



Raad voor de Volksgezondheid & Zorg

**Deel 1:**

**Eerstelijnszorg voor de jeugd**

# Eerstelijnszorg voor de jeugd

Mevrouw dr. I. Doorten

Achtergrondstudie uitgebracht bij het advies Regie aan de poort door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Den Haag, 2012

## Inhoud

1	Inleiding	3
2	Vraagzijde	7
3	Aanbodzijde	12
4	Nieuwe zorgmodellen	14
5	Beleidsimplicaties/conclusie	18
6	Literatuur	20

# 1 Inleiding

Met de meeste jongeren gaat het goed, onderzoek komt stevast uit op een verhouding van 85-10-5%. Met 85% van de jongeren gaat het goed, met 10% van de jongeren gaat het incidenteel niet goed, bij ongeveer 5% van de jongeren is er sprake van multiproblematiek. Deze 5% lijkt ruim geschat (Van der Berg en De Baat, 2012).

Toch zijn er vele berichten in onze samenleving die doen vermoeden dat het niet goed gaat met onze jeugd. Kinderen en jongeren lijden in toenemende mate aan overgewicht, adhd, autisme en andere psychische en/of gedragsproblemen (VWS 2009 en 2010; Gezondheidsraad 2009, Onderwijsraad 2010, Brummelman, Doorten, Jeurissen en Van der Kraan 2009). Dat kan komen doordat we beter zijn gaan diagnosticeren, eerder zijn gaan diagnosticeren en vroeger zijn gaan diagnosticeren, oftewel we zien meer, maar het kan ook komen doordat we minder tolerant zijn bij afwijkingen, we er slechter mee om kunnen gaan en we er meer aan willen doen (CEG 2008; Brummelman e.a. 2009). Het kan ook zijn dat genoemde aandoeningen tegenwoordig vaker voorkomen, maar aanwijzingen daarvoor ontbreken (TNO, 2007).

Soms zijn er problemen in de context van één kind in een verder 'gewoon' gezin, we spreken dan van kindgerelateerde problemen. Kinderen kunnen ook in problemen komen doordat ouders allerlei problemen hebben, we hebben het dan over oudergerelateerde problemen (vgl. B&A consulting, 2009). Zo zijn er de laatste jaren alarmerende cijfers naar voren gekomen over kindermishandeling en huiselijk geweld. Onderzoeken schatten het aantal gevallen van kindermishandeling en verwaarlozing op 107.000 (IJzendoorn e.a. 2007) respectievelijk 160.000 per jaar (Lamers-Winkelman e.a. 2007).

Er wordt in toenemende mate een beroep gedaan op jeugdzorg. Over 2008 en 2009 was er sprake van een groei van 8,9% resp. 8,3% (J&G maart 2010). En het gebruik van jeugdzorgvoorzieningen is sindsdien met 8% per jaar blijven stijgen. Dit geldt zowel voor de geestelijke gezondheidszorg, de provinciale jeugdzorg als voor de voorzieningen voor jeugdigen met een licht verstandelijke handicap (SCP, 2011).

In het CEG-signalement Dilemma's op de drempel (2008) hebben we geïnventariseerd welke ontwikkelingen de overheid ertoe ge-

bracht hebben om, via de jeugdzorg en de jeugdgezondheidszorg, problemen eerder te willen signaleren:

- er is een grotere alertheid op problemen en we willen voorkomen dat het mis *kan* gaan
- de opvoedingsdoelen in de samenleving zijn veranderd
- vroeg ingrijpen blijkt persoonlijk leed en maatschappelijke marginalisering te voorkomen.

Het is in het kader van deze ontwikkelingen steeds belangrijk onderscheid te maken tussen kinderen *met* problemen (medisch en/of maatschappelijk) en kinderen *in* problemen (oudergerelateerde problematiek).

In 'Investeren rondom kinderen' stellen RMO en RVZ (2009) dat er een opwaartse druk is richting professionalisering doordat het aantal medeopvoeders in de omgeving van kinderen is afgenomen en de verschillende opvoedingsdomeinen en sociale netwerken die nodig zijn om kinderen op te voeden versnipperd zijn geraakt (zie ook J&G 2010).

Mede in het licht van deze ontwikkelingen zag de minister Rouvoet, tussen 2007 en 2010 minister voor Jeugd en Gezin, een grote rol weggelegd voor de Centra voor Jeugd en Gezin (J&G november 2009).

*“De opgave waar alle betrokkenen voor staan, vergt een kanteling in de aanpak die reeds is ingezet met de oprichting van de CJG's. Er liggen kansen om met een nieuwe manier van werken jeugdigen de zorg te geven die zij nodig hebben. Een te strak geregleerde indicatiestelling in combinatie met een sterke focus op wachtlijstcijfers moet worden ingewisseld voor een organisatie van de zorg om de jeugdige en zijn ouders heen, waarbij recht wordt gedaan aan het gegeven dat aard en ernst van de problematiek per kind sterk kan verschillen.”*

In de visie van het kabinet Balkenende III, getiteld Perspectief voor jeugd en gezin (april 2010), worden gezinnen en jeugdigen beter ondersteund in de buurt, waarbij de Centra voor Jeugd en Gezin dus een belangrijke functie moeten gaan vervullen. Het idee daarbij is dat door een betere aansluiting op andere (lokale) regelingen, zoals huisvesting, school, werk of schuldsanering, meer samenhang ontstaat in de ondersteuning van ouders en kinderen.

In de visie wordt op basis van onderzoek van de Algemene Rekenkamer geconcludeerd dat jeugdigen met relatief lichte opvoed- of psychiatrische problemen (te) vaak terecht komen in vormen

van gespecialiseerde zorg en dat jeugdigen met zware problematiek onvoldoende worden bereikt. Zo constateert de Algemene Rekenkamer (maart 2010) dat er onvoldoende zorgaanbod is voor jongeren met meervoudige problematiek en dat jongeren met acute problemen noodgedwongen doorverwezen worden naar een zwaardere voorziening.

