWBZ-zorg voor licht verstandelijk beperkten (LVB) lijkt sterk gedaald van 650 in 2006 naar 393 in 2011. Deze gegevens zijn echter gebaseerd op de gegevens van één zorgaanbieder, zodat dit ook een reflectie kan zijn van het marktaandeel van deze aanbieder of met de registratie te maken heeft. In de jeugd-GGZ is een stijging te zien van 5.000 naar 6.573.

Al met al blijkt een vergelijking van de gegevens uit het huidige met het voorgaande vraagontwikkelingsonderzoek allerlei haken en ogen te kennen, waardoor deze slechts in beperkte mate is te maken. Het huidige vraagontwikkelingsonderzoek levert het meest complete beeld op.

Ontwikkeling van demografische en sociaaleconomische factoren

Hiernaast is ook gekeken naar de groei in het aantal jeugdigen in de periode 2006-2011 en naar enkele factoren die een rol spelen bij zorggebruik, zoals percentage en aantal eenoudergezinnen, percentage en aantal niet-westerse allochtonen en het percentage en aantal huishoudens met een laag inkomen.

Het aantal jeugdigen van 0 t/m 17 jaar in de regio Rotterdam-Rijnmond is van 2006 tot 2012 toegenomen van 247.234 naar 256.569 (4% groei), het aantal jeugdigen van 0 t/m 22 jaar is toegenomen van 321.406 tot 338.057 jeugdigen (5% groei). De factoren die een rol spelen bij zorggebruik (eenoudergezin, niet-westerse allochtoon en huishoudens met een laag inkomen) zijn in verhouding tot de bevolking niet veel toegenomen in de periode van 2006 tot 2011, maar in absolute aantallen is er wel sprake van een toename. Deze toename is vooral te zien bij het aantal eenoudergezinnen, dat is toegenomen van 47.490 naar 52.052 (10% groei). Het aantal niet-westerse allochtonen (0 t/m 25 jaar) is slechts weinig toegenomen van 126.618 tot 127.694 (1% groei) en het aantal huishoudens met een laag inkomen van 237.618 naar 243.347 (2% groei).

Verklaring voor de groei van het jeugdhulpgebruik

De toename in het zorggebruik bij de J&O, de jeugd-GGZ en het aantal jeugdigen met OTS is veel sterker dan op basis van demografische kenmerken en achtergrondkenmerken te verklaren is. Hierboven is al aangegeven dat de vergelijking van beide vraagontwikkelingsonderzoeken niet zo maar gemaakt kan worden.

Andere mogelijke oorzaken van het grotere zorggebruik in 2010-2011, die echter niet zijn onderzocht, zijn beleidsinterventies zoals het beschikbaar stellen van extra budget voor het wegwerken van wachtlijsten, de overheveling van de (jeugd-)GGZ naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) (in 2008), creëren van extra capaciteit in de pleegzorg, intensivering in het kader van bepaalde programma's zoals *Ieder Kind Wint* en gedrag van hulpverleners naar aanleiding van aanpassing van protocollen na incidenten.

Landelijke ontwikkeling van het jeugdhulpgebruik

Uit recent onderzoek van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) (november 2013, *Groeit de jeugdzorg?*) blijkt landelijk een groei van het beroep op jeugdzorg in de periode 2001-2011, vooral van ambulante J&O en jeugd-GGZ.

Een vergelijking van de groeipercentages van het jeugdhulpgebruik in de regio Rotterdam-Rijnmond met de landelijke groeipercentages over dezelfde periode vergeleken levert het volgende op. Het laat zien dat het patroon bij J&O in de regio grillig is en niet te vergelijken met het landelijke patroon. Dit kan echter met de registratie te maken hebben, omdat in 2006 alleen de zwaarste cases werden geregistreerd en alleen op hoofdvorm van zorg. Over het algemeen stijgt in de regio en landelijk het gebruik van ambulante J&O in de periode 2006-2011. Wat verder opvalt, is dat het gebruik van residentiële zorg in de regio stijgt van 2010 naar 2011, terwijl dit landelijk daalt. Daarnaast laten de volgende zorgvormen hetzelfde beeld zien in de regio als landelijk: Jeugdzorg Plus (2006-2007 stijging, 2010-2011 daling), jeugdbescherming (stijging in 2006-2007, daling in 2010, stijging in 2011), jeugd-GGZ (stijging van 2006-2011) en jeugd-LVB (stijging 2006-2007, daling 2010-2011).

Het SCP kon de overall groeitrends van 2006 tot 2011 niet verklaren uit de groei van de bevolking en de ontwikkeling van risicokenmerken van de bevolking. Het SCP vermoedt dat de groei vooral te maken heeft met maatschappelijke ontwikkelingen, beleids- en aanbodsfactoren. Voor de periode van 2012 t/m 2017 schat het SCP de gemiddelde groei van het jeugdzorggebruik op 2,2% per jaar. Hierbij is geen rekening gehouden met de eventuele effecten van de decentralisatie van de jeugdzorg.

Problematiek van jeugdigen in zorg

Jeugdhulpinstellingen, zowel preventieve als geïndiceerde, houden de aard en ernst van de problematiek van jeugdigen in zorg in eerste instantie bij in individuele dossiers. Diagnostiek is onderdeel van dit proces. Niet alle organisaties hebben de gewoonte om type problematiek vast te leggen in een gestandaardiseerd registratiesysteem. Hiervoor dragen zij verschillende redenen aan zoals definitiekwesties en tijdgebrek. Ook speelt mee dat de subsidiegever dit vanuit de landelijke wet- en regelgeving op dit moment niet expliciet verlangt. Bij elk type problematiek worden verschillende indelingen gebruikt. De jeugd-GGZ houdt type problematiek het meest consequent bij, op basis van de DSM-indeling.

Preventieve jeugdhulp

Bij de preventieve vormen van zorg is er een redelijk beeld van type problematiek aanwezig, al wordt dit niet door elke zorgaanbieder even systematisch en volledig geregistreerd.

Het type problemen dat het meest genoemd wordt door preventieve jeugdhulpinstellingen is: opvoedings- en gezinsproblemen, emotionele en cognitieve problemen (vooral bij het Schoolmaatschappelijk Werk), gedragsproblemen, overlast en contact met politie/justitie, schoolproblemen, problemen met huisvesting (vooral bij Gezinscoaching) en geen dagbesteding, school of werk.

Jeugd-GGZ

Voor de grootste groep zorggebruikers (jeugd-GGZ) is van ongeveer de helft van de cliënten bekend om welk type problemen het gaat. Aandachtstekort-, gedrags- en autisimestoornissen zijn de meest voorkomende problemen (ongeveer 45% van alle problemen). Het gaat daarbij alleen om tweede-lijnszorg. Bij de overige jeugd-GGZ cliënten, die in zorg zijn bij aanbieders buiten de regio of bij vrijgevestigde aanbieders ontbreken gegevens. Het is goed mogelijk dat zij voor andere problemen in zorg zijn dan de cliënten van de grote instellingen in de regio. De resultaten wat betreft het type problematiek kunnen dan ook niet worden gegeneraliseerd naar alle jeugd-GGZ cliënten.

Bureau Jeugdzorg en Jeugd- en Opvoedhulp

Over het type problematiek waarvoor kinderen bij Bureau Jeugdzorg (BJZ) komen (Toegang) en bij Jeugd- en Opvoedhulp (J&O) is, op basis van wat er beschikbaar is uit de beschikbare geautomatiseerde registraties, weinig bekend. In Utrecht en Haaglanden zijn onderzoeken gedaan, maar deze voegen weinig toe. Bij autochtone cliënten bij BJZ Utrecht is bekend dat het vaak om (enkelvoudige) kindproblematiek gaat. Bij allochtone cliënten gaat het vaker om meervoudige en multiproblematiek. Over ambulante jeugdhulp, de grootste groep onder gebruikers van J&O, is niets bekend. Alleen bij cliënten in dagbehandeling en residentiële opvang is wat doelgroeponderzoek gedaan door een enkele aanbieder in de regio.

Jeugdzorg Plus

Bij de relatief kleine groep cliënten van de Jeugdzorg Plus is redelijk bekend wat het type problematiek is. Vooral agressieproblematiek, LVB- en zedenproblematiek worden aangegeven.

AWBZ-gefinancierde zorg voor jeugd

Bij de AWBZ-zorg is informatie aanwezig over de grondslag van indicaties, maar specifieke problematiek voor zorggebruik is onbekend.

Al met al is er bij de grootste groepen geïndiceerde zorggebruikers, namelijk de jeugd-GGZ en de ambulante J&O, wat type problematiek betreft het beeld ofwel incompleet ofwel afwezig. De gegevens over een aantal specifieke cliëntgroepen (crisis, Jeugdzorg Plus) voegt wel iets toe, maar het gaat om relatief kleine groepen cliënten. De regio staat hierin overigens niet alleen. Ook landelijk ontbreekt het beeld over type problematiek in de J&O.

Stapeling van zorg

Stapeling binnen Jeugd en Opvoedhulp

Binnen de J&O ontvangt ruim de helft van de cliënten (53%) één type zorgvorm, 35% ontvangt twee zorgvormen en 10% maakt gebruik van drie zorgvormen. De meeste kinderen in 2010 en 2011 hebben alleen Jeugdhulp Individueel (41%). De combinatie Jeugdhulp Individueel en Pleegzorg komt het vaakst voor, namelijk bij 17% van de kinderen, gevolgd door Jeugdhulp Individueel en Dagbehandeling (12%) en Jeugdhulp Individueel en Residentiële zorg (12%). Jeugdhulp Groep komt vrijwel alleen in combinatie voor met andere zorgvormen. Residentiële zorg en Dagbehandeling worden ook grotendeels (meer dan 80%) in combinatie met andere zorgvormen van J&O aangeboden.

Stapeling tussen verschillende vormen van geïndiceerde jeugdhulp

Wat betreft combinaties met andere vormen van geïndiceerde zorg is opmerkelijk dat alle vormen van J&O regelmatig samen gaan met jeugd-GGZ. Met name jeugdigen met Jeugdhulp Groep (41%), Dagbehandeling (40%) en Jeugdzorg Plus (49%) ontvangen vaak ook jeugd-GGZ. De residentiële zorg (51%) en de Jeugdzorg Plus (88%) gaan vaak samen met een maatregel voor jeugdbescherming.

Verwijzingen naar de geïndiceerde zorg

Om het aantal verwijzingen naar de geïndiceerde zorg in kaart te brengen zijn registratiesystemen van zorgaanbieders in de preventieve en geïndiceerde jeugdzorg geanalyseerd.

Uitstroom preventieve zorg

Vanuit de jeugdgezondheidszorg worden jeugdigen het meest doorverwezen naar een medische of paramedische zorgverlener (m.u.v. de huisarts) (44,2%) gevolgd door de huisarts (29,8%). Ook worden jeugdigen vaak binnen het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG) zelf doorverwezen (17,2%), met name naar een pedagoog. Verwijzing vanuit de jeugdgezondheidszorg naar de geïndiceerde zorg komt niet vaak voor: 1,5% wordt doorverwezen naar een jeugd-GGZ instelling of psychologenpraktijk, 1,2% naar het AMK en 0,7% naar BJZ. Vermoedelijk worden jeugdigen bij opvoed- en opgroei problemen vanuit de jeugdgezondheidszorg eerst naar een pedagoog, opvoedbureau of gezinscoach van het CJG doorverwezen en komen daarna pas in de geïndiceerde zorg terecht, als dit nodig is.

Bij het Schoolmaatschappelijk Werk (SMW) (basisonderwijs) betreffen doorverwijzingen vooral *Weer Samen naar School* (26% van de verwijzingen). Doel hiervan is om kinderen met gedrags- of leerproblemen met de benodigde zorg en begeleiding zo veel mogelijk op de gewone basisschool te houden. Bij 12,5% van de verwijzingen gaat het om preventieve opvoedondersteuning. Ook verwijst het SMW regelmatig door naar de tweedelijnszorg: 10,8% van de doorverwijzingen betrof een doorverwijzing naar een jeugd GGZ-instelling, 8,6% naar BJZ, en 3,7% naar het AMK.

Bij het SMW (basisonderwijs) is echter bij 54% van de jeugdigen onbekend of zij doorverwezen zijn.

Instroom geïndiceerde zorg

Uit het overall cliëntenbestand van BJZ blijkt dat aanmelding bij BJZ veelal gebeurt vanuit het gedwongen kader. Verreweg de belangrijkste aanmelder is de kinderrechter (35,0%), gevolgd door de Raad van de Kinderbescherming (15,9%). Andere belangrijke aanmelders zijn Onderwijsvoorzieningen (8,3%), het AMK of het Interventieteam Huiselijk Geweld (7,2%) en de politie (7,2%). Slechts 4,3% van de aanmeldingen is via jeugdgezondheidszorg, CJG of Algemeen maatschappelijk werk (AMW). Hierbij is de aantekening dat bij 29% van de cliënten de wijze van aanmelding niet bekend was.

De jeugd-GGZ biedt een heel ander beeld. Bijna de helft (48,4%) van de verwijzingen naar de jeugd-GGZ vond in 2010 en 2011 plaats via de huisarts (48,4%), op afstand gevolgd door het ziekenhuis (17,0%) en een (andere) jeugd-GGZ instelling (10,2%). Hierbij is de aantekening dat bij een groot deel van de cliënten (47%) de wijze van aanmelding niet bekend was.

In de registratiesystemen van de enige LVB-aanbieder waarvan cliëntgegevens voorhanden waren, ontbraken gegevens over de aanmelder. Ook bij MEE ontbraken deze gegevens. Over verwijzingen naar de LVB-zorg, noch over verwijzingen naar de andere vormen van ABWZ-gefinancierde zorg is dus niets bekend.

De conclusie is dat er weinig vanuit de jeugdgezondheidszorg naar de tweede lijn wordt verwezen en ook weinig vanuit het CJG in brede zin. Vanuit het SMW gebeurt dit meer. Bij BJZ komt 65% van de aanmeldingen via het gedwongen kader, AMK of politie binnen. Bij de jeugd-GGZ stroomt 65% van de aanmeldingen via de gezondheidszorg in (huisarts, ziekenhuizen).

Doorverwijzing vanuit de preventieve jeugdhulp naar andere vormen van zorg en aanmeldingskanalen bij de geïndiceerde jeugdhulp worden vaak niet goed geregistreerd.



Inhoudsopgave

1	Inleiding	10
1.1	Gegevensverzameling en data-analyse	11
2	Veranderingen in zorggebruik	12
2.1	Ontwikkeling van de populatie jeugdigen tussen 2006 en 2011	12
2.2	Veranderingen in zorggebruik tussen 2006 en 2011	15
3	Problematiek van jeugdigen in zorg	19
3.1	Problematiek preventieve jeugdhulp	19
3.2	Problematiek cliënten Bureau Jeugdzorg	25
3.3	Problematiek Jeugd- en Opvoedhulp	30
3.4	Problematiek Jeugdzorg Plus	32
3.5	Problematiek jeugd-GGZ	33
3.6	Problematiek AWBZ-gefinancierde zorg voor jeugd	37
4	Stapeling van zorg	40
4.1	Gebruik van meerdere zorgvormen in de Jeugd- en Opvoedhulp	40
4.2	Gebruik van meerdere zorgvormen binnen J&O, jeugd-GGZ, jeugd-LVB zorg, Jeugdbescherming, Jeugdreclassering en Schoolmaatschappelijk werk	45
5	Verwijzingen naar de geïndiceerde zorg	50
5.1	Uitstroom vanuit de preventieve zorg	51
5.2	Instroom in de geïndiceerde zorg	53
6	Conclusies	56
6.1	Veranderingen in zorggebruik	56
6.2	Problematiek van jeugdigen in zorg	58
6.3	Stapeling van zorg	59
6.4	Verwijzingen naar de geïndiceerde zorg	60
	Bijlage 1 Type problematiek jeugd-GGZ gemeente Rotterdam, naar deelgemeente	62
	Bijlage 2 Stroomschema bekostigingssystematiek geïndiceerde jeugdzorg	63

1 Inleiding

Met het oog op de decentralisatie van de jeugdzorg hebben gemeenten in de regio Rotterdam-Rijnmond behoefte aan informatie over aard en omvang van de zorgvraag en het zorggebruik van jeugdigen (0 tot 23 jaar). In de *Startfoto*⁵ werden gegevens over zorggebruik, kosten en financieringsstromen in beeld gebracht voor de (deel)gemeenten in de regio. Na de Startfoto is een verdiepend vraagontwikkelingsonderzoek uitgevoerd dat bestaat uit vier onderdelen:

1. VOO1 over risicofactoren en zorggebruik.
2. VOO2-1 over duur, kosten en combinaties van zorg.
3. VOO2-2 over ontwikkeling zorggebruik, problematiek, stapeling van zorg en verwijzingen.
4. VOO3, verdiepend onderzoek naar jeugd-GGZ, ABWZ-gefinancierde zorg voor jeugd, forensische psychiatrie en AMK.

In dit rapport (VOO2-2) wordt informatie gegeven over de ontwikkeling in zorggebruik over de tijd, de problematiek, stapeling van zorg en verwijzingen. Dit levert inzichten op die nodig zijn voor het beoordelen van het ramings- en verdeelmodel van jeugdhulpmiddelen⁶ en het efficiënter en effectiever indelen van de jeugdketen.

Voor wie is dit rapport bedoeld?

Gemeenteambtenaren en beleidsmedewerkers jeugd uit de regio Rotterdam-Rijnmond.

In dit rapport staat de volgende doelstelling centraal:

In kaart brengen van ontwikkeling van zorggebruik en zorgcarrières per unieke cliënt.

Onderzoeksvragen:

- Wat zijn de veranderingen in zorggebruik ten opzichte van 2007? Welke verklaringen zijn voor deze veranderingen te geven?
- Welk type problematiek komt voor bij cliënten van jeugdzorg (per gemeente)? Welk type problematiek hebben cliënten per deelsector?
- Hoe ontwikkelt het zorggebruik zich per cliënt, m.a.w. hoe verlopen zorgcarrières?
- Wie zijn de belangrijkste verwijzers voor de verschillende typen zorg?

⁵ Zie rapport *Startfoto regio Rotterdam-Rijnmond, zorggebruik en zorgkosten van de jeugd in 2010 en 2011, 2013* en *Startfoto Rotterdam, zorggebruik en zorgkosten van de jeugd in 2010 en 2011, 2013*.

⁶ In opdracht van VWS heeft het SCP in 2007 een ramings- en verdeelmodel gemaakt over de verwachte ontwikkelingen in het gebruik van de jeugdzorg en de verdeling van middelen over de regio's (SCP, 2009). In 2012/2013 werkt het SCP samen met Cebeon aan een nieuwe versie.

1.1 Gegevensverzameling en data-analyse

Het onderzoek is gebaseerd op gegevens uit registratiesystemen van zorgaanbieders die preventieve zorg⁷ (o.a. jongerentrajecten en Schoolmaatschappelijk werk) en geïndiceerde zorg aanbieden (jeugd- en opvoedhulp, Jeugdbescherming, Jeugdreclassering, Jeugdzorg Plus, jeugd-GGZ en jeugdigen met AWBZ-zorg voor licht verstandelijk beperkten (LVB))⁸. Deze gegevens betreffen cliënten tot 23 jaar uit de regio Rotterdam-Rijnmond, die in 2010 en 2011 een beroep hebben gedaan op het zorgaanbod en gaan over cliëntkenmerken, type zorg, zwaarte van de zorg en kosten. De gegevens zijn grotendeels op individueel niveau verzameld. Een Trusted Third Party werd ingeschakeld om persoonsgegevens om te zetten naar niet herleidbare codes (pseudonimiseren), zodat de onderzoekers van de gemeente Rotterdam alleen over anonieme gegevens beschikten.

