

Vergaderjaar 2008–2009

31 839

Jeugdzorg

Nr. 6

BRIEF VAN DE MINISTER VOOR JEUGD EN GEZIN

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 12 juni 2009

In het voorjaar van 2008 zijn onderzoekers van B&A gestart met het onderzoek *Combinaties van zorg bij jeugdigen*. Dit onderzoek is door mij in november 2007 aan uw Kamer toegezegd¹ en is nu afgerond. Hierbij bied ik u het rapport aan en geef ik een eerste beschouwing op de resultaten.²

1. Hoofdpunten uit het onderzoek

In het onderzoek *Combinaties van zorg bij jeugdigen* worden voor het eerst in de geschiedenis van het jeugdzorgonderzoek op grote schaal gegevens uit cliëntenadministraties van uitvoerders van acht verschillende ondersteunende regelingen gecombineerd. Ik trek drie belangrijke hoofdconclusies uit de grote hoeveelheid materiaal (zie bijlage 1 voor een uitgebreidere toelichting bij het onderzoek):

1. Ten eerste blijkt dat het gebruik van geïndiceerde jeugdzorg³ weliswaar in absolute termen is gegroeid, maar uitgedrukt als percentage unieke jeugdigen is het gebruik nagenoeg gelijk aan het cijfer dat het NJI voor 2002 becijferde⁴.
2. Ten tweede toont het onderzoek aan dat veruit de grootste groep zorgontvangers (gedurende langere tijd) stabiele zorg ontvangt.
3. Ten derde toont het onderzoek aan dat de zorg rondom een deel van de jeugdigen/gezinnen met meervoudige problematiek niet toereikend is.

¹ Brief in reactie op OVB-rapport: «wachtljsten in de jeugdzorg, een analyse», Kamerstuk 2007–2008, 29 815, nr. 118, Tweede Kamer, 12 november 2007.

² Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

³ Gedefinieerd als cliënten gebruikmakend van een PGB of aanbod uit de domeinen van provinciaal gefinancierde jeugdzorg/gesloten jeugdzorg, jeugd-LVG of jeugd-GGZ.

⁴ De Nederlandse jeugdzorg in cijfers: NJI, 2005.

Het onderzoek geeft inzicht in het (kwantitatieve) gebruik van voorzieningen, en biedt daarnaast kwalitatieve informatie over de werking van het stelsel. De uitkomsten van dit onderzoek zullen dan ook – samen met de uitkomsten van ander onderzoek en advies – dienen als input voor mijn standpunt over de toekomst van de zorg voor jeugdigen, dat ik uw Kamer begin 2010 hoop aan te bieden.

Kwantitatieve bevindingen

In 2007 maakte ongeveer 3,5% van de jeugdigen gebruik van geïndiceerde jeugdzorg. Als het persoonsgebonden budget wordt meegeteld, ligt dit cijfer een klein procent hoger. Tot dusver werd aangenomen dat circa 5% van de jeugdigen gebruikmaakt van geïndiceerde jeugdzorg. Dat het daadwerkelijk gebruik in 2007 – ondanks de groei in de vraag naar jeugdzorg – niet hoger ligt, komt omdat in dit onderzoek is gecorrigeerd voor dubbeltellingen in de administraties van uitvoerende organisaties.

Als ook het gebruik van speciaal onderwijs en de TOG (tegemoetkoming onderhoudskosten thuiswonende gehandicapte kinderen) wordt meegerekend, dan bedraagt het aandeel jeugdige gebruikers van gespecialiseerde voorzieningen circa 7%. Het onderzoek wijst voorts uit dat het bestand zorgontvangers een grote mate van continuïteit kent: jaarlijks wordt minder dan een derde vervangen door nieuwe instroom. Er lijkt vooral sprake te zijn van concentratie van (verschillende vormen van) zorg bij een beperkte groep. Er is op basis van de resultaten uit dit onderzoek dan ook aanleiding om de terugkerende berichtgeving in de media over medicalisering van jeugdigen te nuanceren.

