



# TakeCare!

Provincie Groningen

Een onderzoek naar kenmerken van jeugdigen  
en hun ouders in relatie tot de geboden zorg

**C4Youth**

Collaborative Centre on Care for Children and Youth

# TakeCare

Provincie Groningen

**Een onderzoek naar kenmerken van jeugdigen  
en hun ouders in relatie tot de geboden zorg**

Maart 2013

Lucienne van Eijk<sup>1</sup>

Vera Verhage<sup>1</sup>

Erik Noordik<sup>1</sup>

Menno Reijneveld<sup>1</sup>

Erik Knorth<sup>2</sup>

<sup>1</sup>UMCG, Afd. Gezondheidswetenschappen

<sup>2</sup>RUG, Afd. Pedagogische Wetenschappen



## Voorwoord

Met veel belangstelling heb ik het onderhavige rapport, TakeCare Provincie Groningen, gelezen. Het klinkt als een aanmoediging aan de provincie: Let op, zorg goed voor de kwetsbare jeugdigen en gezinnen die aan jullie zorgen zijn toevertrouwd! Een mooie oproep waar ik me als Groningse burger en voormalig gedeputeerde (2008-2011), met de jeugdzorg in portefeuille, héél goed in kan vinden.

Maar TakeCare is meer dan een oproep. Het staat voor 'Tracing Achievements, Key processes and Efforts in professional care for Children and Adolescents Research', oftewel een wetenschappelijk onderzoek dat beoogt inhoud en resultaat van de professionele zorg voor kinderen en adolescenten in kaart te brengen. Het gaat om jeugdigen met gedragsmatige en emotionele problemen en/of hun opvoeders die een beroep doen op de zorg voor jeugd, zowel de licht pedagogische zorg als de geïndiceerde jeugdzorg en de geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen.

De provincie had bij mijn aantreden niet een heel scherp beeld van welke kinderen en jongeren zich waar in zorg bevonden, wat hun problemen waren en hoe zij het deden: hielp de zorg hen en hun ouders vooruit? Om hier beter zicht op te krijgen trad ik in overleg met de hoogleraren Knorth (Pedagogische Wetenschappen, RUG) en Reijneveld (Gezondheidswetenschappen, UMCG), met als resultaat dat eind 2009 de opdracht werd verleend tot het doen van een onderzoek met twee hoofdvragen: 1. Wie zit waar in zorg en waarvoor? en 2. Wat werkt, ook op de langere termijn? Een en ander werd ingebed in de Academische Werkplaats C4Youth, een Noordelijk initiatief waarin een groot aantal partners uit de zorg, het beleid en de kennisinstututen in de provincie met elkaar samenwerken. Het antwoord op de eerste vraag - ook wel aangeduid als 'de foto' - zien we dan nu terug in dit rapport.

Het is een mooi, compact rapport geworden; goed leesbaar en solide. Naast de bevinding dat toch wel veel kinderen, jongeren en hun ouders in aanraking komen met zorg voor jeugd - ruim 20%, een getal dat naar ik las overeen komt met de situatie in de rest van Nederland - valt me op dat de licht pedagogische hulp, in het bijzonder de GGD, met heel wat kinderen en opvoeders contact onderhoudt (ongeveer een derde), waarbij sprake is van relatief zware kindproblematiek. Dat zal - in een tijd waarin nadruk ligt op het in een zo vroeg mogelijk stadium signaleren én aanpakken van zorgelijk gedrag bij kinderen - een héle uitdaging betekenen voor de betreffende professionals én het beleidsniveau, oftewel voor de gemeenten die binnen afzienbare tijd verantwoordelijk worden voor de zorg voor jeugd. De opgave om doeltreffende hulp te bieden geldt natuurlijk ook voor de meer gespecialiseerde vormen van zorg, waar - zoals we kunnen lezen - de problematiek van kind en gezin vaak nog een paar graden ernstiger is. Het maakt me nieuwsgierig naar het antwoord op de tweede vraag: hoe vergaat het deze jeugdigen na verloop van tijd. Op dat antwoord moeten we nog even wachten, de onderzoekers hebben hun tijd nodig.

Wat me verder treft is de goede samenwerking tussen praktijk en onderzoek. Bij veel verschillende organisaties, ieder met eigen routines en registratiesystemen, zijn gegevens verzameld en geïntegreerd tot één geheel. Het resultaat is een vrijwel compleet beeld. Dat is knap werk van Van Eijk c.s. En dat kan alleen op basis van korte lijnen en vertrouwen, over en weer. Het vervult mij met enige trots op deze gezamenlijke prestatie. Het belooft veel voor de toekomst van kennisverzameling en -toepassing in deze regio.