Op basis van deze pseudoniemen konden cliëntbestanden van zorgaanbieders worden gekoppeld. Ook heeft er een koppeling plaatsgevonden aan gegevens van het vorige vraagontwikkelingsonderzoek⁹. Daarnaast is gebruikgemaakt van Psychiatrisch Casusregister (GGZ-Zvw), rapportages van het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) (indicaties AWBZ-zorg), kwalitatieve informatie verstrekt door zorgaanbieders en informatie uit literatuuronderzoek.

⁷ Het betreft alleen de individuele preventieve jeugdhulp die de gemeenten voor jeugdigen en gezinnen inzetten, niet het collectieve aanbod zoals voorlichting.

⁸ In de nieuwe Jeugdwet is vermeld dat de hele AWBZ-gefinancierde zorg voor jeugd gedecentraliseerd wordt naar de gemeenten. Ten tijde van de verzameling van cliëntgegevens voor dit onderzoek betrof het nog slechts de jeugd-LVB zorg. Voor veranderingen in zorggebruik, stapeling van zorg en verwijzingen zijn alleen gegevens van de jeugd-LVB zorg gebruikt, omdat deze op cliëntniveau beschikbaar waren. Voor de analyse van type problematiek is breder gekeken naar alle AWBZ-gefinancierde zorg voor jeugd.

⁹ Met toestemming van betrokken partijen worden de cliëntgegevens van het vraagontwikkelingsonderzoek uitgevoerd door B&A Consulting in opdracht van Ieder Kind Wint uit 2008 gebruikt voor het huidige verdiepende vraagontwikkelingsonderzoek.

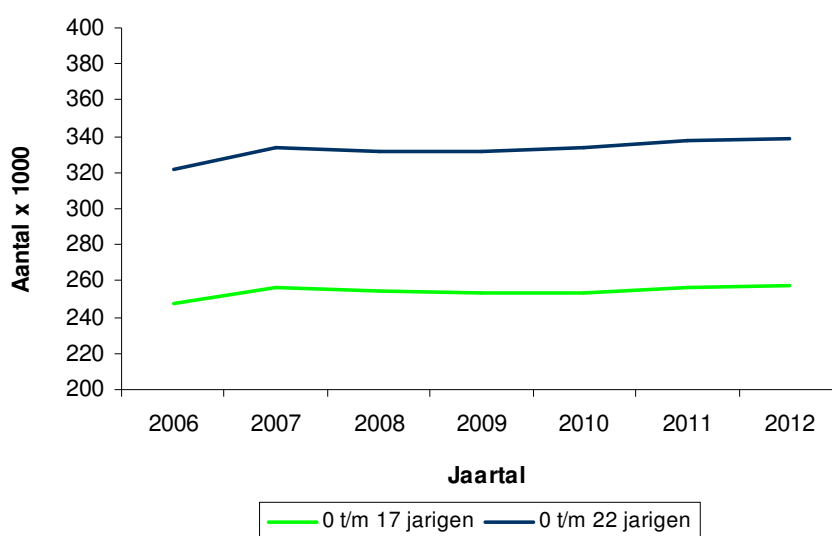
2 Veranderingen in zorggebruik

Om de vraag te beantwoorden: 'Wat zijn de veranderingen in zorggebruik ten opzichte van 2006?' en 'Welke verklaringen zijn voor deze veranderingen te geven?' is gekeken naar de ontwikkeling van de populatie in de regio Rotterdam-Rijnmond tussen 2006 en 2011 (paragraaf 2.1). Daarnaast zijn de gegevens uit het rapport van B&A uit 2008 gelegd naast de gegevens uit de *Startfoto regio Rotterdam-Rijnmond* en het rapport *VOO3* van de gemeente Rotterdam en mogelijke verklaringen gegeven voor het verschil in zorggebruik (paragraaf 2.2).

2.1 Ontwikkeling van de populatie jeugdigen tussen 2006 en 2011

In deze paragraaf wordt de demografische ontwikkeling beschreven van de populatie jeugdigen in de leeftijd van 0 t/m 17 jaar en van 0 t/m 22 jaar. Hierbij is gekeken naar de groei in aantallen van het aantal jeugdigen en enkele factoren die een rol spelen bij zorggebruik, zoals percentage en aantal eenoudergezinnen, percentage en aantal niet-westerse allochtonen en het percentage en aantal huishoudens met een laag inkomen. Deze risicofactoren staan verder beschreven in het rapport *Vraagontwikkelingsonderzoek (VOO1): Risicofactoren voor zorggebruik (2013)*. Om het zorggebruik te kunnen verklaren naar aanleiding van demografische ontwikkelingen gaat het naast de procentuele verandering voornamelijk om de absolute veranderingen. Uit het VOO1 onderzoek bleek bijvoorbeeld dat zorggebruik binnen jeugd-GGZ en Jeugd- en Opvoedhulp (J&O) in een wijk samenhangt met het aantal eenoudergezinnen in een wijk. Wanneer het percentage eenoudergezinnen nu toeneemt, maar het aantal huishoudens daalt, zal het gebruik van jeugd-GGZ naar verwachting niet veranderen. Dit komt doordat het totaal aantal huishoudens afneemt, maar het absolute aantal eenoudergezinnen gelijk blijft. Een ander voorbeeld: wanneer het percentage eenoudergezinnen gelijk blijft, maar het aantal huishoudens stijgt, kan ook het gebruik van J&O toenemen, omdat er absoluut meer gezinnen en meer eenoudergezinnen zijn.

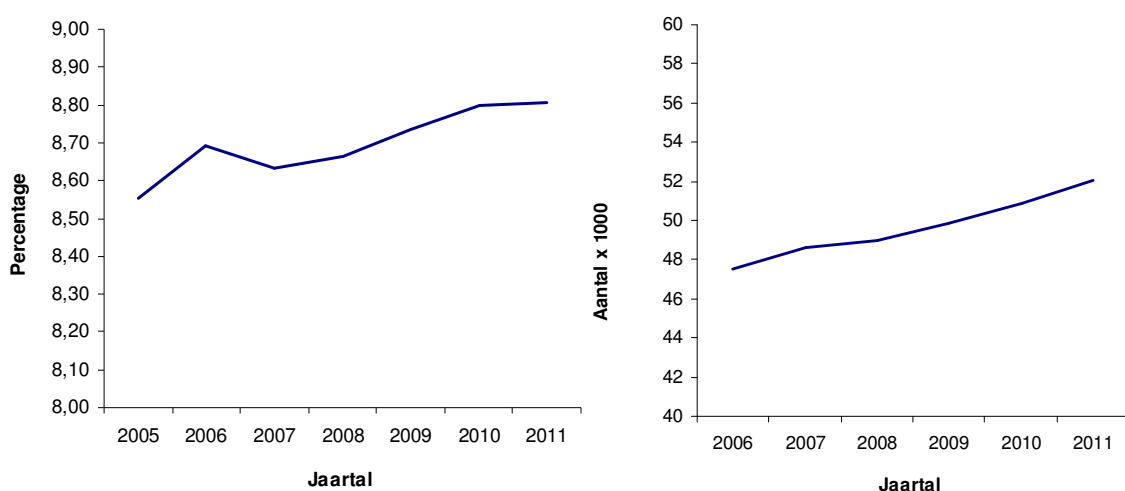
Figuur 1 Aantal jeugdigen (x 1000) in de regio Rotterdam-Rijnmond 2006 t/m 2012



Bron: CBS

In figuur 1 zijn het aantal 0- t/m 17-jarigen en het aantal 0- t/m 22-jarigen aangegeven over de jaren 2006 t/m 2012. In 2006 woonden 247.234 jeugdigen van 0 t/m 17 jaar in de regio Rotterdam-Rijnmond. Dit is met 3,8% toegenomen tot 256.569 jeugdigen van 0 t/m 17 jaar in 2011. Voor jeugdigen van 0 t/m 22 jaar is het aantal toegenomen van 321.406 tot 338.057 jeugdigen (5,2%).

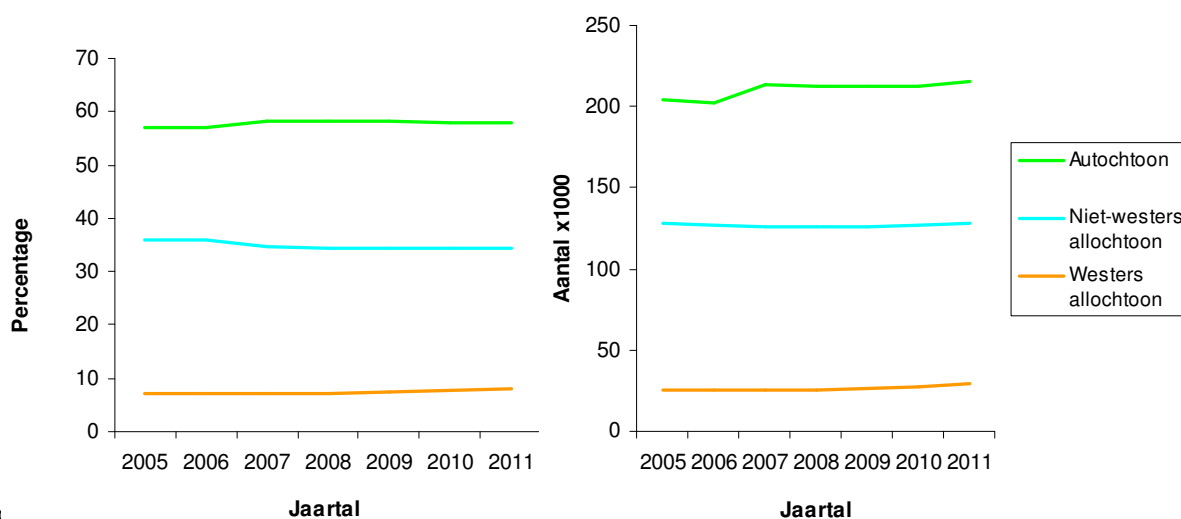
Figuur 2 Percentage en aantal (x 1000) eenoudergezinnen in de regio Rotterdam-Rijnmond van 2006 t/m 2011



Bron: CBS

In de regio Rotterdam-Rijnmond is het percentage eenoudergezinnen ten opzichte van het aantal particuliere huishoudens niet veel toegenomen van 2006 tot 2011. In 2006 was het percentage eenoudergezinnen 8,7% en in 2011 was dit 8,8%. Het aantal eenoudergezinnen is echter met bijna 10% toegenomen van 47.490 in 2006 tot 52.052 eenoudergezinnen in 2011 (zie figuur 2).

Figuur 3 Percentage en aantal (x 1000) autochtonen, niet-westerse allochtonen en westerse allochtonen in de leeftijd van 0 t/m 25 jaar in de regio Rotterdam-Rijnmond van 2006 t/m 2011

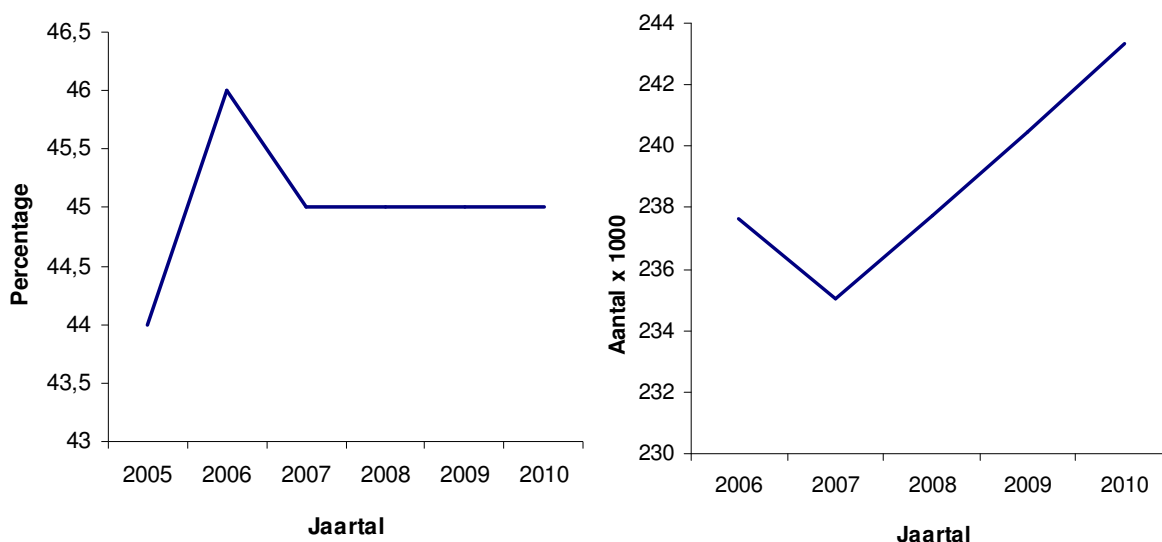


Bron: CBS

In de regio Rotterdam-Rijnmond is het percentage niet-westerse allochtonen in de leeftijd van 0 t/m 25 jaar ten opzichte van het totaal aantal jeugdigen van 0 t/m 25 jaar afgenomen van 2006 tot 2011 (figuur 3). In 2006 was het percentage niet-westerse allochtonen 35,8% en in 2011 was dit 34,3%. Bij westers allochtonen is een lichte toename te zien van 7,2% in 2006 tot 7,9% in 2011.

In figuur 3 is de groei weergegeven van het aantal niet-westerse en westerse allochtonen in de regio Rotterdam-Rijnmond. Het aantal niet-westerse allochtonen is, na een lichte daling, met minder dan 1% toegenomen van 126.618 niet-westerse allochtonen in de leeftijd van 0 t/m 25 jaar in 2006 tot 127.694 in 2011. Bij westerse allochtonen is een toename in aantal van bijna 17% van 25.224 in 2006 tot 29.483 in 2011.

Figuur 4 Percentage en Aantal (x 1000) huishoudens met een laag inkomen in 2006 t/m 2010



Bron: COS

In de regio Rotterdam-Rijnmond is het percentage huishoudens met een laag inkomen ten opzichte van het totaal aantal particuliere huishoudens niet veel veranderd tussen 2006 en 2011. In 2006 was het percentage huishoudens met een laag inkomen 46% en in 2011 was dit 45%.

In figuur 4 is de groei in aantallen weergegeven van het aantal huishoudens met een laag inkomen in de regio Rotterdam-Rijnmond. Het aantal huishoudens met een laag inkomen is, na een lichte daling tussen 2006 en 2007, met 2,4% toegenomen van 237.618 in 2006 tot 243.347 in 2011.

2.2 Veranderingen in zorggebruik tussen 2006 en 2011

In deze paragraaf wordt een vergelijking gemaakt tussen de cijfers uit 2006 en 2007 met cijfers uit 2010 en 2011. Daarnaast worden verklaringen gegeven voor veranderingen van zorggebruik in het algemeen.

In tabel 1 zijn het aantal jeugdigen per zorgvorm naast elkaar gezet voor de jaren 2006, 2007, 2010 en 2011. Bij het Advies & Meldpunt Kindermishandeling (AMK) gaat het niet om het aantal jeugdigen, maar om het totaal aantal onderzoeken. De jaren 2008 en 2009 zijn niet meegenomen, omdat hier geen cijfers voor beschikbaar waren. De gegevens voor J&O, ondertoezichtstelling (OTS), voogdij, jeugdreclassering en AMK uit de jaren 2006 en 2007 zijn afkomstig van Bureau Jeugdzorg (BJZ) Stadsregio Rotterdam. De gegevens voor de J&O uit de jaren 2010 en 2011 zijn afkomstig van alle J&O-instellingen in de regio Rotterdam-Rijnmond. Bij ambulante J&O gaat het om kinderen die alleen ambulante hulp ontvangen en geen andere vormen van J&O daarnaast gebruiken. Deze cijfers geven dus niet het totale gebruik van ambulante J&O. De cijfers van OTS, voogdij en jeugdreclassering uit de jaren 2010 en 2011 zijn afkomstig van BJZ Stadsregio Rotterdam. De gegevens van de jeugd-GGZ van 2006, 2007 en 2010 zijn afkomstig van het Psychiatrisch Casusregister. Verschillende GGZ-instellingen binnen de regio Rotterdam-Rijnmond leveren cliëntgegevens aan dit register. Niet alle GGZ-instellingen noch alle vrijgevestigde aanbieders zijn echter in dit register opgenomen.

De gegevens voor de zorg voor licht verstandelijk beperkte jeugdigen (LVB) in 2006/2007 en van 2010/2011 zijn afkomstig van één grote zorgaanbieder in de regio Rotterdam-Rijnmond.

Tabel 1 Ontwikkeling zorggebruik in aantal jeugdigen naar vorm van zorg (of maatregel) in de jaren 2006 t/m 2011

Zorg vorm \ Jaar	2006	2007	2010	2011
J&O, totaal	3.126-3.290	3.900-4.118	5.543	5.806
- Ambulant	842	1.956	4.251	5.056
- Dagbehandeling	529	557	560	692
- Pleegzorg	268	457	1.063	1.151
- Residentieel	778	910	685	715
- Jeugdzorg Plus	135	169	- ¹	158
OTS	2.500	3.400	2.928	2.961
Voogdij	770	780	601	640
Jeugdreclassering	1.330	1.360	1.210	1.311
AMK-onderzoeken ²	1.739	2.100	1.661	1.646
Jeugd-GGZ	5.000	5.500	6.573	- ¹
Jeugd-LVB	650	700	416	393

¹ Cijfers waren niet voorhanden.

² Bij AMK gaat het om het aantal onderzoeken, **niet** om het aantal jeugdigen.

Jeugd- en Opvoedhulp

Op basis van demografische cijfers kan een lichte stijging in het gebruik van J&O verwacht worden. Het aantal jeugdigen van 0 t/m 17 jaar is iets toegenomen, daarnaast zijn er meer kinderen die opgroeien in een eenoudergezin, meer huishoudens met een laag inkomen en meer jeugdigen van westerse herkomst. Dit zijn alle drie risicofactoren voor een hoger gebruik van J&O¹⁰.

Daarnaast is een toename in het gebruik van J&O te verwachten door sturing vanuit de overheid. In 2007 heeft toenmalige staatssecretaris van VWS extra geld vrijgemaakt om de lange wachtlijsten in de jeugdzorg weg te werken. Daarnaast kan groei voortkomen aan het vergroten van de capaciteit die is ingezet in 2009.