Een belangrijke bron voor deze visie was de Evaluatie van de Wet op de Jeugdzorg (2009). In deze evaluatie worden een aantal belangrijke kanttekeningen bij de uitvoering van de Wet op de Jeugdzorg genoemd. Een van de kanttekeningen betreft het individuele recht op zorg. Er werd aanvankelijk verondersteld dat het individuele recht op zorg zou leiden tot passende zorg voor de cliënt, maar de evaluatie wijst uit dat het recht op zorg onbedoeld vooral het denken in behandel eenheden heeft bevorderd. Zo wordt geconcludeerd dat bij hulpvragen die de grenzen van het bestaande aanbod overschrijden of waar die grenzen onduidelijk zijn, het voor organisatie en professionals makkelijker is om door te verwijzen dan om - in samenwerking met anderen - te onderzoeken hoe voor dit kind maatwerk kan worden geleverd, waarbij ook naar het hele gezin en de omgeving van het gezin gekeken wordt.

Juist daarom worden met ingang van 1 januari 2015 gemeenten verantwoordelijk voor alle ondersteuning, hulp en zorg voor de jeugd. Deze stelselwijziging gaat uit van de gedachte dat gemeenten beter in staat zijn maatwerk te bieden dan de provinciale jeugdzorg. Gemeenten zijn in staat (of zouden in staat kunnen zijn) de gehele gezinssituatie te overzien en intersectoraal te werk te gaan. De bedoeling is dat gemeenten jeugdhulp herkenbaar en laagdrempelig aanbieden waarbij aansluiting wordt gezocht bij het eigen probleemoplossend vermogen van jongeren, ouders en hun sociale omgeving. De bedoeling is dat het stelsel eenvoudiger wordt en een integrale aanpak van problemen bevordert (VWS 2012).

Tijdige ondersteuning, zorg op maat en betere samenwerking tussen hulpverleners zijn de hoofddoelen van de stelselwijziging. De decentralisatie moet een cultuuromslag bevorderen naar demedicaliseren en ontzorgen (zie ook RMO, 2012) en het voorkomen van onnodige problematisering en etikettering. In de voorgenomen stelselwijziging is veel aandacht voor huiselijk geweld en kindermishandeling. In de nieuwe stelselopzet moeten gemeenten zorg dragen voor preventie, signaleren, melden en nazorg van zowel huiselijk geweld als kindermishandeling (VWS 2012). Blijft

de vraag hoe gemeenten al deze doelen gaan oppakken en aanpakken. Deze deelstudie doet een aantal voorzetten.

We gaan daarbij uit van de volgende vragen:

1. Welke problemen ondervinden ouders en kinderen en welke zorgvraag hebben zij?
2. Hoe ziet de aanbodzijde eruit en is deze in staat de problemen en vragen van ouders en kinderen op te lossen en te beantwoorden?
3. Wat voor nieuwe zorgmodellen zijn er en slagen die er beter in de problemen van ouders en kinderen op te lossen dan het reguliere aanbod?
4. Wat zijn de succes- en faalfactoren en welke beleidsimplicaties volgen hier uit?

## 2 Vraagzijde

### *Kindgerelateerde problematiek*

In de inleiding beginnen we met de constatering dat kinderen kampen met nogal wat psychosociale stoornissen en dat dat de laatste jaren lijkt te verergeren. Zo is het aantal gebruikers van adhd-medicatie onder de jeugd toegenomen van 44.000 in 2005 naar 108.000 in 2011, een stijging van 145% in zes jaar tijd (VK/SFK, 2012).

De stoornissen adhd en autisme voeren de boventoon en zijn regelmatig voorpaginanieuws bij de landelijke dagbladen. Dan gaat het bijvoorbeeld over (onnodige) medicalisering en etikettering van maatschappelijke en opvoedingsproblemen en de vermeende rol van de farmaceutische industrie. De diagnose adhd komt niet alleen steeds vaker voor bij kinderen, ook volwassenen krijgen steeds vaker de diagnose te horen, waarbij de belangen van de farmaceutische industrie een stevige rol lijken te spelen (VK, 2012). Het blijft moeilijk alle ingrediënten van het verloop tot de diagnose adhd en autisme te onderscheiden. Los van de puur medische oorzaak, wordt in de discussie steeds het belang van maatschappelijke ontwikkelingen genoemd.

### **Toenemende eisen van de maatschappij**

Er bestaan toenemende eisen aan communicatievaardigheden in de maatschappij als geheel, in het onderwijs (Brummelman e.a. 2009) en in gezinnen. De opvoedingsdoelen zijn veranderd (CEG 2008). Tegenwoordig staat 'meedoen' centraal (Hermanns 2007). Het gezin is een onderhandelingshuishouden dat participerende burgers moet afleveren: dit vraagt nogal wat van de sociale vaardigheden van kinderen.

Mede dankzij de veranderende diagnostiek is er een sterke stijging van het aantal leerlingen in het voortgezet speciaal onderwijs (VSO) en het praktijkonderwijs (PRO). Mogelijk houdt ook dit verband met de eisen die aan mensen gesteld worden in de complexe samenleving van tegenwoordig. Zo vraagt het reguliere onderwijs meer zelfsturing van leerlingen en doet het een groter beroep op communicatieve en sociale vaardigheden. Voor mensen met een 'beperking' wordt het steeds moeilijker hieraan te voldoen (Brummelman e.a. 2009). Tot voor kort stroomde nog ongeveer de helft van de jongeren met een VSO/PRO-achtergrond rechtstreeks de Wajong in. Nieuwe wetgeving is nog niet van de grond gekomen (denk aan het wetsvoorstel voor een Wet werken naar vermogen).



De Onderwijsraad (2010) constateert dat - hoewel leraren een belangrijke signalerende taak hebben als het gaat om leerlingen met gedragsproblemen - de diagnose moet worden voorbehouden aan bepaalde gedragsdeskundigen. Bij moeilijk gedrag hoeft niet meteen gedacht te worden aan een stoornis, het kan een uiting zijn van uiteenlopende problemen. Extreem druk gedrag is dan wel een kenmerk van ADHD, maar ook van bepaalde autistische aandoeningen, en het kan een uitingsvorm zijn van een kind dat het thuis moeilijk heeft. Of het aantal leerlingen met gedragsproblemen het laatste decennium feitelijk is gegroeid is niet duidelijk, wel is de toename van het aantal diagnoses en het gebruik van collectieve voorzieningen evident (Onderwijsraad, 2010). Er is een steeds verfijndere classificatie van probleemgedrag en steeds vaker worden classificerende termen in het dagelijks verkeer gebruikt om dat gedrag te duiden. Het onderwijsveld zou hier kritischer tegenover moeten staan vindt de Onderwijsraad. Gedrag (ook met een biologische oorsprong) is namelijk best te beïnvloeden door alle betrokkenen, inclusief de leerling zelf. Leerlingen moeten leren om te gaan met hun beperkingen in het leven in plaats van deze te ondergaan.