Ik wens alle betrokkenen in praktijk, beleid en onderzoek veel inspiratie, volharding en plezier toe bij hun belangrijke werk voor onze jeugd. Inderdaad, take care!

Pim de Bruijne  
Voormalig Gedeputeerde Provincie Groningen

## Inhoudsopgave

Voorwoord.....	3
Inhoudsopgave .....	5
1 Inleiding .....	7
2 Doelstelling en onderzoeksvragen.....	9
3 Methode .....	11
4 Resultaten.....	21
5 Samenvatting en conclusies .....	39
Referenties .....	45
Bijlage 1 Schatting van het totaal aantal jeugdigen in zorg per gemeente.....	47
Bijlage 2 Indeling van de gemeenten op basis van 3 cijfers van de postcode.....	49
Bijlage 3 Meegetelde zorgtrajecten en van financieringsbron per organisatie, naar zorgtype.	51
Colofon .....	56



## 1 Inleiding

TAKECARE PROVINCIE GRONINGEN is een onderzoek naar de kenmerken van jeugdigen met gedragsmatige en emotionele problemen en hun ouders, in relatie tot de zorg die zij krijgen. Het onderzoek wordt uitgevoerd door de Academische Werkplaats Jeugd Noord-Nederland C4Youth (Collaborative Centre on Care for Children and Youth with behavioural and emotional problems). In het onderstaande wordt C4Youth eerst kort beschreven en vervolgens ingegaan op het onderzoek TAKECARE PROVINCIE GRONINGEN. Afgesloten wordt met een leeswijzer voor het gehele rapport.

### **De Academische Werkplaats C4Youth: kenniscirculatie en onderzoek**

C4Youth heeft als doel de samenhang en samenwerking tussen praktijk, onderzoek, beleid en onderwijs te versterken. Inhoudelijk speerpunt daarbij is de versterking van de infrastructuur van zorg voor jeugd: optimaliseren van de professionele zorg voor kinderen en adolescenten met emotionele en gedragsproblemen door verbetering van de infrastructuur en een samenhangende ketenzorg.

C4Youth heeft twee kernactiviteiten die sterk met elkaar verbonden zijn: kenniscirculatie en onderzoek. *Kenniscirculatie* verbindt de partners met elkaar. In kenniskringen worden bruggen gebouwd tussen beleid, praktijk, onderwijs en onderzoek. Professionals reageren op wetenschappelijke inzichten vanuit hun dagelijkse praktijk: wat wordt herkend en wat niet? Wat gaat op in sommige situaties maar in andere juist niet? Waar liggen de nuances en waar de tegenstrijdigheden?

Een ander belangrijk onderdeel van C4Youth is TakeCare, een langlopend *onderzoek* naar zorgpatronen en lange termijn uitkomsten van de hele keten van zorg voor jeugd. Uniek is dat beoogd wordt ongeveer 2.000 jeugdigen tussen 4 en 18 jaar drie jaar lang te volgen op hun pad door de jeugdhulpverlening. Uniek is ook dat niet alleen jeugdigen zélf worden onderzocht, maar ook hun ouders en hulpverleners. Wat gebeurt er precies in het hulpverleningstraject? Hoe komen jeugdigen en ouders in contact met de zorg? Hoe wordt er met hen gecommuniceerd? Wat zijn de uitkomsten?