In tabel 1 zijn echter grote verschillen te zien in het gebruik van J&O tussen de verschillende jaren. Deze veranderingen zijn vooral zichtbaar in de pleegzorg. De grootste veranderingen worden verklaard door de wijze van registratie. In 2006 werden alleen de meest zware cases geregistreerd. Deze gegevens zijn daardoor niet volledig. In 2010 en 2011 moesten alle cases geregistreerd worden. Daarnaast speelt mee dat vanaf 2009 de bekostiging van J&O via zogenoemde bekostigingseenheden (BKE's) is gaan lopen. Hierdoor wordt niet alleen de hoofdvorm van zorg geregistreerd, maar ook de bijkomende zorgvormen. Voorheen werd bijvoorbeeld een kind met residentiële zorg alleen onder residentieel geregistreerd. Hier vielen dan de bijbehorende ambulante zorg (ofte wel jeugdhulp) onder. In 2010 en 2011 wordt volgens de nieuwe bekostigingssystematiek het verblijf gescheiden van de jeugdhulp. Dit betekent dat de kosten voor groepstherapie of gezinsbegeleiding niet meer onder residentiele zorg vallen, maar onder ambulante zorg. Daarnaast zijn er in de cijfers van 2010 en 2011 jeugdigen woonachtig op Goeree-Overflakkee meegenomen. Deze zijn niet meegenomen in de cijfers van 2006 en 2007.

Jeugdbescherming en Jeugdreclassering

Op basis van demografische veranderingen is er een kleine toename te verwachten in het gebruik van jeugdbescherming door een stijging van het aantal jeugdigen, eenoudergezinnen en huishoudens met een laag inkomen. Daarnaast heeft een toename in het gebruik van Jeugdbescherming in 2007 mogelijk te maken met aangescherpte protocollen na het incident met het "Maasmeisje" in de regio Rotterdam-Rijnmond. Het onderzoek naar het functioneren van de jeugdzorg was in 2006 afgerond, waardoor allerlei maatregelen werden genomen om de samenwerking in de jeugdhulp te bevorderen en waardoor hulpverleners extra alert werden op huiselijk geweld. De groei die in de regio Rotterdam-Rijnmond wordt gezien in 2011 ligt iets hoger dan landelijk wordt gezien.

Zorg voor jeugd met een licht verstandelijke beperking

Bij jeugdigen met LVB-zorg is een daling te zien van 2006 tot 2011. Op basis van demografische cijfers kan ook bij LVB een lichte stijging in het gebruik worden verwacht. Het aantal jeugdigen van 0 t/m 17 jaar is iets toegenomen, daarnaast zijn er meer kinderen die opgroeien in een eenoudergezin, meer huishoudens met een laag inkomen en meer jeugdigen van westerse herkomst. In de jaren 2006 t/m 2011 zijn er geen sturingsmaatregelen genomen die van invloed kunnen zijn geweest op veranderingen in het gebruik van LVB-zorg. De daling heeft vermoedelijk met het marktaandeel van de zorgaanbieder en met een mogelijk andere manier van registreren in 2006 te maken.

¹⁰ *Vraagontwikkelingsonderzoek in het kader van het Verdeelmodel (VOO1): Risicofactoren voor zorggebruik. Gemeente Rotterdam.*

Zorg voor jeugd met een licht verstandelijke beperking

Bij jeugdigen met LVB-zorg is een daling te zien van 2006 tot 2011. Op basis van demografische cijfers kan ook bij LVB een lichte stijging in het gebruik worden verwacht. Het aantal jeugdigen van 0 t/m 17 jaar is iets toegenomen, daarnaast zijn er meer kinderen die opgroeien in een eenoudergezin, meer huishoudens met een laag inkomen en meer jeugdigen van westerse herkomst. In de jaren 2006 t/m 2011 zijn er geen sturingsmaatregelen genomen die van invloed kunnen zijn geweest op veranderingen in het gebruik van LVB-zorg. De daling heeft vermoedelijk met het marktaandeel van de zorgaanbieder en met een mogelijk andere manier van registreren in 2006 te maken.

Uit recent onderzoek van het SCP (november 2013, *Groeit de jeugdzorg?*) blijkt dat het beroep bijna alle jeugdzorgvoorzieningen in de periode 2001-2011 is toegenomen (behalve van tijdelijk verblijf/dagbehandeling en residentiële zorg). De hoogste groeipercentages deden zich voor bij de ambulante Jeugd- en Opvoedhulp en bij de jeugd-GGZ, zie tabel 2.

Tabel 2 Jaarlijkse groei van het beroep op jeugdzorg van jeugdigen in de leeftijd van 0 t/m 17 jaar, landelijk, in percentages (2006-2011)

Jaar	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Jeugd- en Opvoedhulp						
- Ambulant	14	11	15	11	13	6
- Dagbehandeling	-4	-6	9	-6	-6	-2
- Pleegzorg	0	6	-4	7	1	4
- Residentieel	15	-11	3	-3	-2	-2
- Jeugdzorg Plus	9	9	-2	-2	-6	2
Jeugdbescherming	6	1	7	1	-1	5
Jeugdreclassering	6	1	7	1	-1	5
AMK-onderzoeken	na	na	na	na	na	na
Jeugd-GGZ	2	27	14	15	13	9
Jeugd-LVB	3	3	7	0	0	-1

Bron: SCP, 2013

Een vergelijking van de groeipercentages van het jeugdhulpgebruik in de regio Rotterdam-Rijnmond met de landelijke groeipercentages over dezelfde periode levert het volgende op. Het laat zien dat het patroon bij Jeugd- en Opvoedhulp in de regio grillig is en niet te vergelijken met het landelijke patroon. Dit kan echter met bovengenoemde registratieproblematiek te maken hebben (registratie van zware cases en op hoofdvorm van zorg). Over het algemeen stijgt in de regio en landelijk het gebruik van ambulante J&O in de periode 2006-2011. Wat verder opvalt, is dat het gebruik van residentiële J&O in de regio stijgt van 2010 naar 2011, terwijl dit landelijk daalt.

Daarnaast laten de volgende zorgvormen hetzelfde beeld zien in de regio als landelijk: Jeugdzorg Plus (2006-2007 stijging, 2010-2011 daling), jeugdbescherming (stijging in 2006-2007, daling in 2010, stijging in 2011), jeugd-GGZ (stijging van 2006-2011) en jeugd-(L)VB (stijging 2006-2007, daling 2010-2011).

Het SCP kon de bovengenoemde overall groeitrends niet verklaren uit de groei van de bevolking en de ontwikkeling van risicokenmerken van de bevolking. Het SCP vermoedt dat de groei vooral te maken heeft met maatschappelijke ontwikkelingen, beleids- en aanbodsfactoren.

Voor de periode van 2012 t/m 2017 schat het SCP de gemiddelde groei van het beroep op jeugdzorgvoorzieningen op 2,2% per jaar. Alleen voor tijdelijk verblijf/dagbehandeling, residentiële zorg en Jeugdzorg Plus wordt een daling verwacht. Hierbij is geen rekening gehouden met de eventuele effecten van de decentralisatie van de jeugdzorg.

3 Problematiek van jeugdigen in zorg

De volgende onderzoeksvraag staat centraal in dit hoofdstuk:

“Welk type problematiek komt voor bij cliënten van jeugdzorg (per gemeente)? Welk type problematiek hebben cliënten per deelsector?”

In dit hoofdstuk wordt de problematiek binnen de verschillende domeinen van de jeugdhulp beschreven, op basis van de analyse van cliëntregistratiegegevens. Het gaat hierbij zowel om de preventieve jeugdhulp als om de geïndiceerde jeugdhulp die gedecentraliseerd wordt naar de gemeenten.

Problematiek kan op verschillende manieren worden bepaald: op basis van een of meerdere gesprekken en inschatting door een professional, bijvoorbeeld een jeugdzorgmedewerker of gedragswetenschapper. Vaak worden er in de geïndiceerde zorg vragenlijsten afgenomen bij ouders, jongeren of leerkrachten, zoals de CBCL, SEV¹¹ of de SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire), in het kader van het meten van effect of doelrealisatie.

Jeugdhulpinstellingen, zowel preventieve als geïndiceerde, houden de aard en ernst van de problematiek van jeugdigen in zorg in eerste instantie bij in individuele dossiers. Diagnostiek is onderdeel van dit proces. Niet alle organisaties hebben de gewoonte om type problematiek vast te leggen in een gestandaardiseerd registratiesysteem. Hiervoor dragen zij verschillende redenen aan zoals definitiekwesties en tijdgebrek. Ook speelt mee dat de subsidiegever dit vanuit de landelijke wet- en regelgeving op dit moment niet expliciet verlangt. Bij elk type problematiek worden verschillende indelingen gebruikt. De jeugd-GGZ houdt type problematiek het meest consequent bij, op basis van de DSM-indeling.

3.1 Problematiek preventieve jeugdhulp

Voor de volgende typen preventieve jeugdhulp wordt het type problematiek beschreven:

- Schoolmaatschappelijk werk (SMW);
- DOSA/GOSA;
- gezinscoaching;
- jongerentrajecten;
- MEE;
- Jongerenloket;
- Sociaal-Medische Indicatie Kinderopvang (SMIK) en Plusopvang.

Preventieve jeugdhulpinstellingen houden type problematiek bij in individuele dossiers, maar niet altijd in een (gestandaardiseerd) registratiesysteem. Ook worden er verschillende indelingen van problematiek gebruikt.

¹¹ De Child Behaviour Checklist (CBCL) is een instrument om gedrags- en emotionele problemen en vaardigheden van kinderen en jongeren op gestandaardiseerde wijze te kwantificeren. De Sociaal Emotionele Vragenlijst (SEV) meet aan de hand van gedragsbeoordelingen door ouders en leerkrachten in hoeverre kinderen en jongeren problemen vertonen in hun sociaal-emotionele ontwikkeling

Daardoor is het moeilijk om de verschillende vormen van jeugdhulp met elkaar vergelijken. Daarnaast zijn van ongeveer twee derde van het aantal cliënten met preventieve jeugdhulp cliëntgegevens aangeleverd.

3.1.1 Type problematiek Schoolmaatschappelijk werk

Bij het Schoolmaatschappelijk werk (SMW) wordt type problematiek goed geregistreerd (bij 97% van de SMW-trajecten is het type problematiek geregistreerd), hoewel er geen vaste classificatie lijkt te bestaan. Tabel 3 biedt inzicht in het type problematiek voor jeugdigen met SMW (basisonderwijs) in de regio Rotterdam-Rijnmond, waarbij de gegevens van PCBO en FlexusJeugdplein ontbreken (vanwege ondermeer een andere wijze van registratie).

Tabel 3 Type problematiek SMW (basisonderwijs), 2010 en 2011, regio Rotterdam-Rijnmond, als percentage van het totaal aantal problemen

Type problematiek	%
Opvoedings- en gezinsproblemen, waaronder: gescheiden ouders, geen goede ondersteuning, geen grenzen kunnen stellen, huiselijk geweld	21,6
Emotionele problemen (internaliserend probleemgedrag), waaronder: onzeker, angstig, gesloten, stil, etc.	19,4
Cognitieve/ontwikkelingsproblemen, waaronder: achterstanden, stoornissen, bovennormale intelligentie, concentratieproblemen	15,2
Opvallend gedrag (externaliserend probleemgedrag), waaronder: agressief, druk, brutaal, etc.	14,7
Sociale problemen, waaronder: slecht contact/veel ruzie met leeftijdsgenoten, pesten, gepest worden	8,1
Ingrijpende gebeurtenis in het leven kind	6,0
Woon- en leefomstandigheden kind, waaronder: huisvestingsproblemen, financiële problemen, andere waarden	3,8
Schoolproblemen, waaronder: motivatieproblemen, conflicten met medeleerlingen, conflicten met leerkracht	3,7
Gezondheidsproblemen kind, waaronder: buikpijn, vermoeidheid, etc.	3,5
Gezondheid ouders	0,9
Criminaliteit/(winkel)diefstal	0,4
Overige problemen	2,9
Totaal	100

Uit tabel 3 blijkt dat de problematiek die het meest voorkomt bij SMW (in het basisonderwijs) opvoedings- en gezinsproblemen (22%), emotionele problemen (19%), cognitieve/ontwikkelingsproblemen (15%) en gedragsproblemen (15%) is.

3.1.2 Type problematiek DOSA/GOSA

Tabel 4 biedt inzicht in het type problematiek van jeugdigen die bekend zijn bij DOSA/GOSA. DOSA/GOSA-regisseurs registreren type problematiek niet altijd op dezelfde manier. M.n. het niveau van detail wisselt. Bij 88% van de DOSA/GOSA-trajecten is het type problematiek geregistreerd.

Tabel 4 Type problematiek DOSA/GOSA, 2010 en 2011, regio Rotterdam-Rijnmond, als percentage van het totaal aantal problemen

Type problematiek	%
Opvoedings- en gezinsproblemen, waaronder:	16,9
bedreiging van de ontwikkeling van de kinderen	6,1
gezinsproblematiek	5,8
gebrek aan ondersteuning, opvoedingsproblemen, opvoeding, beperkende ouders	3,5
echtscheiding/relatieproblemen tussen ouders	1,0
psychische problematiek ouders	0,5
Overlast en contact met politie/justitie, waaronder:	15,5
delict/politie/justitie/criminele groep	10,0
overlast, hinderlijke groep of overlastgevende groep	5,6
Schoolproblemen, waaronder:	11,6
schoolverzuim	6,6
schoolverwijdering, schorsing	0,5
geen startkwalificatie	1,8
overige schoolproblemen	2,6
Opvallend gedrag (externaliserend probleemgedrag), waaronder:	10,6
agressie	
(Geen) dagbesteding, geen school, geen werk	10,1
Huiselijk geweld, mishandeling, misbruik, verwaarlozing, vervuiling	5,7
Gezondheidsproblemen kind, waaronder:	5,4
lichamelijke gezondheid	3,4
licht verstandelijk gehandicapt kind	0,4
psychiatrisch ziektebeeld	1,6
Financiële problemen	5,2
Problemen in de woon- en/of leefomstandigheden	5,0
Sociale problemen, waaronder:	4,4
geen contact met leeftijdsgenoten, pesten, discriminatie	
Genotmiddelengebruik: drugs, alcohol, comazuipen, blowen, gokken	3,7
Emotionele problemen (internaliserend probleemgedrag), waaronder:	0,3
onzeker, angstig, gesloten, stil, etc.	
Multiproblematiek	1,3
Overige problemen	4,2
Totaal	100

Uit tabel 4 blijkt dat de problematiek die het meest voorkomt bij jeugdigen die bekend zijn bij DOSA/GOSA opvoedings- en gezinsproblemen (17%), overlast en contacten met politie/justitie (15%), en schoolproblemen (12%) is.

3.1.3 Type problematiek Gezinscoaching

Tabel 5 geeft het type problematiek aan van jeugdigen die Gezinscoaching hebben ontvangen.

Het gaat hierbij om het percentage van de geregistreerde problematiek. Voor 37% van de gezinscoachingstrajecten is de problematiek geregistreerd. Inmiddels ligt dit voor Gezinscoaching waarschijnlijk hoger, omdat in het project *Monitoring en Effectonderzoek Gezinsinterventies* sinds 2011 veel aandacht is voor goede registratie van problematiek.

Tabel 5 Type problematiek Gezinscoaching, 2010 en 2011, regio Rotterdam-Rijnmond, als percentage van het totaal aantal problemen

Type problematiek	%
Opvoedings- en gezinsproblemen, waaronder:	43,0
gebrek aan ondersteuning, opvoedingsproblemen, opvoeding, beperkende ouders	28,6
gezinsproblematiek, gezinsconflictproblemen	14,4
Problemen met huisvesting	24,1
Contact met politie/justitie, delict, diefstal	11,8
Financiële problemen	6,1
Sociale problemen, waaronder:	2,9
weinig sociale vaardigheden, communicatieproblemen	2,0
geen contact met leeftijdsgenoten, pesten, discriminatie	0,9
Psychische of psychiatrische problemen kind	2,5
(Geen) dagbesteding, geen school, geen werk	2,3
Schoolproblemen, waaronder:	1,6
schoolverzuim, schorsing, motivatieproblemen, prestatiegebrek, moeite met het schoolsysteem	
Overige problemen	5,8
Totaal	100

De belangrijkste problemen waarvoor gezinnen Gezinscoaching ontvangen zijn: opvoedings- en gezinsproblemen (43%), problemen met huisvesting (24%) en problemen in verband met contact met politie/justitie (12%).

3.1.4 Type problematiek Jongerentrajecten

In tabel 6 is weergegeven welke problematiek bij de Jongerentrajecten is geregistreerd. Het gaat hierbij om het percentage van de geregistreeerde problematiek. Voor 20% van de trajecten is de problematiek geregistreerd.

Tabel 6 Type problematiek Jongerentrajecten, 2010 en 2011, regio Rotterdam-Rijnmond, als percentage van het totaal aantal problemen

Type problematiek	%
Opvoedings- en gezinsproblemen, waaronder:	20,0
gebrek aan ondersteuning, opvoedingsproblemen, opvoeding, beperkende ouders	14,6
gezinsproblematiek, gezinsconflictproblemen	5,4
Schoolproblemen, waaronder:	17,9
schoolverzuim, vaak te laat	10,3
motivatieproblemen, prestatiegebrek, moeite met het schoolsysteem	5,4
cognitieve problemen	1,5
schoolverwijdering, schorsing	0,8
(Geen) dagbesteding, geen school, geen werk	16,4
Sociale problemen, waaronder:	11,5
geen contact met leeftijdsgenoten, pesten, discriminatie	6,2
weinig sociale vaardigheden, communicatieproblemen	5,4
Contact met politie/justitie, delict, diefstal	7,7
Emotionele problemen (internaliserend probleemgedrag)	5,6
Financiële problemen	5,4
Problemen met huisvesting	4,9
Opvallend gedrag (externaliserend probleemgedrag, gebrek aan zelfcontrole)	4,6
Overige problemen	5,9
Totaal	100

De meest voorkomende problemen van jongeren die een Jongerentraject volgen zijn opvoedings- en gezinsproblemen (20%), gevolgd door problemen met school (18%) en geen dagbesteding, school of werk (16%).

3.1.5 Type problematiek Jongerenloket en Sociaal-Medische Kinderopvang

Het Jongerenloket en Sociaal-Medische Indicatie Kinderopvang (SMIK)/Plusopvang houden, net als bij de andere preventieve jeugdhulp, vooral in dossiers de informatie over type problematiek bij. Dit wordt echter niet vastgelegd in een registratiesysteem. Het Jongerenloket registreert alleen het type traject en zorgaanbieder/re-integratiebedrijf.

Bij SMIK is bekend dat het gaat om gezinsproblematiek waardoor opvang nodig is. Bij Plusopvang gaat het om kindproblematiek, waardoor de gewone kinderopvang niet toereikend is. SMIK is voor gezinnen met problemen, zoals gezondheidsproblemen, sociale problemen, psychische problemen, of meerdere problemen tegelijk die baat kunnen hebben bij tijdelijke kinderopvang. De problemen moeten zodanig groot zijn dat deze een serieuze bedreiging vormen voor de ontwikkeling van een kind. Plusopvang is bedoeld voor kinderen van 0 tot 13 jaar met problemen die te zwaar zijn voor de reguliere groep in een kinderdagverblijf¹².

3.1.6 Type problematiek cliënten van MEE

MEE Rotterdam Rijnmond biedt informatie, advies en ondersteuning aan mensen die met een beperking te maken hebben. In het registratiesysteem worden type handicap en type hulpvraag vastgelegd. In tabel 7 staat het aantal cliënten, uitgesplitst naar type handicap. Er is voor gekozen om alleen de grootste groepen (groter dan 100 cliënten) te rapporteren. De cliënten met overige (meervoudige) handicaps worden gerapporteerd onder 'overig'.