### **Het ontbreken van informele steun en buurten met sociale achterstand**

Probleemgedrag kan dus ook samenhangen met de thuissituatie en hoeft niet meteen een stoornis te zijn. In de thuissituatie ligt ook een belangrijk aangrijpingspunt om gedragsproblemen bij kinderen te (leren) hanteren of te verhelpen. Sommige ouders zouden naar hun zeggen best meer steun uit hun omgeving kunnen gebruiken bij de opvoeding. Dit zijn met name ouders met een laag inkomen, eenoudergezinnen en gezinnen met jonge kinderen blijkt uit onderzoek van Doorten en Bucx (2011). Zij constateren dat inspanningen van de overheid om ondersteuning vanuit het eigen netwerk te faciliteren en te stimuleren vooral gericht kunnen worden op deze groepen ouders.

Uit hetzelfde onderzoek blijkt het ontvangen van steun ook samen te hangen met buurtkenmerken. In buurten met sociale achterstand ontvangen ouders meer formele opvoedingsondersteuning en krijgen zij minder steun van hun sociale netwerk. Dit kan betekenen dat deze ouders bijvoorbeeld eerder naar de huisarts gaan wanneer er problemen zijn met een kind (Doorten en Bucx, 2011).

### **‘Het kind als project’**

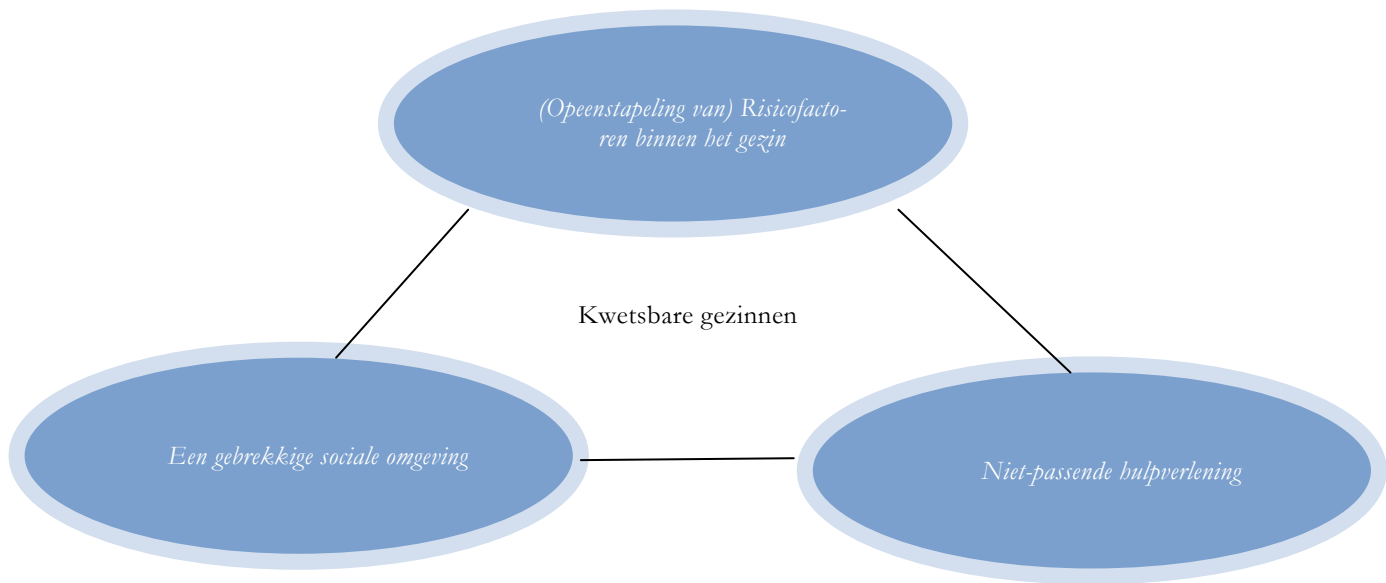
Hoger opgeleide ouders praten meer over de opvoeding met mensen uit hun informele netwerk dan lager opgeleide ouders (Doort en Bucx 2011). Het lijkt er soms op dat hoogopgeleide ouders het (te) goed willen doen in de opvoeding: de eisen die deze ouders stellen aan hun eigen opvoedingscapaciteiten en aan hun kinderen zijn vaak hoog (Van Egten e.a. 2008; Kiene en Stoffelen 2010). De Winter spreekt in dit verband over de ‘opvoedingskramp’ van hoogopgeleide ouders (in Kiene en Stoffelen 2010). Veel ouders denken dat hun kind maakbaar is, maar een heleboel dingen zijn juist niet maakbaar. Tot wat voor mensen kinderen opgroeien, is van vele factoren afhankelijk en is lang niet altijd te beïnvloeden.

Bovenstaande bevinding wordt ondersteund met een andere bevinding uit hetzelfde onderzoek: ouders die meer informele steun ontvangen (bijvoorbeeld hoger opgeleide ouders, maar ook ouders uit eenoudergezinnen), ontvangen meestal ook meer formele steun. Deze informele en formele hulp kan gelijktijdig zijn, maar het kan ook zo zijn dat deze ouders zich pas richten tot instanties wanneer zij ontevreden zijn over de kwaliteit van de adviezen uit het sociale netwerk of wanneer zij denken meer steun nodig te hebben dan zij vanuit hun netwerk (kunnen) krijgen. Het omgekeerde kan eveneens het geval zijn, namelijk dat ouders ontevreden zijn over de kwaliteit van de adviezen van professionals en zich daarom richten tot hun sociale netwerk. In buurten met sociale achterstand is voornoemde samenhang echter niet aanwezig, daar ontvangen ouders weinig tot geen informele steun, maar wel veel formele steun (Doort en Bucx 2011).