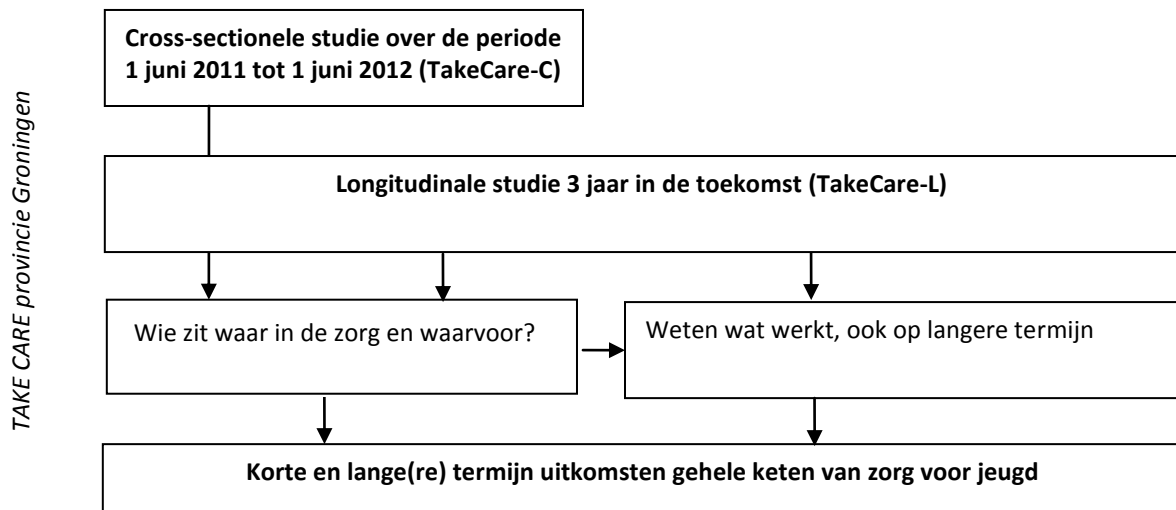
In het verlengde van deze kernactiviteiten levert C4Youth verschillende producten. Er wordt bijvoorbeeld een antwoord gegeven op actuele vragen vanuit de praktijk en het beleid, zoals wat de relatie is tussen wat er gebeurt in de uitvoeringspraktijk en de uitkomsten daarvan, ook op de langere termijn. Betrouwbare antwoorden geven stof tot nadenken over innovaties en verbeteringen in de uitvoeringspraktijk op verschillende niveaus (directe hulpverlening, zorgorganisaties en beleid). Daarnaast leveren deze antwoorden input voor professionalisering van de uitvoeringspraktijk.



## TakeCare provincie Groningen

Het onderzoek TAKECARE PROVINCIE GRONINGEN geeft antwoord op de vragen ‘Wie zit waar in zorg en waarvoor?’ en ‘Wat werkt, ook op de lange termijn?’. De eerste vraag wordt beantwoord met een zogenaamde *cross-sectionele* studie waarbij gegevens worden gebruikt die op één moment in de tijd zijn verzameld (verder TakeCare-C). Deze gegevens hebben betrekking op een periode in het (recente) verleden, in dit geval de periode tussen 1 juni 2011 en 1 juni 2012. Er wordt als het ware een foto gemaakt van deze periode. Voor de beantwoording van de tweede vraag wordt gebruik gemaakt van het *longitudinale* studiegedeelte van TakeCare (verder TakeCare-L). Het gaat hier om gegevens die per jeugdige op vijf momenten gedurende drie jaar worden verzameld. In het kort ziet dat er als volgt uit:

Figuur 1 TAKECARE PROVINCIE GRONINGEN als onderdeel van C4Youth.



De voorliggende rapportage betreft de eerste vraag: Wie zit waar in zorg en waarvoor?

De tweede vraag wordt beantwoord na afronding van het longitudinale deel van het TakeCare onderzoek. De dataverzameling is gestart op 1 april 2011 en er zijn vijf meetmomenten, waarvan de laatste (T5) drie jaar na de afronding van T1 zal plaatsvinden (zie ook paragraaf 3.1). T1 is afgerond op 1 maart 2013, T5 op 1 maart 2016. Rapportage over het longitudinale onderdeel van het onderzoek zal plaatsvinden in 2016.

### Leeswijzer

In hoofdstuk 2 worden het doel van het onderzoek en de onderzoeksvragen beschreven. Hoofdstuk 3 bevat een beschrijving van de toegepaste methode. In hoofdstuk 4 worden de resultaten gepresenteerd: wat zijn de bevindingen? In het laatste hoofdstuk 5 ten slotte vatten we de resultaten samen en verbinden we hier conclusies aan.

## 2 Doelstelling en onderzoeksvragen

Een belangrijke aanleiding voor het stellen van de vraag ‘Wie zit waar in zorg en waarvoor?’ door de provincie Groningen aan C4Youth is het feit dat zorg voor jeugd in de afgelopen jaren behoorlijk is gegroeid. In de Wet op de jeugdzorg (Wjz, 2005), die in werking is getreden op 1 januari 2005, is geregeld dat een indicatiebesluit van Bureau Jeugdzorg (BJZ) de cliënt een recht op jeugdzorg geeft. De groei van de jeugdzorg in de periode nadat de Wjz in werking is getreden heeft de vraag opgeroepen of dit recht op jeugdzorg op de lange termijn is waar te maken. Eenzelfde sterke groei geldt voor de andere vormen van zorg voor jeugd met gedragsmatige en emotionele problemen, zoals de jeugd geestelijke gezondheidszorg (jeugd-GGZ).