Tabel 7 Aantal cliënten bij MEE Rotterdam Rijnmond in 2010 en 2011 uitgesplitst naar type handicap

Type handicap	2010-2011	
	N	%
Licht verstandelijke handicap	3.855	39,5
Verstandelijke handicap	2.441	25,0
Autisme	709	7,3
Licht verstandelijk gehandicapt + autisme	651	6,7
Verstandelijk gehandicapt + autisme	400	4,1
Chronisch ziek	343	3,5
Lichamelijke handicap	258	2,6
Lichamelijk + verstandelijk gehandicapt	168	1,7
Overig	931	9,5
Totaal	9.756	100

In tabel 7 is te zien dat jeugdigen met een licht verstandelijke handicap de grootste groep cliënten van MEE Rotterdam Rijnmond vormen (40%), gevolgd door jeugdigen met een (zwaardere) verstandelijke handicap (25%).

¹² Startfoto Rotterdam, zorggebruik en zorgkosten van de jeugd in 2010 en 2011, 2013.

Tabel 8 geeft een overzicht van het aantal hulpvragen van 0- t/m 22-jarigen **met een licht verstandelijke beperking** in 2010 en 2011, uitgesplitst naar soort hulpvraag. ‘Overige zorg’ en ‘Opvoeding en ondersteuning’ hulpvragen kwamen het meest voor. In 2010 stelden de jeugdigen gemiddeld 1,5 vragen per traject, in 2011 gemiddeld 1,6 vragen. Het maximum aantal vragen per traject was 7 in 2010 en 8 in 2011.

Tabel 8 Aantal hulpvragen van 0- t/m 22-jarigen met een licht verstandelijke beperking aan MEE Rotterdam Rijnmond in 2010 en 2011, uitgesplitst naar soort hulpvraag¹³

	2010	2011
Dagbesteding	160	223
Financiële regelingen	228	371
Handicap en sociale omgeving	336	423
Onderwijs	336	481
Opvoeding en ondersteuning	1.187	1.485
Overige zorg	1.197	1.723
Onbekend	10	19
Totaal aantal vragen	3.454	4.725
Aantal trajecten	2.347	3.003
Gemiddeld aantal vragen/traject	1,5	1,6
Minimum aantal vragen/traject	1	1
Maximum aantal vragen/traject	7	8

Uit tabel 8 is op te maken dat bij kinderen met een licht verstandelijke beperking MEE vooral hulpvragen ontvangt op het gebied van “Opvoeding en ondersteuning”, naast vragen over “Overige zorg”.

3.2 Problematiek cliënten Bureau Jeugdzorg

Bureau Jeugdzorg (BJZ) Stadsregio Rotterdam houdt type problematiek bij in individuele dossiers, maar niet in een (gestandaardiseerd) registratiesysteem. In deze paragraaf zullen daarom de resultaten van een aantal onderzoeken die betrekking hebben op problematiek van jeugdigen die in aanraking komen met de BJZ Utrecht en Haaglanden/Zuid-Holland, worden genoemd. Het gaat daarbij dus om onderzoeken die buiten de regio Rotterdam-Rijnmond hebben plaats gevonden. Vanwege het stedelijke karakter van deze regio's verwachten we echter dat de verschillen in problematiek niet heel groot zullen zijn met de regio Rotterdam-Rijnmond.

Twee studies zullen hierna worden toegelicht: een studie van BJZ Utrecht waarin problematiek van allochtone en autochtone cliënten vergeleken wordt en een studie van de BJZ Haaglanden/Zuid-Holland naar achtergrondkenmerken en problematiek in de crisisopvang.

¹³ Tot het werkgebied van MEE Rotterdam Rijnmond behoren behalve de gemeente Rotterdam de volgende gemeenten: Albrandswaard, Barendrecht, Capelle aan den IJssel, Krimpen aan den IJssel, Lansingerland, Ridderkerk en Schiedam (MEE jaarverslag 2010 en 2011).

BJZ Utrecht¹⁴ heeft in 2010 een onderzoek uitgevoerd naar verschillen in problematiek tussen autochtone en allochtone cliënten, die aangemeld werden bij BJZ (Toegang). Het kan hierbij dus ook om cliënten gaan die zich melden bij BJZ vanwege een indicatie voor AWBZ-zorg bij een (vermoeden van) een psychiatrische aandoening. BJZ Utrecht hanteert de volgende indeling van problematiek.

Tabel 9 Indeling problematiek Bureau Jeugdzorg Utrecht

Type problematiek	Beschrijving
Kindproblematiek	Het kind heeft een stoornis of aandoening die is gediagnosticeerd door een psychiater of een ander bevoegd persoon; een beroepskracht vermoedt dat het kind lijdt aan een stoornis of aandoening; er is een ontwikkelingsprobleem; het kind kampt met een ander probleem, bijvoorbeeld rouwverwerking of pesten.
Ouder/opvoedproblematiek	De ouders hebben problemen bij de opvoeding; de ouders kampen met andere problemen waardoor ze de zorg voor het kind niet goed aankunnen; het kind kampt met een loyaliteitsconflict na een scheiding.
Meervoudige problematiek	Een combinatie van kind- en ouderproblematiek.
Multiproblematiek	Het gezin kampt met problemen op meerdere leefgebieden, zoals financiën, huisvesting, een gebrekkig sociaal netwerk, gebrekkige opvoedingsvaardigheden bij de ouders, psychische problemen van een ouder, problemen met andere kinderen in het gezin of op school, mogelijk ook huiselijk geweld, verwaarlozing, mishandeling of misbruik.

Bron: Van der Gaag & Speet, 2010

De indeling zegt niet per definitie iets over de zwaarte van de problematiek van een kind of gezin. Kindproblematiek in de vorm van een ernstige gedragsstoornis kan bijvoorbeeld forse problemen veroorzaken. Daarbij is de context van het gezin van groot belang. Kan het gezin met enige ondersteuning goed omgaan met de gedragsstoornis, of zijn de ouders zwaar overbelast en neigt het probleem richting meervoudige problematiek te gaan? Speelt er nog een probleem op de achtergrond, bijvoorbeeld rond huisvesting, financiën, verslavingsproblemen? Bij een combinatie van bijkomende problemen gaat het richting multiproblematiek.

Uit het onderzoek van BJZ Utrecht onder 1.540 cliënten van Toegang bleek dat 50% van de autochtone cliënten (n=1.089) te maken heeft met (alleen) kindproblematiek tegenover 3-30% van de allochtone jeugdigen (n=451). Bij een op de drie autochtone jeugdigen is er al een psychiatrische diagnose. Opvallend is dat kinderen met een allochtone achtergrond relatief vaak met meervoudige of multiproblematiek te maken hebben. Meervoudige problematiek komt voor bij 41-66% van de allochtone jeugdigen (afhankelijk van herkomstland) tegenover 32% van de autochtone jeugdigen.

¹⁴ Gaag, R., van der & B. Speet (2010). Verschillen tussen allochtone en autochtone cliënten. Bureau Jeugdzorg Utrecht onderzoekt indicaties voor vrijwillige geïndiceerde jeugdzorg. Jeugd en Co, no. 4, 2010.

Multiproblematiek komt voor bij 11-28% van de allochtone jeugdigen versus 8% van de autochtone jeugdigen. Turkse jeugdigen scoren in vergelijking met andere allochtone groepen laag op multiproblematiek (11%) en relatief hoog op kindproblematiek (30%).

Tussen problematiek en sociaaleconomische status kan ook een verband gelegd worden. Bij BJZ Utrecht hadden cliënten met kindproblematiek gemiddeld de hoogste sociaaleconomische status en cliënten met multiproblematiek de laagste.

Allochtone jeugdigen kwamen daarnaast in Utrecht vaker bij Bureau Jeugdzorg door middel van een zorgmelding, van bijvoorbeeld politie of school, dan autochtone jeugdigen. Dit geeft aan dat er meestal al meer aan de hand is en de problematiek al verder gevorderd is. Kortom, uit het onderzoek van BJZ Utrecht komt naar voren dat allochtone kinderen vaker met meervoudige of multiproblematiek binnenkomen en in een later stadium.

De BJZ Haaglanden en Zuid-Holland hebben in 2010 een onderzoek uitgevoerd naar achtergrondkenmerken en problematiek van kinderen in de crisisopvang, op basis van dossiers¹⁵. Het gaat hierbij om kinderen die door het Crisis Interventie Team (CIT) van de twee Bureaus Jeugdzorg worden begeleid, dus een specifieke groep. Het betreft cliënten uit Den Haag en randgemeenten en uit de provincie Zuid Holland.

Uit de studie blijkt dat bij 89% van de jeugdigen de problemen in de thuissituatie, mede de aanleiding vormen tot de crisissituatie. Gemiddeld kampen de gezinnen met twee verschillende problemen thuis. Tabel 10 laat zien om welke problematiek het gaat.

¹⁵ Stichting Bureaus Jeugdzorg Haaglanden/Zuid-Holland (2010). *Actieve hulp in crisissituaties: Kenmerken van cliënten van het Crisis Interventie Team van Bureau Jeugdzorg Zuid-Holland en Haaglanden*.

Tabel 10 Problemen van de ouders of in de thuissituatie naar leeftijd van de jeugdige (in %, n=112), crisisopvang Haaglanden/Zuid-Holland

Leeftijd jeugdige Soort problematiek	0-12 jaar (n=32) %	12-18 jaar (n=80) %	Totaal (n=112) %
Psychische problemen	44	52	50
Psychiatrische stoornis*	31	13	18
Alcohol, druggebruik	13	14	13
Ziekte, medicijngebruik	3	13	10
Criminaliteit	9	3	5
Werkloosheid	0	5	4
Suïcidaal gedrag	3	1	2
Huiselijk geweld*	34	17	22
Echtscheidingsproblematiek	22	13	15
Financiële problemen	22	19	20
Huisvesting	21	9	14
Integratieproblemen	13	11	12

* $p \leq .05$

Bron: Stichting BJZ Haaglanden/Zuid-Holland, 2010

Zoals te zien in tabel 10 heeft in de helft van de gezinnen, één van de ouders psychische problemen. Vaak betreft dit de moeder. Ook psychiatrische problemen van één van de ouders komen regelmatig voor (18%), evenals gebruik van alcohol of drugs (13%) en ziekte of medicijngebruik (10%). Huiselijk geweld in de thuissituatie komt in meer dan één op de vijf gezinnen voor (22%).

Materiële problemen (financiën en huisvesting) spelen in één op de vijf tot zeven gezinnen een rol. Problemen met werkloosheid komen relatief weinig voor (5%). Opmerkelijk is dat integratieproblemen in 12% van de gezinnen meespeelt in de crisissituatie.

Naast deze problematiek heeft 40% van de jeugdigen problemen in de relatie met zijn of haar moeder. Met hun vader heeft ruim een vijfde van de CIT-clienten relatieproblemen (21%).

Een vorm van verwaarlozing of mishandeling doet zich in 56% van de gezinnen voor. Tabel 11 toont een uitsplitsing.

Tabel 11 Vormen van mishandeling of verwaarlozing naar leeftijd van de jeugdige (in %, n=112), crisisopvang Haaglanden/Zuid-Holland

Leeftijd jeugdige	0-12 jaar (n=32)	12-18 jaar (n=80)	Totaal (n=112)
Soort problematiek	%	%	%
Fysieke mishandeling	28	28	28
Fysieke verwaarlozing*	16	4	7
Emotionele mishandeling	25	21	22
Emotionele verwaarlozing**	50	20	29
Seksuele mishandeling*	3	6	5

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$

Bron: Stichting BJZ Haaglanden/Zuid-Holland, 2010

Naast gezinsproblematiek heeft 71% van de jeugdigen van de jeugdigen in de crisisopvang één of meer externaliserende problemen. Externaliserend gedrag komt meer voor onder jongeren van 12 jaar en ouder (88%) dan onder de jongere kinderen die aangemeld zijn bij het CIT (31%). Naast externaliserend probleemgedrag heeft 42% van de jeugdigen ook internaliserende, psychische problemen. Het gaat hierbij met name om depressie, suïcidaal gedrag en zelfbeschadiging. Ongeveer één op de vijf jeugdigen (18%) heeft last van lichamelijke problemen.

Een vijfde van de jeugdigen (20%) heeft leerproblemen, zoals slechte leerprestaties of concentratieproblemen. Een derde (33%) spijbelt of verzuimt regelmatig van school. Een derde van de CIT-klanten (32%) heeft voorafgaand aan de crisisinterventie al eerder hulp gehad.

Uit de diverse onderzoeken blijkt dat er verschillen zijn naar leeftijd, herkomst en sociaal-economische status, wat betreft het type problematiek van kinderen die bij Bureau Jeugdzorg worden aangemeld. Zo blijkt uit een studie van BJZ Friesland dat hoe ouder de kinderen zijn, hoe complexer de problematiek¹⁶. Uit de eerder genoemde studie van BJZ Utrecht bleken verschillen in ernst van de problematiek naar herkomst en sociaaleconomische status¹⁷.

De onderzoeken in Utrecht en Haaglanden/Zuid Holland geven enigszins inzicht in de problematiek van de jeugdigen die via Toegang bij Bureau Jeugdzorg terecht komen dan wel via de crisisopvang. Het is niet zeker in welke mate deze problemen zich ook in de Rotterdam-Rijnmond regio voordoen. Het zegt ook niets over de cliënten van jeugdbescherming en jeugdreclassering. Wel geeft het een indruk van het type problematiek waaraan men kan denken bij deze doelgroepen en wat mogelijke indelingen van problematiek zijn. Om inzicht te verkrijgen in de aard van de problematiek in de Rotterdam-Rijnmond regio, ten behoeve van de ontwikkeling van zorgaanbod en zorginkoop, zou Bureau Jeugdzorg Stadsregio Rotterdam type problematiek standaard moeten registreren.

¹⁶ Bureau Jeugdzorg Friesland (2012). *Cliëntprofielen 2011*. Bureau Jeugdzorg Friesland. Doelgroep vrijwillige jeugdzorg, jeugdbescherming, jeugdreclassering en spoedeisende hulp.

¹⁷ Gaag, R., van der & B. Speet (2010). *Verschillen tussen allochtone en autochtone cliënten*. Bureau Jeugdzorg Utrecht onderzoekt indicaties voor vrijwillige geïndiceerde jeugdzorg. Jeugd en Co, no. 4, 2010.

3.3 Problematiek Jeugd- en Opvoedhulp

De instellingen voor Jeugd- en Opvoedhulp (J&O) in de regio Rotterdam-Rijnmond houden type problematiek bij in individuele dossiers, maar niet in een (gestandaardiseerd) registratiesysteem. In deze paragraaf zullen daarom de resultaten van een aantal onderzoeken die betrekking hebben op problematiek van jeugdigen in J&O. Het gaat daarbij om onderzoeken die merendeels buiten de regio Rotterdam-Rijnmond hebben plaatsgevonden.

In de J&O heeft het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) in de periode 2006-2009 een methodiek ontwikkeld om problematiek van cliënten in de jeugdzorg te classificeren: het Classificatiesysteem Aard van de Problematiek - Jeugd (CAP-J). Het CAP-J bevat definities van problemen waarmee cliënten zich bij de jeugdzorg aanmelden en waarvoor zij begeleiding en behandeling ontvangen¹⁸. Het systeem is hiërarchisch opgebouwd uit assen, groepen, rubrieken en sub-rubrieken.

De vijf assen zijn:

- A. psychosociaal functioneren van de jeugdige;
- B. lichamelijke gezondheid;
- C. vaardigheden en cognitieve ontwikkeling;
- D. gezin en opvoeding;
- E. jeugdige en omgeving.

De assen bestaan elk uit verschillende groepen met elk een eigen code.

Voor zover bekend passen de instellingen voor J&O in de regio Rotterdam-Rijnmond de CAP-J niet standaard toe om type problematiek te registreren.

Er zijn slechts weinig studies bekend die de problematiek van J&O-cliënten analyseren. Doelgroepbeschrijvingen en evaluatiestudies die soms aangeven wat de probleemsituatie aan het begin van de behandeling was, bestaan wel. De meeste studies die uitgevoerd zijn, richten zich op dagbehandeling, residentiële zorg en Jeugdzorg Plus.

3.3.1 Dagbehandeling

TriviumLindenhorst, één van de zorgaanbieders van J&O in de regio Rotterdam-Rijnmond heeft het NJI gevraagd een doelgroepanalyse uit te voeren van cliënten van 5-12 jaar van de dagbehandeling in 2013. Het resultaat hiervan zijn zes cliëntprofielen met verschillende behoeften en doelen van de zorg. Hiervoor zijn 98 dossiers geanalyseerd en ingedeeld op basis van CAP-J. De typen problematiek die het meest worden genoemd bij deze cliëntprofielen zijn:

- A. Psychosociaal functioneren van de jeugdige: emotionele en/of gedragsproblemen (druk en impulsief gedrag, opstandig gedrag en/of antisociaal gedrag), problemen met de competentiebeleving, overige psychosociale problemen (o.a. problemen bij de verwerking van ingrijpende gebeurtenissen en overmatige stress).
- C. Vaardigheden en cognitieve ontwikkeling jeugdigen: problemen met vaardigheden.

¹⁸ [http://www.nji.nl/nl/Kennis/Databanken/Classificatiesysteem-Aard-van-de-Problematiek---Jeugd-\(CAP-J\)](http://www.nji.nl/nl/Kennis/Databanken/Classificatiesysteem-Aard-van-de-Problematiek---Jeugd-(CAP-J)).

- D. Gezin en opvoeding: ontoereikende kwaliteiten van de opvoeding, instabiele opvoedings-situatie, problemen van de ouder, overige problemen gezin en opvoeding.
- E. Jeugdige en omgeving: problemen op speelzaal, school of werk, problematische relatie met medeleerlingen, collega's of groepsleden.

In 50% van de gevallen is As A: Psychosociaal functioneren van de jeugdige als meest dominant aandachtsgebied benoemd, in 37% gevallen is dit As D: Gezin en opvoeding, en in 10% van de gevallen is dit As C: Vaardigheden en cognitieve ontwikkeling jeugdige. Op alle dossiers is er in ieder geval een verbinding met As D: Gezin en opvoeding te zien.

3.3.2 Residentiële zorg

De resultaten van twee studies van residentiële zorg worden hier genoemd: een van TriviumLindenhof en een van Horizon.

TriviumLindenhof heeft in 2011 ook een doelgroepanalyse laten uitvoeren van de cliënten van residentiële zorg. Het ging hierbij om vijf typen residentiële zorg: behandeling, gezinshuis, fasehuis, kamertrainingscentrum, crisisopvang. Het resultaat hiervan zijn zeven cliëntprofielen met verschillende behoeften en doelen van de zorg. Basis was een steekproef van 50 dossiers. Deze zijn geanalyseerd en ingedeeld op basis van CAP-J. De typen problematiek die worden genoemd bij deze cliëntprofielen in de residentiële zorg zijn ondermeer:

- A. Psychosociaal functioneren van de jeugdige: emotionele en/of gedragsproblemen, hechtingsproblemen, problematisch cannabisgebruik, psychiatrische stoornis.
- D. Gezin en opvoeding: problemen van de ouders (verslaving, psychische/psychiatrische problematiek, werkloosheid), ontoereikende kwaliteiten van de opvoeding, verwaarlozing, lichamelijke/psychische mishandeling, incest, seksueel misbruik van de jeugdige in het gezin.
- E. Jeugdige en omgeving: problemen met motivatie voor school of werk, financiële problemen en een risicovolle vriendengroep.