#### *Oudgerelateerde problematiek*

Los van het gegeven dat er kinderen zijn met problemen, kunnen kinderen ook opgroeien in een problematische gezinssituatie. Kwetsbare gezinnen zijn gezinnen met een verhoogde kans op het ontwikkelen van één of meerdere problemen. In dat geval zijn er vier of meer risicofactoren voor het ontstaan van opvoed- en ontwikkelingsproblemen; dit zijn factoren zoals armoede, eenouderchap, en een langdurige aandoening bij een kind of ouder (Van den Broek, Kleijnen en Bot 2012). De Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO 2012) brengt deze (opeenstapelende) risicofactoren in verband met een tweetal andere aspecten, namelijk een gebrekkige sociale omgeving (of een problematische sociale omgeving) en niet-passende hulpverlening (niet-passend kan ook betekenen dat er een overdaad aan formele hulpverlening is). De sociale omgeving en de hulpverlening kunnen de kwetsbaarheid verkleinen of vergroten.

Drie aspecten die een rol spelen bij de kwetsbaarheid van gezinnen:



Bron: RMO, 2012.

In 15% van de gezinnen is sprake van vier of meer risicofactoren (Van den Broek e.a. 2012), Van den Berg en De Baat (in RVZ 2012) schatten het percentage gezinnen met meervoudige problematiek op 3 tot 5%, in absolute aantallen gaat het dan om 70.000 tot 116.000 gezinnen in Nederland. Laatstgenoemde auteurs stellen dat er soms sprake is van gezinnen die al geruime tijd te maken hebben met (problemen met de) hulpverlening. Deze gezinnen worden ook wel multiprobleemgezinnen genoemd. Zij schatten het aantal multiprobleemgezinnen op basis van onderzoek in Amsterdam op 3%.

Bij kwetsbare gezinnen is er vaak sprake van een cumulatie van factoren. Eenoudergezinnen hebben bijvoorbeeld vaker te maken met armoede, en financiële problemen zijn weer gerelateerd aan psychische problemen bij ouders (CBS 2010; Van Geenen 2007 in Van den Broek e.a. 2012). Naarmate het aantal risicofactoren toeneemt, neemt de mate van sociale steun significant af. Kwetsbare gezinnen hebben relatief vaak te maken met een ongunstige buurt, en wonen ook minder vaak in een omgeving die als hulpbron bij de opvoeding kan fungeren (Van den Broek e.a. 2012). In

deze tijd van economische crisis raken meer ouders in financiële problemen. Schuldenproblematiek blijkt in grootstedelijke sociaal zwakkere buurten een groot probleem, wat zijn weerslag kan hebben op de psychosociale gezondheid in gezinnen (focusgroeponderzoek RVZ, te verschijnen).

#### *De zorgvraag*

Bij kindgerelateerde problematiek is het beroep op professionele hulpverlening waarschijnlijk gestegen: uit onderzoek van Pommer e.a. 2011 (zie ook RVZ, 2012) blijkt vooral een sterke stijging van de ambulante jeugdzorg. Het beroep op jeugdzorg nam toe van ongeveer 40.000 jeugdigen in 2000 tot om en nabij de 90.000 jeugdigen tussen 0 en 17 jaar in 2009. Deze stijging is vooral toe te schrijven aan een stijging van de ambulante jeugdzorg.

Uit een databestand van alle jeugdigen van 0 tot en met 17 jaar in de provincie Utrecht, peildatum 1 januari 2007, hun jeugdzorggebruik en achtergrondkenmerken (Pommer e.a. 2011), komt naar voren dat niet de cumulatie van factoren verklarend is voor het totale jeugdzorggebruik, maar specifieke ouder- en gezinskenmerken, namelijk het ontvangen van een uitkering, aanraking met de politie en de gezinsvorm (eenoudergezin). Problemen van kinderen hebben dus vaak te maken met problemen van ouders, waarbij medische en maatschappelijke problemen van ouders en kinderen elkaar vermoedelijk versterken.

Kwetsbare gezinnen zoeken iets vaker hulp en/of advies bij de opvoeding dan niet-kwetsbare gezinnen, respectievelijk 34% en 23% (Van den Broek e.a. 2012). De overige ouders hebben dus geen hulp gezocht. De belangrijkste redenen om geen hulp te zoeken waren dat het niet nodig was omdat het probleem niet groot was (46%), omdat er zelf al een oplossing voor gevonden was (40%) en omdat ouders liever niet hadden dat anderen zich ermee bemoeiden (21%).

Dat er lang niet altijd hulp gezocht wordt komt mede doordat ouders drempels ervaren om hulp te zoeken, zoals het erkennen dat er een probleem is (Van den Broek e.a. 2012). Een hulpverlener in het onderzoek stelt voor deze gezinnen - als zij gesignaleerd worden - actief te volgen om veel hulpverlening later te voorkomen. Andere drempels zijn het vinden van de weg naar de juiste hulpverlening, het hebben van negatieve ervaringen met de hulpverlening, waardoor wantrouwen is ontstaan, en het bestaan van wachtlijsten. Geopperd wordt dat huisartsen en Centra voor Jeugd en Gezin mensen de weg kunnen wijzen, maar dat het ook belangrijk kan zijn gezinnen thuis op te zoeken.

### 3 Aanbodzijde

#### *De huisarts*

Uit een focusgroep met huisartsen en andere professionals uit de eerstelijns (RVZ, te verschijnen) blijkt dat huisartsen min of meer noodgedwongen vooral een medische blik hebben. Hoewel zij aangeven dat bij patiënten in de spreekkamer - met name in stadswijken - bijna altijd sprake is van meervoudige problematiek ontbreekt het hen door de huidige bureaucratie vaak aan tijd om daar echt diep op in te gaan. Men zou graag vaker op huisbezoek gaan omdat de thuissituatie veel zegt over de psychosociale omstandigheden waarin iemand (ouders en kinderen) verkeert. Nu wordt door tijdgebrek vaak doorverwezen naar de tweede lijn, zo noemt iemand dat het aantal verwijzingen is verdubbeld. Dat geldt ook voor eerstelijns (kinder)psychologen: doordat zij maar vijf behandelingssessies per patiënt tot hun beschikking hebben, moeten zij vaker doorverwijzen, wat de continuïteit van de behandeling in gevaar brengt en mensen onnodig het 'bos' in stuurt.