Een andere aanleiding voor het stellen van de vraag ‘Wie zit waar in zorg en waarvoor?’ is het feit dat de zorg voor jeugd met gedragsmatige en emotionele problemen gefragmenteerd is. Belangrijke doelstellingen van de Wjz (2005) waren onder meer het realiseren van één toegang, een geobjectiveerde integrale indicatiestelling ten behoeve van de gespecialiseerde zorg voor jeugd, een integrale aanpak van geïndiceerde jeugdzorg en aansluiting tussen de jeugdzorgdomeinen. In het ‘Evaluatieonderzoek Wet op de jeugdzorg’ (Baecke et al., 2009) wordt echter vastgesteld dat de integratie van de toegang tot de provinciale jeugdzorg, jeugd-LVG en jeugd-GGZ in BJZ niet is gerealiseerd. De toegang tot de jeugd-LVG (tegenwoordig spreken we van jeugd-LVB) verloopt nog via het Centrum Indiciestelling Zorg (CIZ) en de toegang tot de jeugd-GGZ verloopt voor een belangrijk deel via huisartsen. Als gevolg hiervan is de beoogde integrale aanpak van geïndiceerde jeugdzorg onvoldoende van de grond gekomen. De deelsectoren hebben te maken met eigen regels voor indicatiestelling, eigen regels voor financiering en worden op verschillende manieren afgerekend op hun prestaties. Deze zaken leiden ertoe dat er hoge prioriteit ligt bij de eigen organisatie en dat aan samenwerking in de jeugdzorgketen een lagere prioriteit wordt toegekend. Als gevolg van deze situatie lijkt het type zorg dat een jeugdige krijgt vooral te worden bepaald door de plek waar hij of zij de sector binnenkomt en wordt de cliënt óf binnen de eigen organisatie hulp geboden óf doorverwezen naar een andere organisatie. Van een geïntegreerde aanpak en continuïteit van zorg is weinig sprake (Baecke et al., 2009).

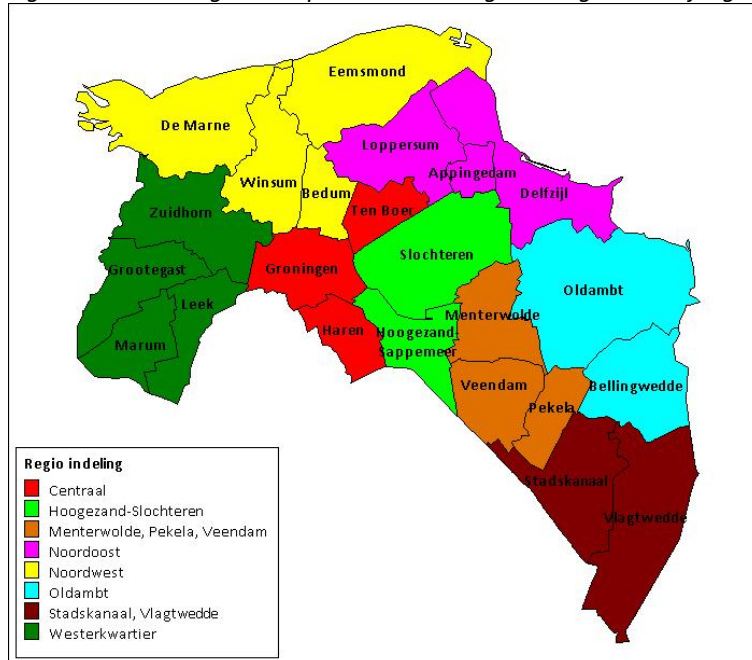
De vraag ‘Wie zit waar in zorg en waarvoor?’ vindt zijn basis in het streven om jeugdige cliënten de best passende zorg te bieden, ongeacht de plek waar men de keten van zorg voor jeugd binnenkomt. Met het onderzoek TAKECARE PROVINCIE GRONINGEN wordt beoogd om inzicht te geven in de situatie zoals die is, vlak voor de decentralisatie van de zorg voor jeugd. Hoeveel jeugdigen zitten waar in zorg? Welke kenmerken hebben deze jeugdigen? Op welke plek komen zij binnen in de keten?

De doelstelling van TAKECARE PROVINCIE GRONINGEN is: het verkrijgen van inzicht in (probleem)kenmerken, de entree van zorg en het actuele zorggebruik van jeugdigen met emotionele en gedragsproblemen en hun ouders, die hulp en begeleiding ontvangen vanuit de (keten van) zorg voor jeugd in de provincie Groningen. De volgende onderzoeksvragen zijn geformuleerd:

1. Hoeveel jeugdigen ontvingen zorg tussen 1 juni 2011 en 1 juni 2012 en wat zijn hun kenmerken in termen van leeftijd, sekse, woongemeente?
2. Welke zorg ontvingen jeugdige cliënten in de provincie Groningen in de periode tussen 1 juni 2011 en 1 juni 2012?
3. Via welke verwijzers zijn de jeugdigen bij specifieke zorgtypen terecht gekomen?
4. In hoeverre verschilt de problematiek van jeugdigen die licht pedagogische hulp, geïndiceerde jeugdzorg of jeugd-GGZ krijgen?
5. Krijgen jeugdige cliënten met (een cumulatie van) risicokenmerken specifieke typen zorg?