Op grond van het onderzoek kan worden geconcludeerd dat bij de jeugdigen die een beroep doen op de residentiële jeugdzorg van TriviumLindenhof vooral problematiek wordt waargenomen op As A: Psychosociaal functioneren, As D: Gezin en opvoeding en As E: Jeugdige en omgeving. De problemen op de E-as (jeugdige en omgeving) deden zich bij TriviumLindenhof vooral voor bij de jongeren vanaf ca. 12 jaar. Over de ernst van de problematiek is weinig bekend.

De zorgaanbieder Horizon heeft ook een onderzoek laten uitvoeren in 2010 naar (open) residentiële zorg onder 123 jeugdigen, van 5 tot 18 jaar, die in een instelling in Rotterdam en een instelling in Alphen aan de Rijn verbleven¹⁹.

Een groot deel van de jeugdigen werd opgenomen vanuit een andere residentiële instelling of de crisisopvang (41%). 10% woonde voor het verblijf in de residentiële instelling in een pleeggezin. Een groot deel van de jeugdigen heeft ooit in een pleeggezin gewoond (70%).

¹⁹ Scholte E.M. & van der Ploeg, J.D. (2010). *Effectiviteit in de residentiële jeugdzorg. Doelgroepen en werkwijze van Horizon. Eerste tussenrapportage*. Universiteit Leiden/Nippon - Amsterdam.

Verder had twee derde van de gezinnen een jeugdbeschermingsmaatregel (66%), merendeels een OTS. Gemiddeld hebben de jeugdigen bij opname in Horizon al ongeveer zes jaar professionele zorg ontvangen voor zij in residentiële zorg terecht kwamen.

In het onderzoek is op basis van dossiers en op basis van diverse tests (vragenlijsten) de problematiek van de jongeren geanalyseerd. De testresultaten laten het volgende beeld van de jeugdigen in residentiële zorg zien:

1. Bijna twee vijfde (38%) van de gezinnen heeft ernstige problemen. Dat betreft vooral een gebrek aan communicatie (50%) en het ontbreken van responsiviteit (37%).
2. Het ontbreekt het merendeel van de jeugdigen (56%) aan sociale vaardigheden. Dat betreft vooral de vaardigheid om met volwassenen om te gaan en hun gezag te erkennen.
3. De ASEBA²⁰ laat zien dat twee derde (71%) van de jeugdigen in Horizon gedragsproblemen heeft in de (sub)klinische range. Het zijn vooral op de omgeving gerichte storende gedragsproblemen (gedragsproblematiek van geëxternaliseerde aard).
4. De ASEBA laat verder zien dat de ernst van de gedragsproblematiek van de jeugdigen die in de residentiële afdelingen van Horizon worden opgenomen, vergelijkbaar is met die van de zeer gedragsproblematische jeugdigen die met een civielrechtelijke maatregel geplaatst worden in de voorzieningen van de Jeugdzorg Plus.
5. Tussen de 25 en 30% van de jeugdigen vertoont volgens de SEV²¹ ernstige gedragsstoornissen met een kinderpsychiatrische ondertoon (ODD/CD) en/of heeft te kampen met het syndroom van sociaal emotionele of fundamentele onthechtheid.

Samenvattend kan op grond van het testonderzoek worden geconcludeerd dat de jeugdigen die een beroep doen op de residentiële jeugdzorg van Horizon, zeer ernstige klinische gedrags- en emotionele problematiek te zien geven. Een substantieel deel hiervan wordt bovendien vanuit zeer problematische gezins- en opvoedingsomstandigheden opgenomen.

3.4 Problematiek Jeugdzorg Plus

De problematiek van jeugdigen die in Jeugdzorg Plus terecht komen wordt wel vastgelegd in het registratiesysteem, maar niet compleet, zoals blijkt uit tabel 12. Zo is bij 30 tot 35% van de jeugdigen problematiek onbekend. Opvallend zijn de verschillen tussen 2010 en 2011.

²⁰ ASEBA = Achenbach System of Empirically Based Assessment. De versie hiervan voor ouders heet CBCL (Child Behavior Checklist).

²¹ SEV = Sociaal emotionele vragenlijst. Dit is een recent ontwikkeld instrument om te bepalen of kinderen de kernsymptomen vertonen van de belangrijkste kinderpsychiatrische stoornissen die in de DSM-IV en ICD-10 worden genoemd.

Tabel 12 Problematiek van jeugdigen nieuw aangemeld voor Jeugdzorg Plus in 2010 en 2011 waarvan BJZ Rotterdam de plaatsvrager is

	2010		2011	
	N	%	N	%
Jongeren met agressieproblematiek	16	14	37	26
Jongeren met LVB-problematiek	27	23	19	13
Jongeren met specifieke omstandigheden	8	7	9	6
Jongeren met verslavingsproblematiek	14	12	6	4
Jongeren met zedenproblematiek (dader of slachtoffer)	14	12	18	13
Meisjes die zwanger zijn	2	2	2	1
Onbekend	35	30	50	35
Totaal	116	100	141	100

Bron: BJZ Haaglanden

Uit tabel 12 blijkt dat de meest voorkomende problematiek van jeugdigen in Jeugdzorg Plus LVB-problematiek, agressieproblematiek en zedenproblematiek is.

De BJZ Haaglanden en Zuid Holland hebben ook onderzoek gedaan naar de doelgroep van Jeugdzorg Plus²². Hierbij gaat het om jeugdigen uit Den Haag en randgemeenten alsmede uit de provincie Zuid-Holland (exclusief de Stadsregio Rotterdam). Bij 90 dossiers uit 2009 is onder meer problematiek en hulpgeschiedenis van de doelgroep onderzocht.

De opvallendste uitkomsten wat betreft problematiek van Jeugdzorg Plus cliënten:

- Meer dan de helft van de jeugdigen in de onderzoeksgroep (62%) is bij aanmelding voor gesloten plaatsing OTS. Bij 18% is er sprake van een voorlopige OTS.
- Twee derde van de jeugdigen (67%) heeft voor de aanmelding voor gesloten plaatsing al residentiële zorg gehad.
- In ongeveer een derde van de dossiers (32%) worden één of meer vormen van verwaarlozing of mishandeling van de jeugdige vermeld.
- Bijna alle jeugdigen hebben externaliserende problemen (97%).
- Ruim drie kwart van de jeugdigen (78%) heeft internaliserende problemen.
- Van een groot deel van de jeugdigen staat in het dossier vermeld dat ze regelmatig hebben gespijbeld (63%).
- Bij één op de acht jeugdigen is sprake van een LVB.

3.5 Problematiek jeugd-GGZ

Jeugdige cliënten van de GGZ zijn onder behandeling voor verschillende typen problematiek. Hierbij kan men denken aan aandachtstekort- en gedragsstoornissen (o.a. ADHD), autismespectrumstoornissen²³ (voorheen Pervasive stoornissen), depressie, angst en aanpassingsstoornissen.

²² Stichting Bureaus Jeugdzorg Haaglanden/Zuid Holland. *Kenmerken van en doelen voor gesloten jeugdzorg*, april 2011.

²³ In mei 2013 is DSM-V ingevoerd. Vanaf dat moment zijn de verschillende losse diagnoses voor pervasieve stoornissen verdwenen en zullen deze samen met klassiek autisme, het syndroom van Asperger, atypisch autisme, PDD-NOS, MCDD, het syndroom van Rett en desintegratiestoornis van de kindertijd als één categorie worden benoemd: autismespectrumstoornis.

Onder 'overige stoornissen in de kindertijd' vallen onder andere separatieangst en hechtingsstoornissen. Onder 'andere aandoeningen en problemen' die een reden voor jeugdhulp kunnen zijn vallen onder andere problemen door verwaarlozing, leerproblemen, identiteitsproblemen.

Tabel 13 geeft per gemeente een overzicht van de typen problematiek van jeugdigen die gebruikmaken van GGZ-zorg, op basis van gegevens van tien grote zorgaanbieders in de regio Rotterdam-Rijnmond. Deze tien zorgaanbieders leveren zorg aan 54% van het totaal aantal jeugd-GGZ cliënten afkomstig uit de regio Rotterdam-Rijnmond. Van instellingen met een hoofdvestiging buiten de regio en de vrijgevestigde aanbieders waren merendeels geen gegevens beschikbaar. Het is niet bekend of er bij cliënten die door vrijgevestigde aanbieders en buiten de regio behandeld worden, sprake is van dezelfde problematiek als bij de cliënten die door de tien onderzochte zorgaanbieders behandeld worden.

Het type problematiek is bepaald op basis van de DSM-codes die de GGZ-instellingen registreren. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (kortweg DSM) is een Amerikaans handboek voor diagnose en statistiek van psychische aandoeningen dat in de meeste landen als standaard in de psychiatrische diagnostiek dient.

De meest voorkomende stoornissen van cliënten die gebruikmaken van jeugd-GGZ in de regio Rotterdam-Rijnmond zijn:

- aandachtstekort- en gedragsstoornissen (29,6%);
- autismespectrumstoornissen (14,7%);
- overige stoornissen in de kindertijd (13,8%).

Depressie, angst- en aanpassingsstoornissen²⁴ komen minder vaak voor, maar nog steeds in aanzienlijke mate.

Aandachtstekort- en gedragsstoornissen komen relatief vaak voor in Maassluis (35,2% in Maassluis versus 29,6% in de regio) en in Schiedam (34,8% in Schiedam versus 29,6% in de regio). Opvallend is het hoge percentage jeugdigen met autismespectrumstoornissen in Krimpen a/d IJssel met 30,7% versus 14,7% in de hele regio Rotterdam-Rijnmond, terwijl Overige stoornissen in de kindertijd het meest worden gerapporteerd in Spijkenisse, 21,5% versus 13,8% in de regio. Verschillen tussen gemeenten waren significant (<0.001).

Hierbij is van belang op te merken dat slechts van een deel van de zorgaanbieders informatie over type problematiek bekend was. Samen bieden deze tien zorgaanbieders jeugd-GGZ zorg aan 54% van het totaal aantal jeugdige cliënten in de regio Rotterdam-Rijnmond. Instellingen met een hoofdvestiging buiten de regio en vrijgevestigde aanbieders ontbreken. Het is mogelijk dat cliënten bij deze laatste instellingen voor andere problemen in zorg zijn dan de cliënten van de grote instellingen in de regio. De resultaten wat betreft type problematiek kunnen dan ook niet worden gegeneraliseerd naar alle jeugd-GGZ cliënten.

²⁴ De behandeling van aanpassingsstoornissen wordt vanaf 1 januari 2012 niet meer vergoed vanuit het basispakket van de zorgverzekering.

Voor Rotterdam is ook een uitsplitsing van problematiek naar deelgemeente van Rotterdam gemaakt. Deze staat in Bijlage 1. Conclusie daaruit is dat er verschillen tussen deelgemeenten zijn. Hoek van Holland springt eruit bij aandachtstekortstoornissen (46% vs. 30% voor heel Rotterdam), Prins Alexander bij autismespectrumstoornissen (25% vs. 15% voor heel Rotterdam) en Hoogvliet, Noord en Rozenburg bij Overige stoornissen in de kindertijd (resp. 21%, 19% en 33% vs. 14% voor heel Rotterdam). Verschillen tussen deelgemeenten waren significant ($p < 0.001$).

Tabel 13 Aantal 0- t/m 17-jarigen dat gebruik maakte van jeugd-GGZ naar type problematiek, in 2010 en 2011 naar gemeente*

	Aan-dachts-tekort en gedrag		Autisme spectrum stoornis		Overige stoornissen in de kindertijd		Depressie		Angst		Aan-passings-stoornis		Andere aandoe-ningen en problemen		Overig		Onbekend	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Albrandswaard	61	31,6	28	14,5	33	17,1	<5	2,1	<5	2,1	8	4,1	18	9,3	7	3,6	30	15,5
Barendrecht	163	31,7	117	22,7	56	10,9	9	1,7	32	6,2	18	3,5	40	7,8	18	3,5	62	12,0
Bernisse	35	30,4	24	20,9	12	10,4	<5	0,9	<5	3,5	7	6,1	8	7,0	<5	1,7	22	19,1
Brielle	37	25,3	25	17,1	24	16,4	5	3,4	8	5,5	<5	2,7	6	4,1	6	4,1	31	21,2
Capelle a/d IJssel	216	29,6	167	22,9	78	10,7	22	3,0	41	5,6	34	4,7	60	8,2	25	3,4	87	11,9
Goeree-Overflakkee	176	30,9	89	15,6	89	15,6	19	3,3	48	8,4	24	4,2	17	3,0	15	2,6	92	16,2
Hellevoetsluis	146	27,5	77	14,5	94	17,7	18	3,4	26	4,9	15	2,8	24	4,5	14	2,6	117	22,0
Krimpen a/d IJssel	110	30,4	111	30,7	35	9,7	6	1,7	16	4,4	15	4,1	31	8,6	<5	0,6	36	9,9
Lansingerland	171	26,8	89	13,9	105	16,5	19	3,0	48	7,5	33	5,2	25	3,9	27	4,2	121	19,0
Maassluis	145	35,2	51	12,4	43	10,4	7	1,7	35	8,5	33	8,0	26	6,3	13	3,2	59	14,3
Ridderkerk	152	30,6	76	15,3	54	10,9	10	2,0	36	7,2	30	6,0	48	9,7	13	2,6	78	15,7
Rotterdam	1597	28,7	740	13,3	763	13,7	130	2,3	329	5,9	321	5,8	450	8,1	225	4,0	1003	18,0
Schiedam	297	34,8	98	11,5	113	13,2	14	1,6	50	5,9	55	6,4	40	4,7	41	4,8	146	17,1
Spijkenisse	201	24,5	92	11,2	176	21,5	12	1,5	43	5,3	13	1,6	55	6,7	28	3,4	199	24,3
Vlaardingen	279	33,1	93	11,0	90	10,7	21	2,5	54	6,4	59	7,0	58	6,9	27	3,2	163	19,3
Westvoorne	26	24,3	14	13,1	19	17,8	<5	3,7	6	5,6	5	4,7	5	4,7	<5	3,7	24	22,4
Totaal regio Rotterdam-Rijnmond	3812	29,6	1891	14,7	1784	13,8	301	2,3	780	6,1	674	5,2	911	7,1	467	3,6	2270	17,6

* Cijfers exclusief Erasmus MC

3.6 Problematiek AWBZ-gefinancierde zorg voor jeugd

In Vektisbestanden van augustus en oktober 2013 is helaas geen informatie over problematiek van cliënten met een indicatie voor AWBZ-gefinancierde zorg opgenomen. Type problematiek was ook niet ingevuld in het bestand van de grote zorgaanbieder voor geïndiceerde LVB-zorg dat wij tot onze beschikking hadden. Wel staat in de Vektisbestanden op basis van welke aandoening of handicap cliënten extramurale zorg ontvangen (de zogenaamde grondslag).

Tabel 14 toont het aantal jeugdigen uit de regio Rotterdam-Rijnmond met een AWBZ-indicatie voor extramurale zorg op basis van verschillende grondslagen, op peildata 1 januari 2011 en 1 januari 2012.

Uit tabel 14 blijkt verder dat jeugdigen met een verstandelijke handicap de grootste groep is binnen de cliënten met een extramurale indicatie in de regio Rotterdam-Rijnmond (1.685 jeugdigen op 1 januari 2012), gevolgd door de jeugdigen met een psychiatrische aandoening (1.188 jeugdigen op 1 januari 2012). De aantallen kunnen niet bij elkaar worden opgeteld, omdat de CIZ-gegevens op vijftallen zijn afgerond.

Tabel 14 Aantal kinderen met een indicatie voor extramurale AWBZ-zorg per dominante grondslag en gemeente op 1 januari 2011 en 1 januari 2012**

	Somatische aandoening		Lichamelijke handicap		Verstandelijke handicap		Zintuiglijke handicap		Psychiatrische aandoening*	
Gemeente	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012
Albrandswaard					25	25			25	34
Barendrecht	10	15	10	15	70	65	10	5	72	82
Bernisse					5	10			12	12
Brielle					20	20			22	25
Capelle a/d IJssel	15	15	10	10	85	90	15	5	83	81
Dirksland					20	20				
Goedereede		5			20	20				
Middelharnis					20	20				
Oostflakkee					15	15				
Hellevoetsluis	5	10	5	10	55	45	10		70	74
Krimpen a/d IJssel		10	10	5	45	45	10		61	58
Lansingerland	15	20	5	5	40	50	20	5	67	65
Maassluis		10			40	40	10	5	43	41
Ridderkerk	5	5	5	5	45	45	5		42	40
Rotterdam	135	160	95	90	900	855	145	55	431	446
Schiedam	15	10	15	10	110	105	25	10	51	58
Spijkenisse	10	20	10	10	115	115	15		107	93
Vlaardingen	10	15	15	10	90	95	15		57	63
Westvoorne					10	10			17	16
Totaal regio	240	315	205	190	1.730	1.685	290	110	1.160	1.188
Rotterdam- Rijnmond										

Bron: CIZ-rapportage *Op weg naar andere zorg* (2013); BIZ Stadsregio Rotterdam.

* Exclusief Goeree-Overflakkee

** In de CIZ-rapportages worden alleen aantallen vanaf vijf getoond en de aantallen zijn bovendien afgerond op vijftallen.

Cliënten kunnen ook meer dan één grondslag hebben (een dominante en een secundaire). Tabel 15 geeft inzicht in combinaties van grondslagen, op basis van CIZ-indicaties. Hieruit blijkt dat voor de hele regio geldt dat 53% van de jeugdigen met een CIZ-indicatie één grondslag heeft en 47% twee grondslagen. De combinatie verstandelijke handicap (VG) en psychiatrische aandoening (PSY) komt het meest voor bij jeugdigen met een indicatie met twee grondslagen, bij 25% van het totaal aantal jeugdigen met een CIZ-indicatie voor extramurale AWBZ-zorg.

Tabel 15 *Dominante en secundaire grondslag van jeugdigen met CIZ-indicatie voor extramurale AWBZ-zorg op 1 juli 2013*

Gemeente	Totaal		1 grondslag		2 grondslagen		VG en PSY	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Albrandswaard	35	100	15	43	20	57	10	29
Barendrecht	95	100	55	58	40	42	15	16
Bernisse	15	100	10	67	5	33		
Brielle	15	100	5	33	10	67	5	33
Capelle a/d IJssel	115	100	55	48	60	52	25	22
Dirksland	15	100	10	67	5	33	5	33
Goedereede	25	100	15	60	10	40		
Middelharnis	30	100	15	50	15	50		
Oostflakkee	15	100	10	67	5	33	5	33
Hellevoetsluis	55	100	30	55	25	45	20	36
Krimpen a/d IJssel	60	100	30	50	30	50	20	33
Lansingerland	75	100	40	53	35	47	15	20
Maassluis	50	100	20	40	30	60	15	30
Ridderkerk	65	100	25	38	40	62	20	31
Rotterdam	1.100	100	600	55	500	45	265	24
Schiedam	110	100	55	50	55	50	35	32
Spijkenisse	130	100	80	62	50	38	35	27
Vlaardingen	120	100	65	54	55	46	30	25
Westvoorne	10	100	5	50	5	50		
Totaal regio Rotterdam-Rijnmond	2.140	100	1.135	53	1.005	47	540	25

Bron: CIZ

4 Stapeling van zorg

De volgende onderzoeksvraag staat centraal in dit hoofdstuk:

“Hoe ontwikkelt het zorggebruik zich per cliënt, m.a.w. hoe verlopen zorgcarrières?”