Een positieve uitzondering op deze problematiek is de POH-ggz. De huisarts kan doorverwijzen naar deze praktijkondersteuner om de vraag van de patiënt te verhelderen en in een context te plaatsen. De POH-ggz heeft dus een belangrijke signalerende functie als het gaat om het in kaart brengen van bijvoorbeeld de thuissituatie van kinderen of de meervoudige problematiek van gezinnen. Dit is een goede stap op weg naar een integrale benadering van problemen. Blijft het gevaar van de niet-bereikte hoogrisicogroepen. Mogelijk ziet de huisarts wel kindgerelateerde problematiek (maar met een voornamelijk medische bril), maar blijft veel oudergerelateerde problematiek van kinderen - zoals beschreven in de vorige paragraaf - buiten beeld. Enerzijds dus door een gebrek aan mogelijkheden voor een integrale kijk, anderzijds doordat veel kwetsbare gezinnen gewoon buiten beeld zijn.

#### *Het consultatiebureau*

Het consultatiebureau heeft een belangrijke signaleringstaak als het gaat om kwetsbare gezinssituaties. Men kan zich echter afvragen of het consultatiebureau door de mogelijke druk 'het zekere voor het onzekere te nemen' daarin niet te ver doorschiet (CEG 2008). Dit wordt in de pers ook wel het 'Savanna-effect' genoemd (Volkskrant, 4 september 2007). Signaleringsmethodieken van het consultatiebureau, met uitgebreide vragenlijsten voor alle ouders, gaan ver. In 'Investeren rondom kinderen' waarschuwen RMO en RVZ voor het gevaar van verenging van gezinsbeleid tot risicobeheersing. Het NCJ (2012) stelt in een handreiking voor het ge-

bruik van vragenlijsten in de jeugdgezondheidszorg dat de aanbodzijde vooral duidelijk moet communiceren wat de functie is van vragenlijsten.

Het is belangrijk een goede balans in te vinden tussen tijdig signaleren van kwetsbare gezinnen of gezinssituaties en bovenmatige pogingen tot risicobeheersing. Een goed voorbeeld is het Amerikaanse Nurse-Family Partnership programma, in Nederland genaamd het VoorZorg-programma. Vrouwen die kampen met verslaving, zwerfgedrag, psychiatrische problematiek, een ontbrekend sociaal netwerk of armoede, krijgen al tijdens de zwangerschap een verpleegkundige toegewezen, die moeder en kind opzoekt en begeleidt tot het kind anderhalf jaar is. Dit programma blijkt te kunnen helpen om antisociaal gedrag van kinderen en kindermishandeling te voorkomen (Junger 2006; Meerding 2006; CEG 2008).

#### *Bureau Jeugdzorg*

Het onderzoek van B&A Consulting, Combinaties van zorg bij jeugdigen (2009), ook wel het “stapelingsonderzoek” genoemd, geeft inzicht in routes die jongeren afleggen door de jeugdketen, van jeugdzorg tot Wajong en AWBZ-zorg. Volgens dit onderzoek maakt driekwart van de jongeren in de jeugdzorg in de onderzochte provincies van één regeling gebruik.

De categorie jongeren die van meer regelingen gebruik maakt loopt vast door de huidige inrichting van het stelsel. Bij deze jongeren is bijna altijd sprake van zowel kindgerelateerde als oudergerelateerde problematiek. De ouders zijn niet goed in staat zelf adequate zorg te organiseren en intersectoraal aanbod en samenwerking tussen instanties ontbreekt grotendeels. Enkelvoudig en kortdurend zorgaanbod voor het kind kan in deze gevallen de multiproblematiek van gezinnen niet het hoofd bieden (B&A Consulting 2009).

Daarnaast wordt in het onderzoek aangegeven dat er een discrepantie is tussen de zorg die jongeren en hun ouders zelf willen en wat ze krijgen (zie ook Van den Broek e.a. 2012). De zorg is in andere woorden sterk aanbodgericht. Tevens is er gebrek aan lichtere zorgvormen. Voor indicaties zijn veelal diagnoses en andere bewijzen nodig waardoor er wordt afgewacht tot de problematiek verergert. Er zijn momenteel twee toegangen tot vormen van jeugdzorg: via een indicatie van bureau jeugdzorg en via een verwijzing van de huisarts.

### *Centra voor Jeugd en Gezin*

Gemeenten zijn druk bezig met het opzetten van Centra voor Jeugd en Gezin, bedoeld als laagdrempelige inloopfunctie wanneer ouders opvoedingsvragen hebben. Elke gemeente organiseert deze functie anders en de centra hebben ook verschillende benamingen. In Amsterdam noemt men de centra Ouder en Kind centra, in Enschede spreekt men van het Loes-loket. Soms zitten meerdere voorzieningen onder één dak (zijn bijvoorbeeld ook het consultatiebureau en de huidige provinciale jeugdzorg vertegenwoordigd).

De grote vraag is of de centra hun functie waar kunnen maken. Onderzoek van Doorten en Bucx (2011) laat zien dat ouders bij opvoedingsvraag de weg naar een CJG niet echt weten te vinden. Bij opvoedingsvragen van ouders is vooral de school in beeld (zie tabel 1, p. 10). Dit wordt onderschreven door het onderzoek van Van den Broek e.a. 2012.

**Tabel 1**Formele opvoedingsondersteuning, tevredenheid en behoefte: advies en praten<sup>a</sup> (in procenten, N = 2658)

	formele opvoedingsondersteuning: advies en praten						tevreden met de ondersteuning	behoefte aan meer ondersteuning
	nooit	zelden	een paar keer per jaar	een paar keer per maand	een paar keer per week	dagelijks		
Kinderopvang/ peuterspeelzaal/ school	25	23	35	12	4	1	71	12
CJG/ consultatiebureau/ schoolarts	55	27	16	2	0	0	60	8
Huisarts/verpleegkundige	59	30	10	1	0	0	66	6
Maatschappelijk werk/ psycholoog/ Bureau Jeugdzorg	82	10	6	2	1	0	72	7

<sup>a</sup> Items zijn afkomstig van schalen gebaseerd op de Vragenlijst Opvoedingsondersteuning (VOO) (Dekovic et al. 1996).

Bron: SCP (OIN 2010, gewogen gegevens)

Uit Doorten & Bucx 2011.



In het formele circuit kloppen ouders het vaakst aan bij de kinderopvang, peuterspeelzaal en school, zowel voor advies over de opvoeding als voor praktische ondersteuning. Instanties zoals het Centrum voor Jeugd en Gezin, het consultatiebureau, de huisarts en Bureau Jeugdzorg zijn minder in beeld als het gaat om opvoedingsondersteuning.