Het overgrote deel van de jeugdigen in zorg (75%) krijgt ondersteuning vanuit één regeling. Dit zegt overigens niets over de mate waarop deze zorg is toegesneden op de vraag: de kwaliteit van zorg was geen onderwerp van onderzoek. Een kwart van de zorggebruikers combineert meerdere voorzieningen. Deze groep valt in twee delen uiteen:

- a) Jeugdigen met een eenduidige diagnose en een aanbod uit meerdere sectoren, veelal een beoogde combinatie van J-GGZ of provinciaal gefinancierde jeugdzorg met speciaal onderwijs (ongeveer 15% van de jeugdigen in zorg). De onderzoekers noemen dit de zogenaamde «stabiele zorgcombineerders».
- b) Jeugdigen met ernstige problematiek waarbij vaak sprake is van een combinatie met gezinsproblematiek van wie de zorgloopbanen worden gekenmerkt door vele schakelmomenten (maximaal 10% van het totaal aantal jeugdigen in zorg, circa 0,5% van alle jeugdigen). Zij worden door de onderzoekers daarom «schakelaars» genoemd. Deze jeugdigen krijgen niet de zorg die nodig is.

3. Kwalitatieve bevindingen

Uit het onderzoek komt naar voren dat het zorgsysteem het best aansluit bij de jeugdigen met een zorgbehoefte die past binnen één van de regelingen en bij de stabiele zorgcombineerder. De effectiviteit van de jeugdzorgketen voor de groep schakelaars schiet daarentegen in de regel tekort. Ik ga in het navolgende in op de volgende knelpunten die in het rapport worden gesignaleerd:

- a) onvoldoende vroeghulp,
- b) continuïteit van zorg (na afronding van zorgtrajecten),
- c) aanpak meervoudige problematiek.

a. Onvoldoende vroeghulp

Het onderzoek toont aan dat je niet zomaar in aanmerking komt voor geïndiceerde zorg. Dat is ook de bedoeling: de provinciale jeugdzorg, jeugd-geestelijke gezondheidszorg (jeugd-ggz), licht verstandelijk gehandicaptenzorg (jeugd-lvg) en de gesloten jeugdzorg moeten gereserveerd blijven voor de kinderen die dit ook echt nodig hebben. Echter, door het ontbreken van voldoende laagdrempelig aanbod, bestaat het risico dat lichte problemen uitgroeien tot zwaardere problemen. De onderzoekers wijzen er op dat «het lokaal preventieve veld» in de bestudeerde cases

afwezig lijkt te zijn geweest. Ik vind dit zorgelijk. Versterking van preventie heb ik als één van de prioriteiten in mijn beleidsprogramma benoemd. Daaronder versta ik ook het leveren van snelle, laagdrempelige hulp bij opvoedingsproblematiek, waarbij laagdrempelig ook staat voor het uitgaan van de wensen en mogelijkheden van de betreffende jeugdigen en gezinnen zélf.

De Centra voor Jeugd en Gezin spelen hierbij een belangrijke rol. Alle ouders en kinderen moeten er terechtkunnen met vragen over opvoeden en opgroeien én voor opvoedondersteuning. Professionals die met gezinnen met problemen te maken krijgen moeten niet aarzelen om steun te geven, dicht bij de gezinnen thuis. Voor meer opvoedings- en gezinsondersteuning via de CJG's trek ik samen met de gemeenten €200 miljoen structureel uit, boven op de reeds beschikbare middelen. Een adequate invulling van dit «gat in het aanbod» zal op termijn gunstig uitwerken op de beschikbare capaciteit in de gehele keten.

b. Continuïteit van zorg (na afronding van zorgtrajecten)

Het onderzoek toont aan dat de dominante oriëntatie in de jeugdzorgsectoren gericht is op het oplossen of reduceren van problematiek. Voor de meeste jeugdigen met een zorgbehoefte werkt dit goed. Maar ik stel ook vast dat er een groep jeugdigen (en ouders) is waarvoor het nodig is dat de zorg een langduriger karakter krijgt. Dit geldt bijvoorbeeld bij de zorg voor kinderen met chronische aandoeningen of aan zwakke gezinnen. Bij deze jeugdigen en gezinnen is voorspelbaar dat op enig moment (weer) problemen de kop op zullen steken. Het getuigt van een weinig doelmatige inzet van capaciteit en middelen, als we deze groep steeds «oppakken maar daarna snel weer loslaten». Het stelsel werkt voor deze kinderen en gezinnen niet goed genoeg.