Om deze onderzoeksvraag te beantwoorden is op detailniveau geanalyseerd welke jeugdhulp cliënten hebben ontvangen in 2010 en 2011. Het gaat hierbij zowel om volgtijdelijke (na elkaar in de tijd) als om gelijktijdige zorg (zorg tegelijkertijd). Eerst wordt een overzicht gegeven van de combinaties van de verschillende zorgvormen van J&O paragraaf 4.1). Vervolgens worden in paragraaf 4.2 de combinaties getoond van J&O met overige geïndiceerde zorg en SMW.

4.1 Gebruik van meerdere zorgvormen in de Jeugd- en Opvoedhulp

In dit rapport wordt bekeken hoeveel unieke jeugdigen in 2010 en/of 2011 gebruik hebben gemaakt van meerdere zorgvormen bij de instellingen voor Jeugd- en Opvoedhulp (J&O). Een instelling voor J&O biedt hulp en behandeling op basis van een indicatiestelling van BJZ. Meestal werken de instellingen regionaal. De J&O valt uiteen in de volgende zorgvormen:

- Jeugdhulp Individueel (thuis of bij de zorgaanbieder);
- Jeugdhulp Groep (bij de zorgaanbieder);
- Dagbehandeling (intramuraal deeltijd, bijvoorbeeld een behandeling overdag in een Medisch Kinderdagverblijf);
- Residentieel (verblijf 24-uurs in open behandelgroep);
- Pleegzorg (verblijf bij pleegouder deeltijd of 24-uurs);
- Crisis (ambulant of verblijf);
- Observatiediagnostiek (o.a. gedragsobservatie en het afnemen van testen);
- JeugdzorgPlus (verblijf 24-uurs in gesloten behandelgroep).

Jeugdigen ontvangen doorgaans een combinatie van zorgvormen. Gedurende een cliënttraject is in eerste instantie vaak sprake van uitsluitend Jeugdhulp Individueel en vervolgens van een combinatie van Jeugdhulp (Individueel of Groep) en residentiële zorg, dagbehandeling of pleegzorg. Een jongere verblijft bijvoorbeeld in een instelling (residentieel), volgt een groepstherapie (Jeugdhulp Groep) en voor de ouders is er gezinsbegeleiding (Jeugdhulp Individueel).

Voor de indeling in zorgvormen is met name gebruikgemaakt van de landelijk geldende codes voor de jeugdzorg (bekostigingseenheden of BKE's)²⁵. In Bijlage 2 is een overzicht van de BKE's weergegeven. Van 230 cliënten was geen zorgvorm bekend.

²⁵ De codes JH2-A, JH2-B, JH3-A en JH3-B zijn opgeteld voor Jeugdhulp Individueel, de codes JH2-C, JH2-D, JH3-C voor Jeugdhulp Groep, Code VF1 is dagbehandeling. Codes VF2 tot en met VF7 zijn samen residentiële zorg. PL1 en PL2 zijn pleegzorg. JH4 en VF8 zijn samen crisis, VF9 is gesloten jeugdzorg.

Tabel 16 geeft een overzicht van het aantal jeugdigen met één of meerdere zorgvormen binnen de J&O in 2010 en 2011.

Tabel 16 Jeugdigen met één of meerdere zorgvormen J&O in 2010 en/of 2011

	Aantal	%
Aantal cliënten met één zorgvorm	3.841	53,2
Aantal cliënten met twee zorgvormen	2.554	35,4
Aantal cliënten met drie zorgvormen	699	9,7
Aantal cliënten met vier of vijf zorgvormen	123	1,7
Totaal	7.217	100

Uit tabel 16 blijkt dat ruim de helft van de cliënten (53,2%) één type zorgvorm ontvangt, 35,4% ontvangt twee zorgvormen en 9,7% maakt gebruik van drie zorgvormen.

Tabel 17 geeft een overzicht van het aantal jeugdigen met maximaal twee zorgvormen binnen de J&O in 2010 en 2011. Combinaties van zorgvormen die bij minder dan 2% van de cliënten voorkomen zijn niet getoond. De percentages tellen niet op tot 100, omdat jeugdigen meer dan twee zorgvormen kunnen ontvangen.

Tabel 17 Meervoudig gebruik van zorgvormen binnen J&O in 2010 en 2011, naar zorgvorm

Combinatie van zorgvormen J&O	Aantal cliënten	% van totaal aantal cliënten
Alleen Jeugdhulp Individueel	2.921	40,5
Jeugdhulp Individueel en Pleegzorg	1.195	16,6
Jeugdhulp Individueel en Dagbehandeling	867	12,0
Jeugdhulp Individueel en Residentieel	864	12,0
Jeugdhulp Individueel en Jeugdhulp Groep	617	8,5
Jeugdhulp Individueel en Crisis	582	8,1
Alleen Crisis	422	5,8
Jeugdhulp Groep en Residentieel	271	3,8
Jeugdhulp Groep en Dagbehandeling	231	3,2
Alleen Residentieel	177	2,5
Residentieel en Crisis	164	2,3
Alleen Dagbehandeling	158	2,2

* De percentages tellen niet op tot 100, omdat jeugdigen meer dan twee zorgvormen kunnen hebben.

Uit tabel 17 blijkt dat de meeste kinderen in 2010 en 2011 alleen Jeugdhulp Individueel ontvingen (40,5%). De combinatie Jeugdhulp Individueel en Pleegzorg komt het vaakst voor, namelijk bij 16,6% van de kinderen, gevolgd door Jeugdhulp Individueel en Dagbehandeling (12,0%) en Jeugdhulp Individueel en Residentiële zorg (12,0%).

In tabel 18 t/m tabel 25 wordt achtereenvolgens voor Jeugdhulp individueel, Jeugdhulp Groep, Residentiële zorg, Dagbehandeling, Observatiediagnostiek, Pleegzorg, Crisis en JeugdzorgPlus het aantal kinderen weergegeven met een combinatie van zorgvormen. De percentages tellen niet op tot 100, omdat jeugdigen meer dan twee zorgvormen kunnen hebben. Observatiediagnostiek komt alleen voor in combinatie met dagbehandeling en Jeugdhulp Individueel en wordt daarom in de overige zes tabellen niet getoond.

Tabel 18 Meervoudig gebruik van zorgvormen bij jeugdigen met Jeugdhulp Individueel binnen J&O in 2010 en 2011

Combinatie van zorgvormen	N	%
Alleen Jeugdhulp Individueel	2.921	47,2
Jeugdhulp Individueel en Pleegzorg	1.195	19,3
Jeugdhulp Individueel en Residentieel	864	14,0
Jeugdhulp Individueel en Dagbehandeling	867	14,0
Jeugdhulp Individueel en Jeugdhulp Groep	617	10,0
Jeugdhulp Individueel en Crisis	582	9,4
Jeugdhulp Individueel en JeugdzorgPlus	75	1,2
Jeugdhulp Individueel en Observatiediagnostiek	26	0,4

In tabel 18 is te zien dat 19,3% van de kinderen met Jeugdhulp Individueel ook Pleegzorg ontving.

Tabel 19 Meervoudig gebruik van zorgvormen bij jeugdigen met Jeugdhulp Groep binnen J&O in 2010 en 2011

Combinatie van zorgvormen	N	%
Alleen Jeugdhulp Groep	5	0,8
Jeugdhulp Groep en Jeugdhulp Individueel	617	92,8
Jeugdhulp Groep en Dagbehandeling	231	34,7
Jeugdhulp Groep en Residentieel	271	40,8
Jeugdhulp Groep en Pleegzorg	22	3,3
Jeugdhulp Groep en Crisis	48	7,2
Jeugdhulp Groep en Jeugdzorgplus	78	11,7

In tabel 19 is te zien dat 92,8% van de kinderen met Jeugdhulp Groep ook Jeugdhulp Individueel ontving. Ook de combinatie van Jeugdhulp Groep met Dagbehandeling (34,7%) en residentiële zorg (40,8%) komt relatief vaak voor.

Tabel 20 Meervoudig gebruik van zorgvormen bij jeugdigen met residentiële zorg binnen J&O in 2010 en 2011

Combinatie van zorgvormen	N	%
Alleen Residentieel	177	16,4
Residentieel en Jeugdhulp Individueel	864	79,9
Residentieel en Jeugdhulp Groep	271	25,0
Residentieel en Crisis	164	15,2
Residentieel en Pleegzorg	74	6,8
Residentieel en Dagbehandeling	62	5,7
Residentieel en JeugdzorgPlus	43	4,0

In tabel 20 is te zien dat 79,9% van de kinderen met residentiële zorg Jeugdhulp Individueel ontving en 25% Jeugdhulp Groep. Dit is niet verwonderlijk, omdat het bij de kostencode Verblijf in de regel alleen om verblijf gaat en de zorg apart wordt gedeclareerd.

Tabel 21 Meervoudig gebruik van zorgvormen bij jeugdigen met Dagbehandeling binnen J&O in 2010 en 2011

Combinatie van zorgvormen	N	%
Alleen Dagbehandeling	158	14,8
Dagbehandeling en Jeugdhulp Individueel	867	81,0
Dagbehandeling en Jeugdhulp Groep	231	21,6
Dagbehandeling en Residentieel	62	5,8
Dagbehandeling en Observatiediagnostiek	60	5,6
Dagbehandeling en Crisis	59	5,5
Dagbehandeling en Pleegzorg	37	3,5
Dagbehandeling en Jeugdzorgplus	7	0,7

In tabel 21 is te zien dat 81% van de kinderen met Dagbehandeling ook Jeugdhulp Individueel ontving en 21,6% ook Jeugdhulp Groep.

Tabel 22 Meervoudig gebruik van zorgvormen bij jeugdigen met Observatiediagnostiek binnen J&O in 2010 en 2011

Combinatie van zorgvormen	N	%
Observatiediagnostiek en Jeugdhulp Individueel	26	43,3
Observatiediagnostiek en Dagbehandeling	60	100,0

In tabel 22 is te zien dat bij Observatiediagnostiek altijd sprake is van Dagbehandeling.

Tabel 23 Meervoudig gebruik van zorgvormen bij jeugdigen met Pleegzorg binnen J&O in 2010 en 2011

Combinatie van zorgvormen	N	%
Alleen Pleegzorg	422	32,9
Pleegzorg en Jeugdhulp Individueel	1.195	93,1
Pleegzorg en Residentieel	74	5,8
Pleegzorg en Crisis	43	3,4
Pleegzorg en Dagbehandeling	37	2,9
Pleegzorg en Jeugdhulp Groep	22	1,7
Pleegzorg en JeugdzorgPlus	5	0,4

In tabel 23 is te zien dat 93,1% van de kinderen met Pleegzorg ook Jeugdhulp Individueel ontving. Bij Jeugdhulp Individueel gaat het om jeugdhulp aan een pleegkind en zijn of haar biologische ouders. Begeleiding van de pleegouders valt onder de BKE's van pleegzorg.

Tabel 24 Meervoudig gebruik van zorgvormen bij jeugdigen met Crisis binnen J&O in 2010 en 2011

Combinatie van zorgvormen	N	%
Alleen Crisis	422	41,3
Crisis en Jeugdhulp Individueel	582	56,9
Crisis en Residentieel	164	16,0
Crisis en Dagbehandeling	59	5,8
Crisis en Jeugdhulp Groep	48	4,7
Crisis en Pleegzorg	43	4,2
Crisis en JeugdzorgPlus	19	1,9
Totaal Crisis	1.022	

In tabel 24 is te zien dat 56,9% van de kinderen met Crisis ook Jeugdhulp Individueel ontving.

Tabel 25 Meervoudig gebruik van zorgvormen bij jeugdigen met JeugdzorgPlus binnen J&O in 2010 en 2011

Combinatie van zorgvormen	N	%
Alleen JeugdzorgPlus	72	40,2
JeugdzorgPlus en Jeugdhulp Groep	78	43,6
JeugdzorgPlus en Jeugdhulp Individueel	75	41,9
JeugdzorgPlus en Residentieel	43	24,0
JeugdzorgPlus en Crisis	19	10,6
JeugdzorgPlus en Dagbehandeling	7	3,9
JeugdzorgPlus en Pleegzorg	5	2,8
Totaal JeugdzorgPlus	179	

In tabel 25 is te zien dat 43,6% van de kinderen met JeugdzorgPlus ook Jeugdhulp Groep ontving en 41,9% ook Jeugdhulp Individueel.

4.2 Gebruik van meerdere zorgvormen binnen J&O, jeugd-GGZ, jeugd-LVB zorg, Jeugdbescherming, Jeugdreclassering en Schoolmaatschappelijk werk

Tabel 26 geeft een overzicht van het aantal jeugdigen dat in 2010 en/of in 2011 één of meer van onderstaande vormen van jeugdhulp ontving.

De zorgvormen van Jeugdzorg en Opvoedhulp:

- Jeugdhulp individueel;
- Jeugdhulp Groep;
- Residentiële zorg;
- Dagbehandeling;
- Crisis.

JeugdzorgPlus:

- Jeugdbescherming;
- Jeugdreclassering;
- Tweedelijns GGZ gefinancierd vanuit de Zorgverzekeringswet;
- LVB-zorg bij één zorgaanbieder;
- SMW voor basisschoolleerlingen.

De combinaties met Pleegzorg ontbreken in deze paragraaf ²⁶.

²⁶ Bij pleegzorg komt het vaak voor dat kinderen op meerdere adressen staan ingeschreven in de diverse zorgregistraties. In de ene zorgregistratie heeft een kind bijvoorbeeld een adres binnen de regio, in de andere registratie woont het buiten de regio.

Tabel 26 Cliënten met één of meerdere zorgvormen in 2010 of 2011

	Aantal	%
Aantal cliënten met één zorgvorm	22.142	81,3
Aantal cliënten met twee zorgvormen	3.276	12,0
Aantal cliënten met drie zorgvormen	1.092	4,0
Aantal cliënten met vier of meer zorgvormen	716	2,6
Totaal	27.226	100

Uit tabel 26 blijkt dat 22.142 jeugdigen (81,3%) één zorgvorm ontvangt, 12% ontvangt twee zorgvormen en 4% maakt gebruik van drie zorgvormen.

Tabel 27 geeft een overzicht van het aantal jeugdigen met maximaal twee zorgvormen in 2010 en 2011. Tevens wordt de aantallen weergegeven als percentage van het totaal aantal jeugdigen dat bovengenoemde vormen van zorg ontving. Combinaties van zorgvormen die bij 1% of minder van de cliënten voorkomen zijn niet getoond.

Tabel 27 Meervoudig gebruik van zorgvormen binnen J&O in 2010 en 2011, naar zorgvorm

Combinatie van zorgvormen J&O	Aantal cliënten	% van totaal aantal cliënten
Jeugdhulp Individueel alleen	1.943	7,1
Jeugdhulp Individueel en GGZ	1.217	4,5
Jeugdhulp Individueel en Jeugdbescherming	1.029	3,8
Residentieel en Jeugdbescherming	488	1,8
Dagbehandeling alleen	443	1,6
Dagbehandeling en GGZ	386	1,4
Jeugdhulp Individueel en Jeugdreclassering	314	1,2
Residentieel en GGZ	326	1,2
Crisis alleen	328	1,2

Uit tabel 27 blijkt dat de meeste kinderen in 2010 en 2011 alleen Jeugdhulp Individueel hebben ontvangen van de instellingen voor J&O (7,1%). De combinaties die het vaakst voorkomen zijn Jeugdhulp Individueel met GGZ (4,5%) en Jeugdhulp Individueel met een Jeugdbeschermingsmaatregel (3,8%).

In tabel 28 t/m tabel 33 wordt achtereenvolgens, voor de zes zorgvormen van Jeugdzorg en Opvoedhulp (Jeugdhulp individueel, Jeugdhulp Groep, Residentiële zorg, Dagbehandeling, Crisis en Jeugdzorg Plus), het aantal kinderen weergegeven dat ook een Jeugdbeschermings- of Jeugdreclasseringsmaatregel heeft, dan wel GGZ-zorg, LVB-zorg of SMW ontving. De percentages tellen niet op tot 100, omdat bij jeugdigen meer dan twee zorgvormen kunnen voorkomen.

Tabel 28 Meervoudig gebruik van zorgvormen bij jeugdigen met Jeugdhulp Individueel binnen J&O in 2010 en 2011

Combinatie van zorgvormen	N	%
Jeugdhulp alleen	1.943	46,2
Jeugdhulp Individueel en GGZ	1.217	28,9
Jeugdhulp Individueel en Jeugdbescherming	1.029	24,4
Jeugdhulp Individueel en Jeugdreclassering	314	7,5
Jeugdhulp Individueel en SMW	278	6,6
Jeugdhulp Individueel en LVB	49	1,2

In tabel 28 is te zien dat 28,9% van de kinderen met Jeugdhulp Individueel ook GGZ-zorg ontving, 24,4% heeft Jeugdhulp Individueel en een Jeugdbeschermingsmaatregel.

Tabel 29 Meervoudig gebruik van zorgvormen bij jeugdigen met Jeugdhulp Groep binnen J&O in 2010 en 2011

Combinatie van zorgvormen	N	%
Jeugdhulp Groep en GGZ	283	41,4
Jeugdhulp Groep en Jeugdbescherming	254	37,1
Jeugdhulp Groep alleen	237	34,6
Jeugdhulp Groep en Jeugdreclassering	45	6,6
Jeugdhulp Groep en SMW	45	6,6
Jeugdhulp Groep en LVB	8	1,2

In tabel 29 is te zien dat 41,4% van de kinderen met Jeugdhulp Groep ook GGZ-zorg ontving, 37,1% heeft Jeugdhulp Groep en een Jeugdbeschermingsmaatregel.

Tabel 30 Meervoudig gebruik van zorgvormen bij jeugdigen met Dagbehandeling binnen J&O in 2010 en 2011

Combinatie van zorgvormen	N	%
Dagbehandeling alleen	443	45,7
Dagbehandeling en GGZ	386	39,8
Dagbehandeling en Jeugdbescherming	146	15,1
Dagbehandeling en SMW	86	8,9
Dagbehandeling en Jeugdreclassering	5	0,5
Dagbehandeling en LVB	3	0,3

In tabel 30 is te zien dat 39,8% van de kinderen met Dagbehandeling ook GGZ-zorg ontving, 15,1% heeft Dagbehandeling en een maatregel Jeugdbescherming.

Tabel 31 Meervoudig gebruik van zorgvormen bij jeugdigen met residentiële zorg binnen J&O in 2010 en 2011

Combinatie van zorgvormen	N	%
Residentieel en Jeugdbescherming	488	51,4
Residentieel en GGZ	326	34,3
Residentieel alleen	281	29,6
Residentieel en Jeugdreclassering	87	9,2
Residentieel en SMW	44	4,6
Residentieel en LVB	14	1,5

In tabel 31 is te zien dat 51,4% van de kinderen met residentiële zorg een maatregel Jeugdbescherming heeft, 34,3% heeft residentiële zorg en GGZ.