De school blijkt dus een belangrijke vraagbaak van ouders. Ook als het gaat om de behoefte aan meer ondersteuning is de school het meest in beeld. Dat betekent dat ouders waarschijnlijk behoefte hebben aan vrij laagdrempelige opvoedingsondersteuning, buiten het sociale netwerk om. Vanaf 2008 zijn in gemeenten Centra voor Jeugd en Gezin van start gegaan, die de functie van laagdrempelige opvoedingsondersteuning zouden moeten gaan vervullen. De vraag is of ouders de weg naar deze centra weten te vinden (Doorten en Bucx 2011).

#### *De school*

Scholen blijken een belangrijke signalerende taak te hebben. Uit het onderzoek van Van den Broek e.a. (2012) blijkt dat zowel ouders als hulpverleners graag de school betrekken. Volgens de RMO (2012) is het belangrijk dat leerkrachten (naast wijkagenten, huisartsen, leidsters van de kinderopvang enz.) een brede taakopvatting hebben, waarvoor ook tijd en ruimte moet worden gecreëerd. Zo zou het huisbezoek van de leerkracht in ere moeten worden hersteld en moeten de financiële prikkels zo staan dat beroepskrachten aan uiteenlopende kinderen en gezinnen goede opvang, goed onderwijs of een veilige leefomgeving kunnen bieden.

## 4 Nieuwe zorgmodellen

### *Ontwikkelingen op het gebied van meervoudige problematiek?*

De vorige paragrafen laten zes belangrijke ontwikkelingen zien die knelpunten veroorzaken in de zorg voor jeugdigen en gezinnen met meervoudige problematiek en het voorkomen van multiproblematiek. Dit zijn:

- De hoge eisen van de maatschappij
- Armoede en schuldenproblematiek
- Tijdgebrek in de eerstelijns
- Beleidsmatig te hoge verwachtingen van het CJG
- Gezinnen met zwaardere zorgvragen worden niet bereikt
- Kostenontwikkeling wanneer problemen zich opstapelen

In deze paragraaf gaan we op zoek naar nieuwe zorgmodellen die er beter in slagen bovenstaande ontwikkelingen het hoofd te bieden dan bestaande zorgmodellen.

### *POH-jeugd ggz*

Gezondheidscentrum Eudokia in Enschede werkt sinds een jaar met een POH-jeugd ggz ([www.eureka-jeugdggz.nl](http://www.eureka-jeugdggz.nl)). Dit project wordt tijdelijk gefinancierd vanuit innovatiegelden en wordt door het Nivel geëvalueerd. Aan de basis van het succes van deze aanpak ligt de langdurige vertrouwensrelatie tussen huisarts en cliënt/ouder. In één jaar zijn 100 cliënten gezien door de POH-jeugd ggz waarvan 25% zijn doorverwezen naar een tweedelijns ggz voorziening. Op afroep kan gespecialiseerde kennis van een jeugdpsychiater worden ingeroepen. De gemeente Enschede is geïnteresseerd in deze aanpak via de huisarts en ziet mogelijkheden voor samenwerking met het Loes-loket voor opvoedingsondersteuning van het Centrum voor Jeugd en Gezin. Juist door de vertrouwensrelatie met de huisarts is de gang naar het gezondheidscentrum wellicht een logischer weg dan naar het Centrum voor Jeugd en Gezin.

### *Andere praktijkondersteuning: de Zichtbare Schakel en de POH-ggz*

In focusgroeponderzoek onder professionals uit de eerstelijns (RVZ, te verschijnen) wordt het goede voorbeeld van de Zichtbare Schakel genoemd, waarbij een wijkverpleegkundige in samenspraak met de huisarts bij mensen thuis komt om problemen te inventariseren en op te lossen. Deze wijkverpleegkundige krijgt veel handelingsvrijheid en tijd, waardoor het ook lukt om echt iets aan problemen te doen. Ook de

POH-ggz wordt als goede ontwikkeling gezien. Deze kan eerst bezien of er een indicatie nodig is, bijvoorbeeld als er problemen zijn met een kind, waarbij eerst breder wordt gekeken naar de hele gezinssituatie. De POH-ggz is de eerste afvang, waarbij de bedoeling is om de problematiek helder te krijgen en te bezien of doorverwijzing nodig is.

#### *De Opvoedpoli*

Een ander alternatief voor de Centra voor Jeugd en Gezin zijn de Opvoedpoli's, een particulier initiatief, met vestigingen in een aantal grote steden verspreid over het land. Ouders kunnen er terecht met vragen over de opvoeding, maar ook de jeugd zelf kan vragen stellen. Er werken psychologen en orthopedagogen vanuit het 'wrap around care' principe, wat betekent dat er vooral wordt samengewerkt met de cliënt, die zelf de regie houdt. De opvoedpoli's maken binnen een week een afspraak. Bij eenvoudige vragen geven zij advies of een cursus, bij ingewikkelde vragen volgt een intake en eventueel diagnostiek. Dan kan ook meer specialistische expertise worden ingeroepen, bijvoorbeeld van psychiaters. De medewerkers van de opvoedpoli's overleggen en maken een werkplan, soms komen zij gedurende langere tijd bij het gezin thuis. Ouders krijgen een vaste coach toegewezen. Juist omdat het een particulier initiatief is voelen ouders zich mogelijk vrijer om de stap te wagen en een vraag over de opvoeding te stellen dan bij de CJG's van de gemeente. Bij verwijzing door bureau jeugdzorg of de huisarts wordt diagnostiek vergoed door de zorgverzekering. Twee keer per week organiseren de vestigingen een 'opvoedcafé' waar ouders met kinderen langs kunnen komen.

#### *Buurtzorg jong ([www.buurtzorgjong.nl](http://www.buurtzorgjong.nl))*

Buurtzorg Jong richt zich op het ondersteunen van gezinnen die problemen ervaren bij het opgroeien en opvoeden van kinderen tussen de 0-23 jaar. Zij kijken daarbij met de bril van meervoudige problematiek: er kunnen omstandigheden zijn in een gezin die de dagelijkse zorg voor kinderen extra moeilijk maken, zoals een (chronische) ziekte, gedragsproblematiek van een kind, problemen op school, jong moeder worden/zijn, financiële problemen, een overleden ouder, gescheiden ouders, huilbaby's, problemen met overgewicht of pesten.