Bij het beantwoorden van de eerste onderzoeksvraag wordt informatie gegeven op het niveau van de Groningse gemeenten. Hierbij wordt de regio-indeling van het jeugdzorgbeleid gebruikt (zie de onderstaande figuur).

*Figuur 2 De indeling van de provincie Groningen in regio's voor jeugdzorgbeleid.*



## 3 Methode

### 3.1 Onderzoekspopulatie

Het onderzoek heeft betrekking op jeugdigen in de leeftijd van 0 tot en met 23 jaar, die tussen 1 juni 2011 en juni 2012 in aanraking zijn geweest met c.q. gebruik hebben gemaakt van zorg bij één van de 13 organisaties (zie paragraaf 3.2). Dit kunnen nieuwe cliënten zijn of cliënten die al eerder dan 1 juni 2011 bij de instelling waren aangemeld. Het gaat om jeugdigen woonachtig in de provincie Groningen die zorg krijgen in de provincie Groningen.

### 3.2 Databestanden

Om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden worden drie informatiebronnen gebruikt, namelijk: 1) cliëntregistratiebestanden, 2) aanvullende digitale vragenlijsten bij thuiszorg, 3) TakeCare-T1 data.

#### 3.2.1 Cliëntregistratiebestanden van 13 organisaties

Er is, bij aanvang van TAKECARE PROVINCIE GRONINGEN, gekozen voor het analyseren van cliëntregistratiebestanden van tien organisaties. In een later stadium zijn daar nog drie organisaties aan toegevoegd. Het betreft de volgende organisaties:

1. GGD Groningen
2. Stichting Maatschappelijke en Juridische Dienstverlening Groningen (MJD)
3. Thuiszorg Service Nederland (TSN)
4. Stichting Oosterlengte
5. Zorggroep Meander
6. Registratie Netwerk Groningen (RNG, Academische Huisartsenpraktijk Groningen, Groepspraktijk Hoogezand-Sappemeer)
7. Elker
8. Leger des Heils Noord
9. Accare
10. Jonx | Lentis
11. Molendrift
12. Halt Noord-Nederland
13. Het Poortje (Juvaïd en Wilster)

De keuze voor deze 13 organisaties ligt in het verlengde van de keuzes die zijn gemaakt voor het TakeCare-onderzoek in het algemeen: organisaties die zorg bieden aan jeugdigen met gedragsmatige en emotionele problemen, zonder een verstandelijke beperking. Bureau Jeugdzorg is niet toegevoegd omdat het hier vooral om het toeleiden naar zorg gaat, en minder om hulpverlening zelf. Jeugdigen die via BJZ in zorg komen worden bovendien ook geteld bij de organisaties waarnaar zij verwezen zijn.

### 3.2.2 Digitale vragenlijsten bij thuiszorginstellingen

Bij drie thuiszorginstellingen, namelijk Thuiszorg Service Nederland (TSN), Stichting Oosterlengte en Zorggroep Meander, is een digitale vragenlijst uitgezet onder alle medewerkers (N=88). De reden hiervan is dat het niet mogelijk bleek om een geschikt cliëntregistratiebestand te leveren. Bij één van de thuiszorgorganisaties was men namelijk, in de loop van de onderzoeksperiode, overgegaan naar een nieuw digitaal registratiesysteem. Hierdoor waren de gegevens uit 2011 niet meer digitaal opvraagbaar. Met de vragenlijst werd uitgevraagd hoeveel jeugdigen welke vormen van hulpverlening hebben gekregen van de thuiszorg. Van de 88 medewerkers hebben 51 de lijst (tenminste deels) ingevuld over in totaal 155 cliënten. De respons was bij de medewerkers dus 58%.

### 3.2.3 TakeCare-T1 data

In het longitudinale onderzoek TakeCare wordt beoogd om totaal zo'n 2.000 jeugdigen tussen 4 en 18 jaar drie jaar te volgen op hun pad door de jeugdhulpverlening. Er wordt op vijf tijdstippen een vragenlijst afgenomen: bij entree in zorg (T1), na drie maanden (T2), na één jaar (T3), na twee jaar (T4) en na drie jaar (T5). Niet alleen jeugdigen zélf worden bevraagd, maar ook hun ouders en hulpverleners.