De zorg rondom deze gezinnen moet, meer dan tot nu toe, op het langdurige karakter van aandoening of situatie georganiseerd worden. Er moet een passend (ambulant) aanbod komen. Dichtbij deze cliënten en als dat nodig is volgens één gezin één plan. Dat kan, zoals de onderzoekers adviseren, door niet steeds een volgend incident af te wachten, maar meer planmatig in te zetten op integrale behandeling van kind en ondersteuning van ouders. Hierbij dient ook voldoende aandacht te zijn voor de benodigde nazorg.

Gemeenten/CJG's hebben een belangrijke rol bij de organisatie van die nazorg na afronding van een geïndiceerd zorgtraject en voor het langdurig ondersteunen van «zwakke» gezinnen volgens één gezin één plan. Ik zal in overleg met de gemeenten bezien op welke wijze wij de zorg aan deze kinderen en gezinnen verder kunnen verbeteren. Daarbij zullen wij gebruikmaken van de diverse initiatieven die daartoe in gang zijn gezet. Via het experiment «achter de voordeur» bijvoorbeeld wordt in de praktijk van zes gemeenten¹ naar innovatieve en onconventionele oplossingen gezocht. Dit gebeurt onder andere door:

- 1 één plan van aanpak per gezin/huishouden,
- 2 gecoördineerde uitvoering van het (gezins)plan met één vertrouwd gezicht voor het gezin/huishouden en
- 3 het beschikbaar komen van zorg- en zorgbudgetten op het moment dat deze nodig is/zijn.

c. Aanpak meervoudige problematiek

Een belangrijk signaal dat (ook) vanuit dit onderzoek naar boven komt, is dat de samenwerking tussen de verschillende sectoren nog onvoldoende ontwikkeld is. Bij enkelvoudige problematiek is dit geen probleem. Bij

¹ Amsterdam, Den Haag, Eindhoven, Enschede, Gouda en Groningen.

meervoudige problematiek leidt het tot oponthoud wanneer behandelingstrajecten eerst worden afgemaakt vóórdat deskundigheid uit aanpalende sectoren wordt ingezet.

Daarnaast bevestigt het onderzoek dat de toegang tot zorg onvoldoende helder geregeld is. Jeugdigen komen via verschillende toegangspoorten in zorg: Bureau Jeugdzorg, de huisarts of CIZ. Dit levert met name bij meervoudige problematiek coördinatie- en regieproblemen op. De toegangsfunctie is een belangrijk thema in de evaluatie van de Wet op de Jeugdzorg en zal dan ook terugkomen in het aangekondigde standpunt over het stelsel.

Voor jeugdigen en gezinnen die problemen hebben op meerdere terreinen is een toegankelijk integraal zorgaanbod noodzakelijk. Hierdoor hoeven jeugdigen niet te worden doorgestuurd van de ene instantie naar de andere. Professionals uit verschillende sectoren moeten elkaar sneller en makkelijker vinden om problematiek integraal te kunnen duiden en afspraken te maken over coördinatie van zorg. Op dit terrein worden weliswaar stappen voorwaarts gezet, bijvoorbeeld door de Zorg- en Adviesteams die in de meeste scholen actief zijn en door de implementatie van het kader integraal indiceren. Maar de resultaten van dit onderzoek tonen aan dat nog steeds teveel kinderen en gezinnen met meervoudige problematiek niet integraal worden geholpen bij het oplossen van hun problemen. Tegelijkertijd wijst het onderzoek uit dat de regelgeving (het ontwikkelen van) de noodzakelijke intersectorale programma's niet uitsluit. Ik zie daarom de snelle realisatie van een passend intersectoraal zorgaanbod voor jeugdigen en gezinnen met meervoudige problematiek als één van de grote uitdagingen. Om de ontwikkeling en verspreiding hiervan te bevorderen, laat ik een analyse uitvoeren van de succesfactoren van huidige intersectorale programma's. Deze analyse kan door partijen in het veld gebruikt worden bij de ontwikkeling van nieuwe initiatieven.

Om een meer eenduidige regie van de zorg voor deze moeilijke doelgroep mogelijk te maken, ben ik voornemens de positie van gemeenten te versterken. Dit gebeurt door in het wetsvoorstel bij de introductie van gemeentelijke Centra voor Jeugd en Gezin vast te leggen dat de gemeenten de regierol krijgen over de jeugdketen. Instanties dienen onder regie van de gemeente niet-vrijblijvende samenwerkingsafspraken te maken. Indien zij, ondanks de gemaakte afspraken, knelpunten in de coördinatie van de zorg niet kunnen oplossen, en de jeugdige dringend zorg behoeft, krijgt de burgemeester de bevoegdheid om een instantie op het terrein van de jeugdgezondheidszorg of het maatschappelijk werk, of bureau jeugdzorg aan te wijzen en te belasten met deze coördinatie. Die is er vervolgens voor verantwoordelijk dat de de benodigde zorg daadwerkelijk wordt verleend. Door de verantwoordelijkheden zo te beleggen kan worden doorgepakt op momenten dat de zorgverlening dreigt te stagneren.