In lijn met het concept van Buurtzorg zoals we dat kennen werkt ook Buurtzorg Jong met kleine zelfsturende, multidisciplinaire teams die op een breed terrein opvoedingsondersteuning en praktische hulp bieden. Buurtzorg Jong versterkt de

eerste lijn en heeft (AWBZ / WMO) begeleiding, maatschappelijk werk, opvoedingsondersteuning, maatwerk JGZ en jeugdzorg bij elkaar gebracht in één team. De verwachting is dat er daardoor minder beroep gedaan hoeft te worden op duurdere tweedelinstrajecten. Echter, wanneer dat nodig is vragen zij de expertise van gespecialiseerde professionals.

Bij Buurtzorg Jong werken wijkverpleegkundigen, pedagogen en maatschappelijk werkers. Door de brede kijk richt de ondersteuning zich niet alleen op preventie, gezondheid, opvoedingsondersteuning en begeleiding van het gezin, maar ook op hulp bij praktische vaardigheden, zoals de administratie op orde brengen, structuur aanbrengen, omgaan met organisaties, plannen en organiseren binnen het gezin. Het gezin krijgt één vertrouwde begeleider aan huis, zodat voorkomen wordt dat er steeds verschillende hulpverleners over de vloer komen en maatwerk geboden kan worden. Bovendien werkt Buurtzorg Jong zonder wachtlijst, managers of ‘rompslomp’ (Trouw, 3 april 2012).

#### *Eerstelijns gezinscoaches*

Bovenstaande voorbeelden sluiten goed aan bij het idee van eerstelijns gezinscoaches (RMO, 2012). Eerstelijns gezinscoaches zijn onderdeel van de lokale samenleving en sluiten aan bij gezinnen en hun sociale omgeving door deze eventueel te versterken, lossen zelf problemen op, ontzorgen door advies en begeleiding te bieden, roepen zo nodig praktische ondersteuning in en verwijzen zo nodig naar meer gespecialiseerde zorg. Gecombineerd met veel handelingsruimte maken zij gefragmenteerde en gespecialiseerde vormen van lichte begeleiding zo overbodig.

#### *Sociale wijkteams Nijmegen en Enschede*

In Nijmegen en Enschede werken gemeenten met outreachende wijkteams. Soms zijn gezinnen niet in beeld, maar is er sprake van ernstige multiproblematiek. Sociale wijkteams vangen signalen op uit de wijk en sporen problemen op uitgaande van een tactiek van “verleiden en vertrouwen”. Ook deze teams hebben veel handelingsvrijheid om problemen op te lossen, maar hebben ook doorzettingsmacht nodig omdat de problematiek vaak ernstiger is dan bij de vorige voorbeelden van nieuwe zorgmodellen. Handelend optreden is het leidende principe. Gemeenten hopen met deze teams natuurlijk ook problemen voor te zijn, naarmate ze beter werken zullen ze steeds meer gaan lijken op bovenstaande zorgmodellen.

*Intersectoraal beleid: zoals ouderbetrokkenheid op scholen*

Recent is er veel aandacht voor ouderbetrokkenheid op scholen. Veel onderzoek laat zien dat kinderen voor het leren en hun ontwikkeling gebaat zijn bij een samenhang tussen hun wereld thuis, hun wereld in de buurt en de wereld van school. Zo blijkt ouderbetrokkenheid al op jonge leeftijd direct van invloed op de schoolprestaties en het sociale gedrag van kinderen. Scholen zetten meer in op het betrekken van ouders bij de klas en de school. Ouderbetrokkenheid heeft tal van voordelen, niet alleen betekent het een taakverlichting voor de school en een ondersteuning van het leerproces, maar helpt het ook bij het versterken van de sociale textuur van de klas, de school en de buurt, het voorkomen van schooluitval. Bovendien kan er beter worden afgestemd over de opvoeding, en met name aan dit laatste hebben ook ouders behoefte. Ook de functie van het Centrum voor Jeugd en Gezin past bij de school en het idee van ouderbetrokkenheid ([www.cedin.nl](http://www.cedin.nl)).

## 5 Beleidsimplicaties/conclusie

Evaluatieonderzoeken in de jeugdzorg tonen aan dat veel lichte zorgvragen terecht komen in zwaardere trajecten en dat zware zorgvragen lang niet altijd worden opgemerkt. Dit kan komen doordat veel problematiek als kindgerelateerde problematiek wordt behandeld en er in de jeugdzorg minder oog is voor oudergerelateerde problematiek. Met andere woorden: lang niet altijd is meervoudige problematiek in gezinnen in beeld. Toch blijken het specifieke ouder- en gezinskenmerken die gerelateerd zijn aan het totale gebruik van jeugdzorg: namelijk het ontvangen van een uitkering, aanraking met de politie en de gezinsvorm (eenoudergezin).

Een andere factor die met de uitkomsten van evaluatieonderzoek samenhangt is het onvermogen van de Centra voor Jeugd en Gezin om te doen waarvoor zij bedoeld waren, namelijk het geven van laagdrempelige opvoedingsondersteuning (in eerste instantie dus bedoeld voor de lichte zorgvragen). Ouders kloppen eerder aan bij de school, peuterspeelzaal en kinderopvang met vragen over de opvoeding. Onderzoek naar opvoedingsondersteuning laat nog een andere parallel zien met de evaluatieonderzoeken: ouders die meer te rade gaan bij hun informele netwerk, maken tevens meer gebruik van professionele opvoedingsondersteuning en andersom mensen met weinig steun uit hun netwerk, ontvangen ook minder professionele steun. De enige uitzondering op deze samenhang zijn ouders uit sociaal zwakke buurten: hoewel daar weinig steun is uit informele netwerken, is er veel professionele steun in deze buurten.

Sommige ouders hebben behoefte aan meer opvoedingsondersteuning dan ze nu krijgen. Dit zijn met name ouders met een laag inkomen, eenoudergezinnen en gezinnen met jonge kinderen. Het is dus niet zo dat er geen behoefte is aan de functie van laagdrempelige opvoedingsondersteuning zoals aangeboden door de Centra voor Jeugd en Gezin, alleen het fysieke aanbod sluit vaak niet aan bij de vraag (zie ook NRC 28 september 2012).