Deelnemers hebben de keuze tussen een digitale vragenlijst die via een beveiligde internetsite kan worden ingevuld of een papieren vragenlijst die per post wordt toegestuurd. TakeCare streeft in totaal naar ongeveer 2.700 deelnemers: 2.000 deelnemers die bij de start van het onderzoek cliënt zijn bij de GGD, Elker, Jonx|Lentis en Accare vanwege gedragsmatige of emotionele problemen<sup>1</sup>, en 700 deelnemers die als referentiegroep (niet in zorg) zijn geworven via scholen in de provincie Groningen.

Voor het cross-sectionele onderzoek TakeCare wordt gebruik gemaakt van de gegevens van de eerste meting (T1) van het longitudinale TakeCare onderzoek, die verzameld zijn in de periode tussen 1 juni 2011 en 1 juni 2012. In deze periode zijn onderzocht 1.118 jeugdigen met een minimum (instroom) leeftijd van 4 en een maximum van 18 jaar. Het gaat om 577 jongens (51,6%) en 541 meisjes (48,4%). Deze jeugdigen zijn ingestroomd via de vier zojuist genoemde organisaties, zie tabel 1.

Tabel 1 Aantal jeugdigen dat is ingestroomd in het longitudinale TakeCare onderzoek in de periode tussen 1 juni 2011 en 1 juni 2012, naar organisatie en type zorg.

	Type zorg	N	%
GGD	Licht pedagogische hulp	339	30,3%
Elker	Geïndiceerde jeugdzorg	150	13,4%
Accare	Jeugd-GGZ	200	18,0%
Jonx Lentis	Jeugd-GGZ	429	38,3%
Totaal		1.118	100%

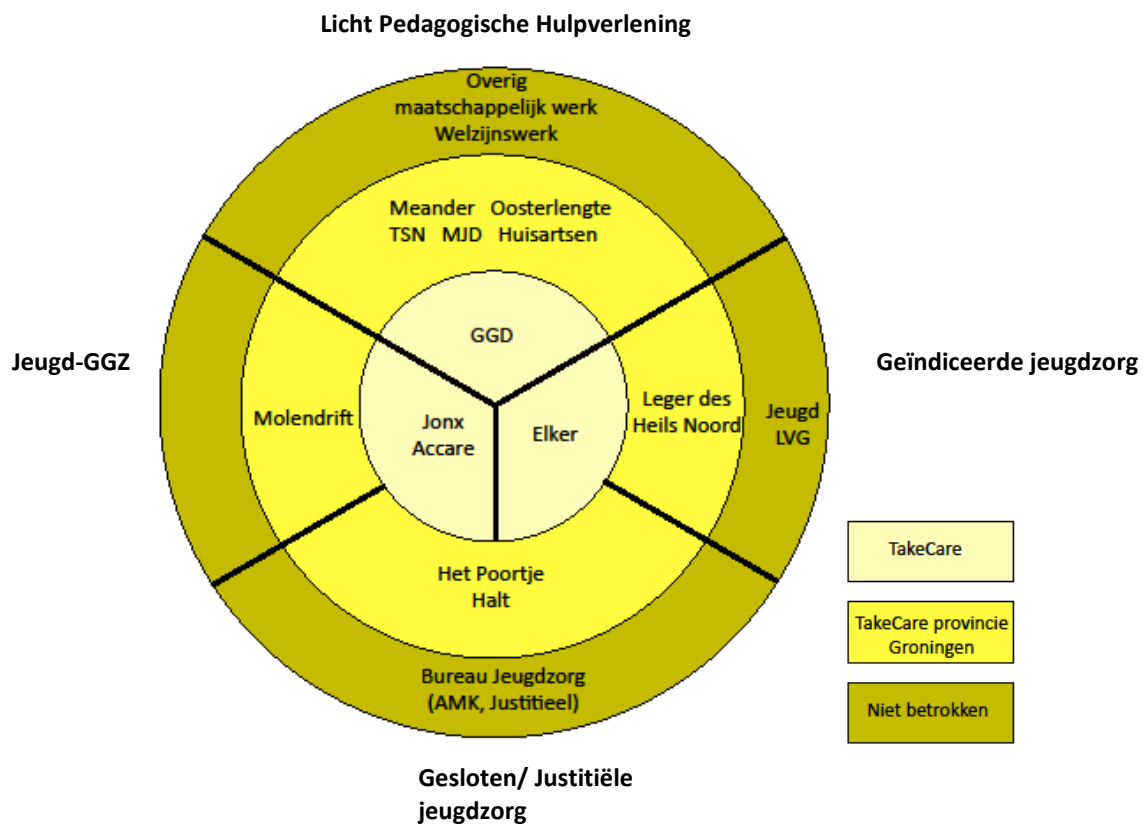
<sup>1</sup> Vanuit Accare is een selectieve groep niet ingestroomd in TakeCare, vanwege andere lopende onderzoeken bij deze organisatie. Het betreft kinderen met ADHD en kinderen van ouders met angst- en stemmingsstoornissen.