3. Afsluitend

Begin 2010 presenteer ik aan uw Kamer het standpunt over de toekomst van de zorg voor jeugdigen (inclusief de eventuele gevolgen voor het stelsel). De uitkomsten van dit onderzoek neem ik daarin mee. Vooruitlopend op dit standpunt heb ik – samen met diverse partijen in het land – een aantal trajecten in gang gezet om de zorg te verbeteren. In deze brief ben ik op enkele essentiële trajecten ingegaan.

Aanvullend hierop wil ik op korte termijn met de organisaties van beroepsgroepen in overleg treden over het fenomeen van «veel schakelen – weinig zorg» bij jeugdigen en gezinnen met complexe problematiek.

Graag bezie ik, samen met de professionals, welke belemmeringen er nog zijn om de ontwikkeling en uitvoering van intersectorale programma's voor deze groep voortvarend ter hand te nemen. Het onderhavige onderzoek toont aan dat dit ook binnen het huidige stelsel mogelijk is. Als deze conclusie door hen onderschreven wordt, moet het mogelijk zijn hierover op korte termijn afspraken te maken. Indien hierbij verdergaande ingrepen in het stelsel noodzakelijk zijn, neem ik die begin 2010 mee in het genoemde kabinetsstandpunt.

De minister voor Jeugd en Gezin,
A. Rouvoet

Toelichting onderzoek

Het onderzoek *Combinaties van zorg bij jeugdigen*, bouwt voort op het thema van het TNO-onderzoek dat in 2007 in het kader van het SER-advies over de Wajong is uitgevoerd. Daarin wordt een beeld geschetst van de ontwikkeling van het beroep op gespecialiseerde zorg door jeugdigen en een aantal verklaringen gegeven voor de toenemende vraag naar zorg bij psychische/psychiatrische problemen. Omdat dit TNO-rapport slechts op onderdelen een verklaring gaf, adviseerde het Sociaal en Cultureel Planbureau in het najaar van 2007 dat enkele zaken verder moesten worden uitgediept, met name gegevens over de mate waarin jeugdigen gelijktijdig of volgtijdelijk gebruik maken van voorzieningen: het hoofdthema van dit onderzoek.

De volgende voorzieningen zijn in het onderzoek meegenomen:

1. provinciaal gefinancierde jeugdzorg
2. gesloten jeugdzorg in justitiële jeugdinrichtingen
3. jeugd-lvg
4. jeugd-ggz
5. speciaal onderwijs (cluster 3 en 4 scholen)
6. persoonsgebonden budgetten in de AWBZ
7. tegemoetkoming onderhoudskosten thuiswonende gehandicapte kinderen (TOG), en
8. de Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten (Wajong).

Op persoonsniveau is onderzocht hoeveel jeugdigen gebruikmaken van één of meer regelingen. Doordat gegevens verzameld zijn over de periode 2004–2007 is ook het meerjarig gebruik van zorg (deels) zichtbaar geworden. Omdat voor het eerst verschillende voorzieningen in onderlinge samenhang worden beschouwd, krijgen we een beeld van hoe de jeugdzorgketen in de praktijk werkt en indirect op het preventieve vermogen van deze keten.

Het rapport bestaat uit een hoofdrapport waarin de bevindingen op hoofdlijnen zijn weergegeven en drie bijlagen.

- In bijlage 1 staat een samenhangende beschrijving van de acht regelingen op grond van juridische documenten.
- Bijlage 2 bevat gegevens over de empirie; In de regio's Utrecht en Noord-Brabant zijn bij de uitvoerende instanties de cliëntgegevens verzameld van alle jeugdigen die gebruikmaken van de acht genoemde regelingen. Voor Utrecht is hierbij een 100% score gerealiseerd. Vanuit Brabant ontbreken de gegevens van twee instellingen. Omdat de gegevens uit Utrecht volledig zijn, vormen zij de basis voor de kwantitatieve analyse van dit onderzoek.
- Bijlage 3 van het rapport zoomt nader in op de zorgloopbaan van een selecte groep jeugdige zorggebruikers met een meervoudige zorgvraag op grond van onderzoek in 55 dossiers.