Nieuwe zorgmodellen doen meer recht aan bovenstaande bevindingen. Zoals het Loesloket in Enschede, dat onderdeel is van de POH-jeugd-ggz in een gezondheidscentrum met huisartsen. Ook kan een loket voor opvoedingsondersteuning in de school gesitueerd zijn. Het is belangrijk dat deze functie

beschikbaar is op plaatsen waar ouders makkelijk met kinderen naar toe gaan, zoals de huisarts en de school.

Voor de zwaardere zorgvragen, die dus niet altijd in beeld zijn, is het beter outreachend te werk te gaan, bijvoorbeeld via sociale wijkteams van de gemeente, de Zichtbare Schakel via de huisarts, eerstelijns gezinscoaches en Buurtzorg Jong. Meer kennis over kwetsbare gezinnen kan daarbij behulpzaam zijn. Door er tijdig bij te zijn, kan mogelijk erger worden voorkomen. Dat is niet alleen goed voor het gezin, maar bespaart de samenleving ook nog veel kosten.

## 6 Literatuur

Algemene Rekenkamer. *Brief Bevindingen Algemene Rekenkamer instroom, doorstroom en uitstroom (gesloten) jeugdzorg*. Den Haag, 10 maart 2010.

B&A Consulting. *Combinaties van zorg bij jeugdigen*. Den Haag, 2009.

Berg, G. van der en Baat, M. de. Gezinnen met meervoudige problemen. In: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *Mensen met meervoudige problemen en hun zorggebruik*. Den Haag, RVZ, 2012.

BMC. *Evaluatieonderzoek Wet op de jeugdzorg*. Den Haag, BMC, 2009.

Broek, A. van den, Kleijnen, E. en Bot, S. (Sociaal en Cultureel Planbureau). Kwetsbare gezinnen in Nederland. In: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling. *Ontzorgen en normaliseren. Naar een sterke eerstelijns jeugd- en gezinszorg*. Den Haag, RMO, 2012, p. 60-126.

Brummelman, G., Doorten, I., Kraan, W. van der & Jeurissen, P. Nieuwe ziektebeelden, medicalisering van het onderwijs en de groei van de wajong. In: *Beperkt maar niet begrensd. Negen essays over participatie van jongeren met een beperking*. Den Haag, 2009.

De Volkskrant. Jeugdzorg haalt kind eerder uit huis. 4 september 2007.

De Volkskrant. ADHD: een droomdiagnose voor de farmaceutische industrie. 7 juli 2012.

Doorten, I. en Bucx, F. Steun voor ouders bij de opvoeding: de rol van sociale netwerken, instanties en de buurt. In: Bucx, F. (red.). *Gezinsrapport 2011. Een portret van het gezinsleven in Nederland*. Den Haag, SCP, 2011, p. 180-196.

Doorten, I. en Meerding, W.J. *Focusgroeponderzoek in het kader van het adviesproject 'De bomen en het bos: de patiënt, zijn vraag en het landschap'*. Den Haag, RVZ, te verschijnen.



- Gezondheidsraad. *Autismespectrumstoornissen - een leven lang anders*. Den Haag, 2009.
- Hermanns, J.M.A. Opvoeden en opgroeien: een visie achter beleid. In: P.A.H. van Lieshout e.a. *Bouwstenen voor een betrokken jeugdbeleid*. Amsterdam, Amsterdam University Press, 2007, p. 21-49.
- IJzendoorn, M.H. van, e.a. *Kindermishandeling*. Leiden, Universiteit van Leiden, 2007.
- Junger, M. Naar een kosteneffectief beleid ter voorkoming van antisociaal gedrag. In: Doorten, I. en Rouw, R. (red.) Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling. *Opbrengsten van sociale investeringen*. Amsterdam, Uitgeverij SWP, 2006.
- Lamers-Winkelmann, F. e.a. *Scholieren over mishandeling. Resultaten van een landelijk onderzoek naar de omvang van kindermishandeling onder leerlingen van het voortgezet onderwijs*. Amsterdam/Duivendrecht, Vrije Universiteit Amsterdam/PI Research, 2007.
- Meerding, W.J. Primaire preventie van kindermishandeling. In: Doorten, I. en Rouw, R. (red.) Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling. *Opbrengsten van sociale investeringen*. Amsterdam, Uitgeverij SWP, 2006.
- Ministerie van VWS. *Nota Overgewicht. Uit balans: de last van overgewicht*. Den Haag, 2009.
- Ministerie van VWS. *Heroverweging Curatieve Zorg*. Den Haag, 2010.
- Ministerie van VWS. *Beleidagenda 2013*. Den Haag, 2012.
- NRC. Dure gezinscentra van Rouvoet blijken flop. 28 september 2012.
- Onderwijsraad. *De school en leerlingen met gedragsproblemen*. Den Haag, 2010.
- Programmaministerie J&G. *Afsprakenkader minister voor Jeugd en Gezin en IPO over de aanpak en de financiering van de jeugdzorg in 2010 en 2011*. Den Haag, 11 november 2009.

Programmaministerie J&G. *Brief Wachtlijsten in de jeugdzorg*. Den Haag, 23 maart 2010.

Programmaministerie J&G. *Perspectief voor jeugd en gezin*. Den Haag, 2010.

Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling. *Ontzorgen en normaliseren. Naar een sterke eerstelijns jeugd- en gezinszorg*. Den Haag, RMO, 2012.

Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling en Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *Investeren rondom kinderen*. Den Haag, RMO/RVZ, 2009.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *Dilemma's op de drempel. Signaleren en ingrijpen van professionals in opvoedingssituaties. Signalering ethiek en gezondheid 2008/2*. Den Haag, Centrum voor ethiek en gezondheid, 2008.

TNO (2007). *Kwaliteit van Leven. Toename gebruik ondersteuning voor jongeren met een gezondheidsbeperking*. Delft, TNO, maart 2007.

Trouw. 'We drinken eerst een paar keer koffie'. Buurtzorg Jong biedt één ondersteuner per gezin, met tijd om echt te praten. 3 april 2012.

[www.cedin.nl](http://www.cedin.nl). Expertisepunt Ouderbetrokkenheid. Geraadpleegd 10 oktober 2012.

[www.buurtzorgjong.nl](http://www.buurtzorgjong.nl) Geraadpleegd 1 oktober 2012.