Uitgangspunt bij de keuze van deze organisaties was de doelgroep van het longitudinale TakeCare onderzoek: jeugdigen met gedragsmatige en emotionele problemen, zonder een verstandelijke beperking. Om redenen van efficiency zijn de vier grootste, en daarmee sterk gezichtsbepalende organisaties die zorg bieden aan deze jeugdigen in de provincie Groningen gekozen. Deze organisaties hebben een goede spreiding in het type zorg dat zij bieden.

### 3.3 Representativiteit

Figuur 3 geeft weer welke organisaties deelnemen aan TakeCare (binnenste cirkel) en welke organisaties zijn toegevoegd ten behoeve van TAKECARE PROVINCIE GRONINGEN (tweede ring). Voor de organisaties in de binnenste cirkel zijn overigens ook cliëntregistratiebestanden opgevraagd. In de derde ring staan de zorgsectoren die géén onderdeel uitmaken van deze studie.

Figuur 3 Overzicht van betrokken organisaties en sectoren van jeugdzorg bij TAKECARE PROVINCIE GRONINGEN.



Wat betreft de zorgtypen geïndiceerde jeugdzorg, jeugd-GGZ en gesloten jeugdzorg is een groot deel van de (Groningse) organisaties die dergelijke zorg bieden in de provincie Groningen meegenomen in het onderzoek.

Wat betreft de licht pedagogische hulpverlening is een selectie gemaakt. Naast de GGD zijn de drie grootste aanbieders van thuiszorg in de provincie Groningen geselecteerd. Wat betreft het maatschappelijk werk is de MJD geselecteerd. Deze bestrijkt de gemeentes Groningen, Eemshaven en Ten Boer. Andere organisaties voor maatschappelijk werk in de provincie namen niet deel. Dat geldt ook voor welzijnsorganisaties. Om de omvang van de werkelijk gebruikte licht pedagogische hulp goed te kunnen schatten is een correctie toegepast (zie paragraaf 3.4).

#### *Samenvatting representativiteit*

De onderzoekspopulatie betreft jeugdigen die licht pedagogische hulp, geïndiceerde jeugdzorg of jeugd-GGZ ontvangen. Jeugdigen die zorg ontvangen van organisaties in de sector voor licht verstandelijk beperkten (LVB) zijn niet meegeteld<sup>2</sup>. Ook zorg aangeboden door Bureau Jeugdzorg is niet meegeteld. Het gaat hier om jeugdreclassering en jeugdbescherming.

### **3.4 Schatting totaal aantal jeugdigen in zorg**

De eerste vraagstelling van dit onderzoek betreft een schatting van het aantal jeugdigen dat in één jaar zorg heeft ontvangen vanwege gedragsmatige en/of emotionele problemen. Om zo goed mogelijk te kunnen schatten was het noodzakelijk om 1) de cliëntregistratiebestanden te ontdubbelen, en 2) de licht pedagogische hulpverlening op te hogen. In het onderstaande wordt op hoofdlijnen weergegeven hoe dit is gedaan. In bijlage 1 kan de methode worden nagelezen.

#### *Ontdubbeling*

Om te voorkomen dat jeugdigen die in meerdere cliëntregistratiebestanden voorkomen meerdere malen worden geteld was het oorspronkelijk de bedoeling om de bestanden op cliëntniveau te koppelen. Op deze manier zouden *dubbeltellingen* kunnen worden voorkomen. Dit bleek echter juridisch niet mogelijk. De gevraagde informatie mag alleen op persoonsniveau worden verstrekt als cliënten zélf toestemming hebben gegeven, zoals onder andere is vastgelegd in de Wet Geneeskundige BehandelingsOvereenkomst (WGBO). Het verstrekken van gegevens op persoonsniveau aan derden *zonder* toestemming van cliënten is alleen toegestaan als er een wettelijke verplichting is of als er sprake is van een zogenaamd conflict van plichten. Bij TAKECARE PROVINCIE GRONINGEN is er geen sprake van een wettelijke verplichting en ook niet van een conflict van plichten. Het vragen van toestemming is, gezien de aantallen, niet alleen ondoenlijk maar levert ook geen betrouwbare cijfers op omdat de (positieve) respons op de vraag om toestemming geen 100% zal zijn.