Tabel 32 Meervoudig gebruik van zorgvormen bij jeugdigen met Crisis binnen J&O in 2010 en 2011

Combinatie van zorgvormen	N	%
Crisis alleen	328	46,9
Crisis en Jeugdbescherming	242	34,6
Crisis en GGZ	150	21,4
Crisis en SMW	48	6,9
Crisis en LVB	33	4,7
Crisis en Jeugdreclassering	29	4,1

In tabel 32 te zien dat 34,6% van de kinderen met Crisis ook een maatregel Jeugdreclassering heeft, 21,4% heeft Crisis en GGZ.

Tabel 33 Meervoudig gebruik van zorgvormen bij jeugdigen met Jeugdzorg Plus binnen J&O in 2010 en 2011

Combinatie van zorgvormen	N	%
Jeugdzorg Plus en Jeugdbescherming	151	87,8
Jeugdzorg Plus en GGZ	85	49,4
Jeugdzorg Plus en Jeugdreclassering	49	28,5
Jeugdzorg Plus alleen	10	5,8
Jeugdzorg Plus en LVB	8	4,7
Jeugdzorg Plus en SMW	3	1,7



In tabel 33 is te zien dat van de kinderen met Jeugdzorg Plus 87,8% een jeugdbeschermings- en 28,5% een Jeugdreclasseringsmaatregel hebben. Van de kinderen met Jeugdzorg Plus ontving 49,4% GGZ-zorg.

5 Verwijzingen naar de geïndiceerde zorg

In dit hoofdstuk staat de vierde onderzoeksvraag centraal: “Wie zijn de belangrijkste verwijzers voor de verschillende typen zorg?”

Daarbij is met name gekeken naar wat de belangrijkste instroomkanalen zijn via welke jeugdigen instromen in de geïndiceerde jeugdhulp (tweede lijnszorg).

Een groot deel van de jongeren met een hulpbehoefte wordt geholpen in de preventieve oftewel eerstelijns jeugdhulp. Een voorbeeld van preventieve jeugdhulp is het Schoolmaatschappelijk Werk (SMW). Een deel van de jongeren kan in de preventieve jeugdhulp echter onvoldoende worden geholpen en wordt daarom doorverwezen naar een zwaardere vorm van zorg, namelijk de geïndiceerde oftewel tweedelijns zorg. Deze vorm van jeugdhulp kan alleen aangewend worden wanneer er sprake is van een doorverwijzing, ook wel een indicatie genoemd.

In de Wet op de jeugdzorg is geregeld dat het BJZ indicaties afgeeft voor de geïndiceerde jeugdzorg (zie tabel 34). Voor de GGZ-Zvw geven huisartsen en andere artsen meestal een verwijzing. Voor de AWBZ geven het CIZ en BJZ een indicatie af. Jeugdbescherming en jeugdreclassering worden - conform de wet - ingezet op aanwijzing van de rechter.

Tabel 34 Overzicht verwijzingen

Zorgtype	Belangrijkste aanmelder/verwijzer of indicatiesteller
Jeugd- & Opvoedhulp	BJZ
Jeugd GGZ (tweedelijns), Zvw	Huisarts, andere artsen
Jeugd AWBZ (waaronder LVB)	CIZ, BJZ

Een verwijzing wil overigens nog niet zeggen dat de jeugdige ook in zorgrecht is gekomen.

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden, zijn registratiesystemen van zorgaanbieders in de preventieve en geïndiceerde jeugdhulp geanalyseerd. Hierbij is gekeken naar de uitstroom uit de preventieve zorg en de instroom in de geïndiceerde jeugdhulp. Bij de preventieve jeugdhulp zijn het elektronisch kinddossier (KIDOS) van het CJG, registratiesystemen van het SMW en van MEE geanalyseerd. In deze registratiesystemen van de preventieve zorg is de variabele ‘doorverwijzing’ geanalyseerd. Deze variabele geeft aan naar welke instanties of typen zorg is doorverwezen.

In de geïndiceerde zorg zijn de registratiesystemen van BJZ en de jeugd-GGZ geanalyseerd. In deze registratiesystemen is de variabele (‘aanmelder’) geanalyseerd, die aangeeft via welk kanaal de jeugdigen zijn verwezen naar het betreffende type geïndiceerde zorg.

In de registratiesystemen van MEE en de LVB ontbraken de gegevens over doorverwijzingen (bestand MEE) en de aanmelder (bestand LVB), zodat deze bestanden uiteindelijk niet geanalyseerd zijn. We kunnen dus niets zeggen over de toestroomkanalen naar de LVB of andere AWBZ-gefinancierde zorg voor jeugd.

5.1 Uitstroom vanuit de preventieve zorg

5.1.1 Verwijzingen door het Centrum voor Jeugd en Gezin

Centrum voor Jeugd en Gezin Rijnmond (CJG) biedt opvoedondersteuning, monitort de ontwikkeling van kinderen (d.m.v. de consultatiebureaufunctie en periodieke gezondheidsonderzoeken), het verleent basismedische zorg en voert het Rijksvaccinatieprogramma uit. Deze laatste drie taken zijn jeugdgezondheidszorgtaken.

In onderstaande analyse zijn alleen die jeugdigen meegenomen, waarvan bekend is dat zij een doorverwijzing hebben gehad vanuit de jeugdgezondheidszorg van CJG Rijnmond (cliëntregistratiesysteem KIDOS). In tabel 35 is aangegeven naar welke instantie jeugdigen zijn aangemeld of doorverwezen door de jeugdgezondheidszorg. 13% van de jeugdigen is naar meer dan één instantie doorverwezen.

Jeugdigen worden het meest doorverwezen naar een medische of paramedische zorgverlener (m.u.v. de huisarts) (44,2%) gevolgd door de huisarts (29,8%). Ook worden jeugdigen vaak binnen het CJG zelf doorverwezen (17,2%), met name naar een CJG-pedagoog.

Verwijzing van de jeugdgezondheidszorg naar de geïndiceerde zorg komt niet vaak voor: 1,5% wordt doorverwezen naar een GGZ-instelling of psychologenpraktijk, 1,2% naar het AMK en 0,7% naar BJJ.

Een verklaring voor het lage percentage verwijzingen naar de geïndiceerde zorg is dat in KIDOS alleen geregistreerd wordt door JGZ professionals (artsen, verpleegkundigen en doktersassistenten). Bij opvoed- en opgroei problemen verwijzen deze in eerste instantie naar een pedagoog, het schoolmaatschappelijk werk, een gezinscoach of een multidisciplinair team. Deze verwijst zo nodig door naar geïndiceerde zorg. Deze laatste verwijzingen worden niet bijgehouden in KIDOS.

Tabel 35 Overzicht aanmeldingen of verwijzingen door de jeugdgezondheidszorg in 2010-2011, als percentage van het totaal aantal aanmeldingen of verwijzingen

Aanmeldingen of verwijzingen door de jeugdgezondheidszorg naar:	N	%
Medisch of paramedisch ¹ (excl. huisarts)	8.179	44,2
Huisarts	5.513	29,8
CJG totaal, waarvan:	3.181	17,2
<i>CJG pedagoog of opvoedbureau</i>	1.526	8,3
<i>CJG: gezinscoach</i>	166	0,9
<i>CJG netwerk</i>	92	0,5
<i>CJG overig (waaronder jeugdarts)</i>	1.397	7,6
SMW	291	1,6
GGZ-instelling of psychologenpraktijk	280	1,5
AMW	259	1,4
Onderwijsgerelateerd, o.a. Leerplichtambtenaar, Voor- en Vroegschoolse Educatie. Zorg- en Advies Team	231	1,2
AMK	225	1,2
BJZ	126	0,7
Homestart ²	103	0,6
Overig	96	0,5
Totaal	18.484	100

¹ O.a. oogarts, KNO-arts, kinderarts, audiologisch centrum, diëtist, fysiotherapeut

² Homestart is opvoedondersteuning voor ouders van jonge kinderen, door vrijwilligers. Zij bieden de gezinnen ondersteuning, praktische hulp en vriendschappelijk contact.

5.1.2 Verwijzingen door het Schoolmaatschappelijk Werk

Het Schoolmaatschappelijk Werk (SMW) heeft een brugfunctie tussen leerling, ouders, school en hulpverleningsinstellingen. Naast hulpverlening heeft de SMW'er de volgende taken: signaleren, consultatie bieden, informatie en advies geven en doorverwijzen.

Ruim 30% van de leerlingen is door het SMW naar een andere instantie doorverwezen, 15% is niet doorverwezen en van 54% is onbekend of zij doorverwezen zijn en zo ja, naar welke instantie. Onderstaande gegevens betreffen alleen de 30% van de leerlingen die zijn doorverwezen.

In tabel 36 wordt weergegeven naar welke instanties jeugdigen van het basisonderwijs door het SMW zijn doorverwezen.

Tabel 36 Overzicht doorverwijzingen SMW (basisonderwijs) in 2010 en 2011, als percentage van het totaal aantal SMW-trajecten

Doorverwijzing SMW naar:	N	%
Weer Samen Naar School	533	26,1
Preventieve opvoedingsondersteuning ¹	254	12,5
GGZ-instelling	221	10,8
BJZ	176	8,6
AMW	100	4,6
AMK	76	3,7
Jeugdhulpverlening	54	2,6
Huisarts	24	1,2
MEE	19	0,9
Politie/Justitie	10	0,5
Anders	578	28,3
Totaal	2.045	100

¹ O.a. algemene opvoedingsondersteuning, gezinscoach en CJG.

In tabel 36 is te zien dat ruim een kwart van de bekende doorverwijzingen, een verwijzing betreft naar *Weer Samen naar School*. Doel van het project *Weer samen naar school* is dat kinderen met gedrags- of leerproblemen de benodigde zorg en begeleiding zo veel mogelijk op de gewone basisschool krijgen. Basisscholen werken hiervoor samen in een samenwerkingsverband. Pas als blijkt dat het op de basisschool toch niet goed lukt, gaan kinderen naar een speciale school voor basisonderwijs.

Ook wordt er door het SMW regelmatig doorverwezen naar de tweedelijnszorg: 10,8% van de doorverwijzingen betrof een doorverwijzing naar een GGZ-instelling, 8,6% naar BJZ, en 3,7% naar het AMK.

5.2 Instroom in de geïndiceerde zorg

5.2.1 Aanmeldingen bij Bureau Jeugdzorg (BJZ)

In tabel 37 worden de belangrijkste kanalen weergegeven waarlangs jeugdigen worden aangemeld bij BJZ.

Uit het overall cliëntenbestand van BJZ blijkt dat aanmelding bij BJZ veelal gebeurt vanuit het gedwongen kader. Verreweg de belangrijkste aanmelder is de kinderrechter (35,0%), gevolgd door de Raad van de Kinderbescherming (15,9%). Andere belangrijke aanmelders zijn Onderwijsvoorzieningen (8,3%), het AMK of Interventieteam Huiselijk Geweld (7,2%) en de politie (7,2%). Slechts 4,3% van de aanmeldingen is via jeugdgezondheidszorg, CJG of Algemeen maatschappelijk werk (AMW).

Van 28,9% van de jeugdigen is onbekend langs welk kanaal ze zijn aangemeld bij BJZ (niet opgenomen in de tabel).

Tabel 37 Overzicht aanmelders bij BJZ in 2010 en 2011, als percentage van het totaal aantal BJZ-trajecten

Aanmelder bij Bureau Jeugdzorg	N	%
Kinderrechter	4.819	35,0
Raad voor de Kinderbescherming	2.189	15,9
Onderwijsvoorziening ¹	1.139	8,3
AMK of Interventieteam Huiselijk Geweld	992	7,2
Politie	818	5,9
GGZ-instelling	695	5,0
MEE	292	2,1
BJZ elders of voorpostfunctionaris	243	1,8
CJG	235	1,7
AMW	208	1,5
Jeugdgezondheidszorg	146	1,1
Huisarts	138	1,0
Op eigen initiatief cliënt	131	1,0
Familie of vrienden	131	1,0
Ziekenhuis (bijv. kinderarts)	124	0,9
Overige beroepsmatige verwijzers ²	1.479	10,7
Totaal	13.779	100

¹ O.a. SMW, onderwijs anders, Onderwijsvoorziening, LCL-er/IB-er, Onderwijsdiensten anders, Onderwijsbegeleidingsdienst, Directie school, Schooluitval-/verzuimproject (OOVR).

² O.a. BBD, Gezondheidszorg overig, Jeugdzorg overig, Hulp/dienstverlening overig, Zorgaanbieder, Jeugdbescherming, Drugshulpverlening, Centrum voor Dienstverlening, DOSA/GOSA, L.T.H.G., Leerplichtambtenaar, Jeugdplein Pak je Kans.

5.2.2 Aanmeldingen bij de jeugd-GGZ

In tabel 38 worden de belangrijkste kanalen weergegeven waarlangs jeugdigen worden aangemeld bij jeugd-GGZ.

Verreweg het belangrijkste kanaal waarlangs jeugdigen worden aangemeld bij de jeugd-GGZ is de huisarts (48,4%), op afstand gevolgd door het ziekenhuis (17,0%) en een (andere) GGZ-instelling (10,2%). Van 46,7% van de jeugdigen is niet bekend langs welk kanaal ze zijn aangemeld bij de jeugd-GGZ (niet opgenomen in de tabel).

Tabel 38 Overzicht aanmelders bij de jeugd-GGZ (Zorgverzekeringswet) in 2010 en 2011, als percentage van het totaal aantal jeugd-GGZ trajecten

Aanmelder bij de jeugd-GGZ	N	%
Huisarts	4.760	48,4
Ziekenhuis	1.675	17,0
GGZ-instelling	1.003	10,2
BJZ	776	7,9
Eigen initiatief van de cliënt	274	2,8
Preventieve instelling (o.a. AMW, CJG, GGD, MEE)	155	1,6
School	91	0,9
Justitie/Politie/Rechterlijke Machtiging/Reclassering/Raad voor de Kinderbescherming	58	0,6
Vrijgevestigde aanbieders	35	0,4
Directe omgeving cliënt (familie e.d.)	33	0,3
Medisch Kinderdagverblijf/Medisch Kindertehuis/Boddaertcentrum	25	0,3
Overige maatschappelijke zorg/opvang	16	0,2
CIZ	11	0,1
Instelling voor Verstandelijk Gehandicapten	9	0,1
Jeugdzorg	7	0,1
Overig	915	9,3
Totaal	9.843	100

Overigens bieden de jeugd-GGZ instellingen die cliëntgegevens hebben geleverd zorg aan 54% van het totaal aantal jeugd-GGZ cliënten afkomstig uit de regio Rotterdam-Rijnmond. Van instellingen met een hoofdvestiging buiten de regio en de vrijgevestigde aanbieders waren merendeels geen gegevens beschikbaar. Het is mogelijk dat de aanmelding daar anders verloopt. Daarover was echter geen informatie voorhanden.

Vanwege het ontbreken van gegevens over doorverwijzingen en aanmeldingen is het niet mogelijk om iets te zeggen over de toestroomkanalen naar de LVB- of andere AWBZ-gefinancierde zorg voor jeugd.

6 Conclusies

6.1 Veranderingen in zorggebruik

De ontwikkeling in zorggebruik is vergeleken met de demografische ontwikkeling van de populatie jeugdigen in de leeftijd van 0 t/m 17 jaar en van 0 t/m 22 jaar. Hierbij is gekeken naar de groei in aantallen van het aantal jeugdigen en naar enkele factoren die een rol spelen bij zorggebruik, zoals percentage en aantal eenoudergezinnen, percentage en aantal niet-westerse allochtonen en het percentage en aantal huishoudens met een laag inkomen.

Het aantal jeugdigen van 0 t/m 17 jaar in de regio Rotterdam-Rijnmond is van 2006 tot 2012 toegenomen van 247.234 naar 256.569 (3,8%), het aantal jeugdigen van 0 t/m 22 jaar is toegenomen van 321.406 tot 338.057 jeugdigen (5,2%). De factoren die een rol spelen bij zorggebruik (eenoudergezin, niet-westerse allochtoon en huishoudens met een laag inkomen) zijn in verhouding tot de bevolking niet veel toegenomen in de periode van 2006 tot 2011, maar in absolute aantallen is er wel sprake van een (lichte) toename.

Een analyse van de ontwikkeling in zorggebruik van 2006 tot 2011 laat het volgende zien. Het gebruik van Jeugd- en Opvoedhulp (J&O) lijkt sterk toegenomen van 2006 tot 2011. Op basis van demografische cijfers en risicofactoren kan een lichte stijging in het gebruik van J&O verwacht worden. Bij een verdere onderverdeling van J&O valt vooral de sterke toename bij ambulante hulp en pleegzorg op, en de afname bij residentiële zorg. Deze veranderingen worden echter grotendeels verklaard door een andere wijze van registratie in 2006/2007. Daarnaast is een toename in het gebruik van J&O te verklaren vanuit sturing vanuit de overheid. Een klein deel van de toename kan verklaard worden uit het ontbreken van de cijfers van de gemeente Goeree-Overflakkee in 2006/2007.

Wat betreft jeugdbescherming lijkt het aantal jeugdigen met een Ondertoezichtstelling (OTS) toegenomen, met een sterke stijging van 2006 naar 2007. Het aantal jeugdigen met een Voogdijmaatregel lijkt afgenomen. Het aantal jeugdigen met jeugdreclassering is gelijk gebleven. Het aantal onderzoeken van het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) lijkt eerst toegenomen (tussen 2006 en 2007) en daarna weer afgenomen. Op basis van demografische veranderingen is er een kleine toename te verwachten in het gebruik van jeugdbescherming en het aantal AMK-onderzoeken. Intensivering in het kader van bepaalde programma's zoals *Ieder Kind Wint* en gedrag van hulpverleners, naar aanleiding van aanpassing van protocollen na incidenten (zoals het *Maasmeisje* in 2007), kunnen ook een verklaring bieden. Na de evaluatie van de jeugdzorg zijn er in 2006 maatregelen genomen voor meer alertheid op huiselijk geweld, hetgeen ook mogelijk een verklaring biedt.

Bij de jeugd-GGZ van 2006 tot 2011 is een sterke stijging te zien. Op basis van demografische cijfers kan een lichte stijging in het gebruik van jeugd-GGZ verwacht worden door een toename van het aantal eenoudergezinnen en een toename van het aantal westerse jeugdigen.

Daarnaast kan ook een toename van jeugd-GGZ verwacht worden door sturing vanuit de overheid, met name de overheveling in 2008 van de geneeskundige GGZ van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Bij jeugdigen met zorg voor licht verstandelijk beperkten (LVB) lijkt een daling te zien van 2006 tot 2011. Op basis van demografische cijfers en risicofactoren kan bij LVB een lichte stijging in het gebruik worden verwacht. In de jaren 2006 t/m 2011 zijn geen sturingsmaatregelen genomen die van invloed kunnen zijn geweest op veranderingen in het gebruik van LVB-zorg. Deze gegevens zijn echter gebaseerd op de gegevens van één zorgaanbieder, zodat dit ook een reflectie kan zijn van het marktaandeel van deze aanbieder. Het kan ook deels met de manier van registreren te maken hebben.

Conclusie is dat er vooral een groei van het jeugdhulpgebruik lijkt te zijn in de regio bij J&O, OTS en jeugd-GGZ in de periode 2006-2011. Bij LVB en Voogdij is er een afname te zien. Deze ontwikkelingen zijn sterker dan op basis van demografische kenmerken en risicofactoren te verklaren zijn. Beleidsontwikkelingen en veranderingen in budgetten lijken ook een belangrijke factor in de toename van het zorggebruik.