Belangrijkste uitkomsten onderzoek

Hieronder geef ik puntsgewijs de belangrijkste resultaten van het onderzoek:

- Het onderzoek toont aan dat er minder kinderen in zorg zijn dan tot nu toe gedacht. Het percentage unieke gebruikers van provinciale Jeugdzorg / gesloten jeugdzorg, J-GGZ en J-LVG in de provincie Utrecht, bedraagt na ontdubbeling bijna 3,0% van de populatie. Inclusief het gebruik van PGB's bedraagt dit percentage nog geen 4%. In Brabant ligt het gebruik van jeugdzorgregelingen (exclusief PGB) op een iets hoger niveau: 3,7%. Het gebruiksniveau van jeugdzorgregelingen in de

stadsregio Rotterdam ligt tussen het Utrechtse en Brabantse cijfer op 3,4%. In alle gevallen is dit lager dan de 5% die veelal als vuistregel wordt gehanteerd. Het aantal geregistreerde zorgtrajecten is hoger: 8,2% in Utrecht en 11,8% in Brabant. Dat komt doordat instellingen sommige cliënten opnieuw registreren bijvoorbeeld bij nieuwe behandeling of na verhuizing.

- Van de groep kinderen die in 2007 zorg ontving binnen de bovengenoemde sectoren, blijkt 70% in de jaren daarvoor ook al geregistreerd te zijn, hetzij bij dezelfde aanbieder, hetzij elders in de keten. Dit duidt op een grote continuïteit van zorgbehoefte: de groep jeugdigen in zorg vernieuwd zich maar beperkt (jaarlijks 30%). Dit heeft te maken met continuïteit van problematiek en/of repeterende problematiek waarbij op gezette tijden opnieuw ondersteuning nodig is.
- Wanneer we de zorgconsumptie breed beschouwen en zeven regelingen voor zorg, het speciaal onderwijs en financiële ondersteuning meenemen, is het percentage jeugdige gebruikers van voorzieningen circa 7% (7,7% in Brabant en 6,5% in Utrecht). Het gebruik van de Wajong is hierin niet meegenomen. Het genoemde percentage is een gemiddelde en gebaseerd op het gebruik in één jaar (2007) in de leeftijdscategorie 0–18 jaar. Over een langere periode bezien komt – door het natuurlijke verloop van ongeveer 30% per jaar – een hoger percentage van de jeugdigen van 0 tot 18 jaar in zorg. Ditzelfde geldt voor het gebruik van voorzieningen in specifieke leeftijdsgroepen (zie hiervoor bijlage 1 en 2 bij deel II van het bijlagenrapport).
- De totale groep zorggebruikers (van de 7 regelingen, exclusief Wajong) in 2007 is als volgt onder te verdelen als gekeken wordt naar hun zorggebruik van 2004–2007:
 - A) Maakt gebruik van één regeling (3/4 van de zorggebruikers)
 - Eenmalig incidenteel zorggebruik (27% van de jeugdigen in zorg)
 - Langdurig zorggebruik binnen één sector (47% van de jeugdigen in zorg)
 - B) Maakt gebruik van meerdere regelingen (1/4 van de zorggebruikers)
 - Langdurig multisectoraal zorggebruik (16% van de jeugdigen in zorg)
 - Eenmalig (tijdelijk) gebruik van meerdere regelingen (10% van de jeugdigen in zorg)
- In de case studies wordt nader ingezoomd op de jeugdigen die verschillende vormen van zorg combineren. Hieruit blijkt dat met name de schakelaars (en hun ouders) behoefte hebben aan een intensief en integraal zorgaanbod dat vaak onvoldoende beschikbaar is of pas te laat beschikbaar komt. Zij gaan van incident naar incident en krijgen te maken met partiële oplossingen.
- Het onderzoek naar de toegangscriteria van de verschillende regelingen wijst uit dat veel combinaties tussen regelingen mogelijk zijn maar dat er weinig koppelingen tussen de verschillende regelingen gelegd zijn. Conclusie blijft dat er op grond van de regelingen zelf voor professionals weinig belemmeringen zijn voor het realiseren van intersectora(a)l(e) samenwerking of aanbod.