Wel is het zo dat een vergelijking van de gegevens uit het huidige met het voorgaande vraagontwikkelingsonderzoek allerlei haken en ogen kent, waardoor deze slechts in beperkte mate is te maken. Het huidige vraagontwikkelingsonderzoek levert het meest complete beeld op.

Een toename in zorggebruik in de regio komt overeen met landelijk onderzoek. Uit recent onderzoek van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) (november 2013, *Groeit de jeugdzorg?*) blijkt landelijk een groei van het beroep op jeugdzorg in de periode 2001-2011, vooral van ambulante J&O en jeugd-GGZ.

Een vergelijking van de groeipercentages van het jeugdhulpgebruik in de regio Rotterdam-Rijnmond met de landelijke groeipercentages over dezelfde periode vergeleken, levert het volgende op. Het laat zien dat het patroon bij J&O in de regio grillig is en niet te vergelijken met het landelijke patroon. Dit kan echter met de registratie te maken hebben. Over het algemeen stijgt in de regio en landelijk het gebruik van ambulante J&O in de periode 2006-2011. Wat verder opvalt, is dat het gebruik van residentiële J&O in de regio stijgt van 2010 naar 2011, terwijl dit landelijk daalt. Daarnaast laten de volgende zorgvormen hetzelfde beeld zien in de regio als landelijk: Jeugdzorg Plus (2006-2007 stijging, 2010-2011 daling), jeugdbescherming (stijging in 2006-2007, daling in 2010, stijging in 2011), jeugd-GGZ (stijging van 2006-2011) en jeugd-LVB (stijging 2006-2007, daling 2010-2011).

Het SCP kon de overall groeitrends van 2006 tot 2011 niet verklaren uit de groei van de bevolking en de ontwikkeling van risicokenmerken van de bevolking. Het SCP vermoedt dat de groei vooral te maken heeft met maatschappelijke ontwikkelingen, beleids- en aanbodsfactoren. Voor de periode van 2012 t/m 2017 schat het SCP de gemiddelde groei van het jeugdzorggebruik op 2,2% per jaar. Hierbij is geen rekening gehouden met de eventuele effecten van de decentralisatie van de jeugdzorg.

6.2 Problematiek van jeugdigen in zorg

Jeugdhulpinstellingen, zowel preventieve als geïndiceerde, houden de aard en ernst van de problematiek van jeugdigen in zorg in eerste instantie bij in individuele dossiers. Diagnostiek is onderdeel van dit proces. Niet alle organisaties hebben de gewoonte om type problematiek vast te leggen in een gestandaardiseerd registratiesysteem. Hiervoor dragen zij verschillende redenen aan, zoals definitiekwesties en tijdgebrek. Ook speelt mee dat de subsidiegever dit vanuit de landelijke wet- en regelgeving op dit moment niet expliciet verlangt.

Van het type problematiek worden verschillende indelingen gebruikt. De jeugd-GGZ houdt type problematiek het meest consequent bij, op basis van de DSM-indeling.

Bij de preventieve vormen van zorg is er een redelijk beeld van type problematiek aanwezig, al wordt dit niet door elke zorgaanbieder even systematisch en volledig geregistreerd. Met name bij de Jongerentrajecten (20% geregistreerd) en Gezinscoaching (37% geregistreerd) is de registratie onvolledig. Inmiddels ligt dit voor Gezinscoaching waarschijnlijk hoger, omdat in het project *Monitoring en Effectonderzoek Gezinsinterventies* sinds 2011 veel aandacht is voor goede registratie van problematiek. Het type problemen dat het meest genoemd wordt, zijn: opvoedings- en gezinsproblemen, emotionele en cognitieve problemen (vooral bij het Schoolmaatschappelijk Werk), gedragsproblemen, overlast en contact met politie/justitie, schoolproblemen, problemen met huisvesting (vooral bij Gezinscoaching) en geen dagbesteding, school of werk.

Voor de grootste groep zorggebruikers (jeugd-GGZ) is van ongeveer de helft van de cliënten bekend om welk type problemen het gaat. Aandachtstekort- en gedragsstoornissen en autismestoornissen zijn de meest voorkomende problemen (ongeveer 45% van alle problemen). Het gaat daarbij alleen om tweedelijns zorg. Bij de overige jeugd-GGZ cliënten, die in zorg zijn bij aanbieders buiten de regio of bij vrijgevestigde aanbieders ontbreken gegevens. Het is goed mogelijk dat zij voor andere problemen in zorg zijn, dan de cliënten van de grote instellingen in de regio. De resultaten wat betreft type problematiek kunnen dan ook niet worden gegeneraliseerd naar alle jeugd-GGZ cliënten.

Over het type problematiek waarvoor kinderen bij Bureau Jeugdzorg (BJZ) komen (Toegang) en bij J&O is, op basis van wat er beschikbaar is uit de beschikbare geautomatiseerde registraties, weinig bekend. In Utrecht en Haaglanden zijn onderzoeken gedaan, maar deze voegen niet veel toe. Bij autochtone cliënten bij BJZ Utrecht is bekend dat het om vaak om (enkelvoudige) kindproblematiek gaat. Bij allochtone cliënten gaat het vaker om meervoudige en multiproblematiek. Over ambulante jeugdhulp, de grootste groep onder gebruikers van J&O, is niets bekend. Alleen is er bij cliënten in dagbehandeling en residentiële opvang wat doelgroeponderzoek gedaan door een enkele aanbieder in de regio.

Bij de relatief kleine groep cliënten van de Jeugdzorg Plus is redelijk bekend wat het type problematiek is. Vooral agressieproblematiek, LVB problematiek en zedenproblematiek komen hier het meeste voor.

Bij de AWBZ-zorg is informatie aanwezig over de grondslag van indicaties, maar specifieke problematiek voor zorggebruik is onbekend.

Al met al is er bij de grootste groepen geïndiceerde zorggebruikers, namelijk de jeugd-GGZ en de ambulante J&O, wat type problematiek betreft het beeld ofwel incompleet ofwel afwezig. De gegevens over een aantal specifieke cliëntgroepen (crisis, Jeugdzorg Plus) voegt wel iets toe, maar het gaat om relatief kleine groepen cliënten. De regio staat hierin overigens niet alleen. Ook landelijk ontbreekt het beeld over type problematiek in de J&O. De decentralisatie biedt de kans om in de toekomst wel de problematiek vast te leggen.

6.3 Stapeling van zorg

Om inzicht te verkrijgen in stapeling van zorg is op detailniveau geanalyseerd welke jeugdhulp cliënten hebben ontvangen in 2010 en 2011. Het gaat hierbij zowel om volgtijdelijke (na elkaar in de tijd) als om gelijktijdige zorg (zorg tegelijkertijd). Eerst zijn de combinaties van de verschillende zorgvormen van J&O geanalyseerd (op basis van BKE's), vervolgens de combinaties van J&O met overige geïndiceerde zorg en Schoolmaatschappelijk werk (SMW).

Binnen de J&O ontvangt ruim de helft van de cliënten (53%) één zorgvorm, 35% ontvangt twee zorgvormen en 10% maakt gebruik van drie zorgvormen. De meeste kinderen in 2010 en 2011 hebben alleen Jeugdhulp Individueel (41%). De combinatie Jeugdhulp Individueel en Pleegzorg komt het vaakst voor, namelijk bij 17% van de kinderen, gevolgd door Jeugdhulp Individueel en Dagbehandeling (12%) en Jeugdhulp Individueel en Residentiële zorg (12%).

Jeugdhulp Groep komt vrijwel alleen in combinatie voor met andere zorgvormen. Residentiële zorg en dagbehandeling worden ook grotendeels (meer dan 80%) in combinatie met andere zorgvormen van J&O aangeboden.

Wat betreft combinaties met andere vormen van geïndiceerde zorg is het beeld dat alle vormen van J&O regelmatig samen gaan met jeugd-GGZ (21-49% van de cliënten), zie tabel 39. Met name jeugdigen met Jeugdhulp Groep (41%), Dagbehandeling (40%) en Jeugdzorg Plus (49%) ontvangen vaak ook GGZ. De residentiële zorg (51%) en de Jeugdzorg Plus (88%) gaan vaak samen met een maatregel voor jeugdbescherming.

Tabel 39 Combinaties van zorg met J&O

Meest voorkomende combinaties	
Cliënten met Jeugdhulp Individueel	29% ontving ook GGZ-zorg 24% heeft een maatregel Jeugdbescherming
Cliënten met Jeugdhulp Groep	41% ontving ook GGZ-zorg 37% heeft een maatregel Jeugdbescherming
Cliënten met Dagbehandeling	40% ontving ook GGZ-zorg 15% heeft een maatregel Jeugdbescherming
Cliënten met Residentiële zorg	34% ontving ook GGZ-zorg 51% heeft een maatregel Jeugdbescherming
Cliënten met Crisis	21% ontving ook GGZ-zorg 35% heeft een maatregel Jeugdbescherming
Cliënten met Jeugdzorg Plus	49% ontving ook GGZ-zorg 88% heeft een maatregel Jeugdbescherming 29% heeft een maatregel jeugdreclassering

6.4 Verwijzingen naar de geïndiceerde zorg

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden zijn registratiesystemen van zorgaanbieders in de preventieve en geïndiceerde jeugdzorg geanalyseerd. Hierbij is gekeken naar de uitstroom uit de preventieve zorg en de instroom in de geïndiceerde jeugdzorg.

Wat betreft de uitstroom uit de preventieve zorg, is eerst de jeugdgezondheidszorg geanalyseerd. Vanuit de jeugdgezondheidszorg worden jeugdigen het meest doorverwezen naar een medische of paramedische zorgverlener (m.u.v. de huisarts) (44,2%) gevolgd door de huisarts (29,8%). Ook worden jeugdigen vaak binnen het CJG zelf doorverwezen (17,2%), met name naar een CJG-pedagoog.

Verwijzing vanuit de jeugdgezondheidszorg naar de geïndiceerde zorg komt niet vaak voor: 1,5% wordt doorverwezen naar een GGZ-instelling of psychologenpraktijk, 1,2% naar het AMK en 0,7% naar BJZ. Bij opvoed- en opgroei problemen worden jeugdigen vanuit de jeugdgezondheidszorg eerst naar een pedagoog, opvoedbureau of gezinscoach van het CJG doorverwezen. Ze komen daarna pas in de geïndiceerde zorg terecht, als dit nodig is.

Bij het SMW (basisonderwijs) betreffen doorverwijzingen vooral 'Weer Samen naar School' (26% van de verwijzingen). Doel hiervan is om kinderen met gedrags- of leerproblemen met de benodigde zorg en begeleiding zo veel mogelijk op de gewone basisschool te houden. Bij 12,5% van de verwijzingen gaat het om preventieve opvoedondersteuning. Ook wordt er door het SMW regelmatig doorverwezen naar de tweedelijnszorg: 10,8% van de doorverwijzingen betrof een doorverwijzing naar een GGZ-instelling, 8,6% naar BJZ, en 3,7% naar het AMK.

Wat betreft instroom in de geïndiceerde zorg zijn eerst de bestanden van BJZ geanalyseerd. Aanmelding bij BJZ gebeurt veelal vanuit het gedwongen kader. Verreweg de belangrijkste aanmelder is de kinderrechter (35,0%), gevolgd door de Raad van de Kinderbescherming (15,9%).



Andere belangrijke aanmelders zijn Onderwijsvoorzieningen (8,3%), het AMK of Interventieteam Huiselijk Geweld (7,2%) en de politie (7,2%). Slechts 4,3% van de aanmeldingen is via jeugdgezondheidszorg, CJG of AMW.

De jeugd-GGZ geeft een heel ander beeld. Verreweg het belangrijkste kanaal waarlangs jeugdigen worden aangemeld bij de jeugd-GGZ is de huisarts (48,4%), op afstand gevolgd door het ziekenhuis (17,0%) en een (andere) GGZ-instelling (10,2%).

In de registratiesystemen van de LVB-aanbieder ontbraken gegevens over de aanmelder. Over verwijzingen naar de LVB-zorg of de AWBZ-zorg voor jeugd in brede zin is dus niets bekend

De conclusie is dat er weinig vanuit de jeugdgezondheidszorg naar de tweede lijn wordt verwezen en ook weinig vanuit het CJG in brede zin. Vanuit het SMW gebeurt dit meer. Bij BJZ komt 65% van de aanmeldingen via het gedwongen kader, AMK of politie binnen. Bij de GGZ stroomt 65% van de aanmeldingen via de gezondheidszorg in (huisarts, ziekenhuizen).

Doorverwijzing vanuit de preventieve jeugdhulp naar andere vormen van hulp en aanmelding vanuit de geïndiceerde jeugdhulp worden vaak niet goed geregistreerd. Zo is bij SMW bij 54% van de cliënten onbekend of ze zijn doorverwezen. Bij BJZ is bij 29% van de cliënten onbekend hoe ze zijn aangemeld. Bij de jeugd-GGZ is dit percentage zelfs 47%.



Bijlage 1 Type problematiek jeugd-GGZ gemeente Rotterdam, naar deelgemeente

Tabel I Aantal 0- t/m 17-jarigen die gebruik maakten van jeugd-GGZ (Zvw) naar type problematiek, in 2010 en 2011, gemeente Rotterdam, naar deelgemeente*

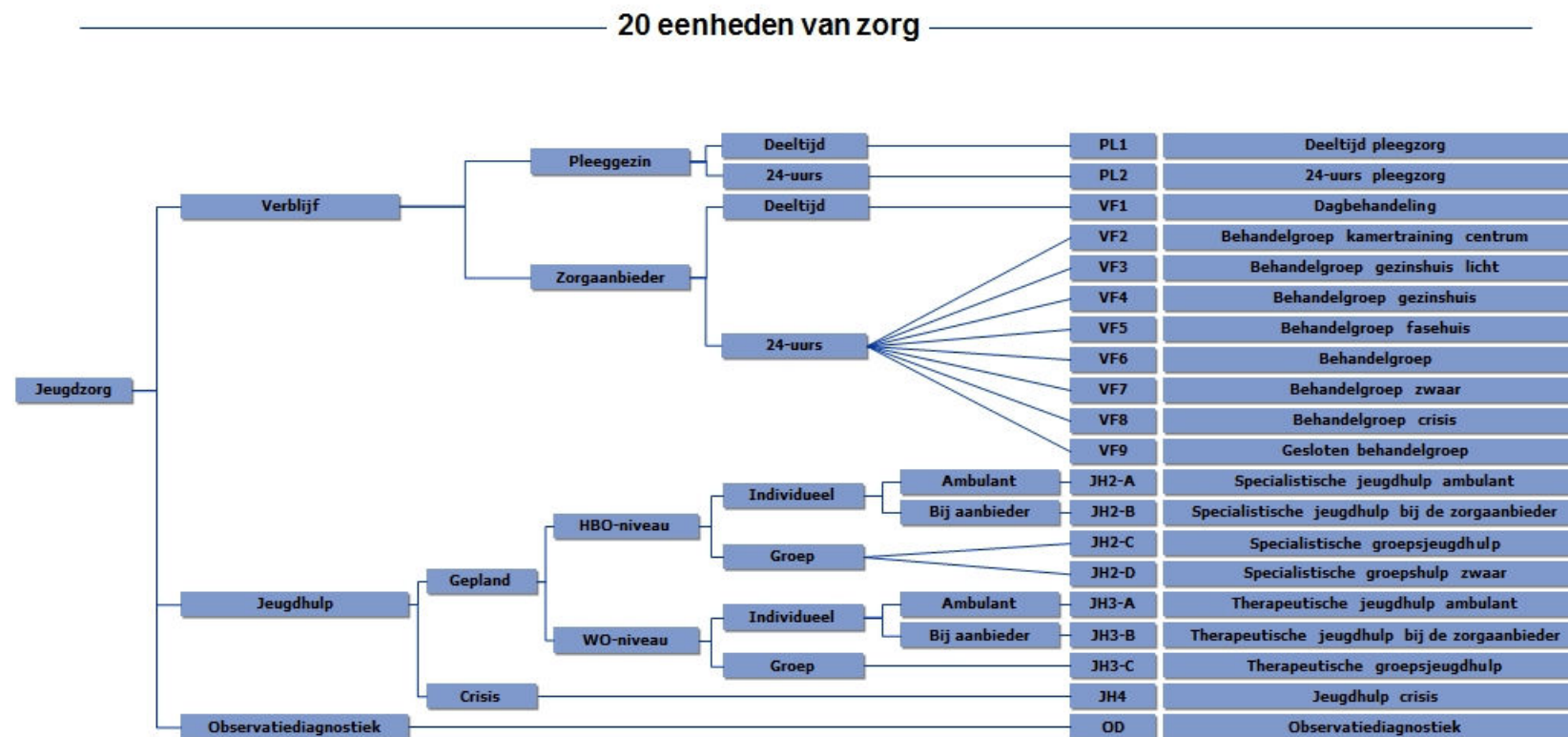
	Aandachts- tekort- en gedrag		Autisme spectrum stoornis		Overige stoornis- sen in de kindertijd		Depres-sie		Angst		Aan- passings- stoornis		Andere aandoe- ningen en problemen		Overig		Onbekend	
Deelgemeente	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Charlois	139	27	68	13	54	10	16	3	13	2	30	6	78	15	109	3	14	21
Delfshaven	231	30	65	9	85	11	24	3	64	8	64	8	54	7	140	5	35	18
Feijenoord	184	32	44	8	46	8	6	1	41	7	44	8	59	10	118	4	25	21
Hillegersbrg-Schiebr.	115	26	74	17	71	16	9	2	23	5	25	6	28	6	75	3	14	17
Hoek van Holland	73	46	22	14	17	11	<5	1	6	4	7	4	8	5	17	4	6	11
Hoogvliet	99	25	46	12	84	21	7	2	23	6	10	3	28	7	83	4	14	21
IJsselmonde	153	27	63	11	61	11	13	2	36	6	28	5	59	10	132	3	19	23
Kralingen-Crooswijk	90	27	31	9	54	16	11	3	20	6	17	5	31	9	61	5	15	18
Noord	97	24	42	10	79	19	6	1	21	5	29	7	17	4	78	10	39	19
Overschie	53	30	28	16	27	15	<5	1	16	9	6	3	6	3	29	7	12	16
Pernis	15	35	5	12	5	12	<5	5	<5	7	<5	5	6	14	5	0	0	12
Prins Alexander	261	30	220	25	115	13	22	2	41	5	41	5	61	7	98	3	24	11
Rozenburg	22	28	5	6	26	33	<5	3	6	8	<5	1	<5	4	14	1	<5	18
Stadscentrum	59	28	20	10	34	16	9	4	15	7	17	8	11	5	37	3	6	18
Totaal Rotterdam	3.812	30	1.891	15	1.784	14	300	2	780	6	674	5	911	7	996	4	467	18

*Exclusief Erasmus MC

Bron: Gegevens deelnemende instellingen



Bijlage 2 Stroomschema bekostigingssystematiek geïndiceerde jeugdzorg



Uit *Integraal instructiedocument invoering uniforme bekostigingseenheden*, Deloitte, juni 2008



Colofon

Tekst: Justine Anschutz,
Lenette Rietveld,
Cathelijne Mieloo,
Annelies van den Einde-Bus.

Januari 2014

Gemeente Rotterdam
Afd. Onderzoek en Business Intelligence/
Rotterdamse Service Organisatie
www.rotterdam.nl/nieuwjeugdstelsel