Om toch te kunnen corrigeren voor dubbeltellingen is een *schatting* gemaakt van de mate waarin dubbeltellingen voorkomen. Dit is gedaan op basis van de gegevens van TakeCare-data uit het longitudinale onderzoek. Bij de eerste meting (T1) werd namelijk aan respondenten gevraagd met hoeveel (andere) hulpverleners zij in het laatste half jaar contact hebben gehad. Op basis hiervan werd het gemiddelde aandeel cliënten dat dubbel voorkomt in de registratiebestanden geschat. Het

---

<sup>2</sup> Jeugdigen met een verstandelijke beperking die zorg krijgen bij een 'reguliere' organisatie zijn wél meegeteld.

percentage dubbele zorgcontacten is steeds per instelling en per leeftijdscategorie<sup>3</sup>, geslacht, gemeente en zorgtype berekend. Voor een juiste berekening van het aantal cliënten in zorg is vervolgens per leeftijdscategorie, geslacht, gemeente en zorgtype gecorrigeerd voor dubbele zorgcontacten. Het ontdubbelde aantal cliënten van Het Poortje is eveneens berekend. Cliënten die meer dan één keer voorkomen in het registratiebestand binnen één organisatie konden overigens wél geïdentificeerd worden. Dit gebeurde op basis van organisatiegebonden cliëntnummers of de eerste drie cijfers van de postcode, gecombineerd met de geboortedatum.

#### *Schatting van gebruik licht pedagogische hulpverlening*

De schatting van het aantal jeugdigen dat licht pedagogische hulpverlening kreeg is in dit onderzoek gebaseerd op het gebruik van de zorgtypen jeugdgezondheidszorg (GGD), algemeen maatschappelijk werk, thuiszorg en huisartsenzorg.

Met het cliëntregistratiebestand van de GGD is de geboden *jeugdgezondheidszorg* in de provincie Groningen volledig in beeld.

Wat betreft het *algemeen maatschappelijk werk* zijn alleen gegevens opgevraagd van de Stichting MJD Groningen. De MJD is de belangrijkste aanbieder van dit type zorg in de gemeenten Groningen, Ten Boer en Eemshaven, maar niet in de overige gemeenten van de provincie. Om tot een schatting te komen van het aantal jeugdigen dat gebruik maakt van algemeen maatschappelijk werk in deze gemeenten zijn de gegevens van MJD-cliënten in de gemeente Groningen gebruikt als referentiemateriaal. Vanwege de invloed van leeftijd op het gebruik van maatschappelijk werk is bij de schatting rekening gehouden met de verschillen in leeftijdsopbouw tussen de gemeente Groningen en andere gemeenten in de provincie.

Wat de *thuiszorg* betreft is met een vragenlijst onder hulpverleners uitgevraagd hoeveel jeugdigen welke vormen van hulpverlening hebben gekregen. In bijlage 3 kan worden nagelezen om welke specifieke vormen het gaat.

De schatting van het aantal jeugdigen met gedragsmatige en emotionele problemen dat door de *huisarts* wordt gezien, is gebaseerd op de patiëntenregistratie van de Groepspraktijk Hoogezand-Sappemeer en van de Academische Huisartsenpraktijk Groningen. Uit de cliëntregistratie van de huisartsen in Hoogezand-Sappemeer bleek dat 320 van de 2.638 jeugdigen (12,1%) in het onderzoeksjaar de huisarts heeft bezocht vanwege gedragsmatige en emotionele problemen. Dit percentage is gebruikt om een schatting te maken van het totaal aantal jeugdigen in de provincie Groningen dat de huisarts bezoekt vanwege deze problematiek. Hierbij is rekening gehouden met de leeftijdsopbouw in iedere gemeente. Na extrapolatie is het aantal jeugdigen dat de huisarts bezoekt, ontdubbeld. De correctiefactor voor het ontdubbelen is gebaseerd op het aandeel *doorverwezen*

---

<sup>3</sup> Vanwege het ontbreken van gegevens in TakeCare T1 over 0-3 jarigen en 19-23 jarigen is de aanname gehanteerd dat het ontdubbelingspercentage per instelling bij 0-3 jarigen gelijk is aan dat voor 4-11 jarigen en bij 19-23 jarigen gelijk is aan dat voor 12-18 jarigen.



jeugdigen in de twee genoemde groepspraktijken (43,9%). Ook hierbij is een kleine rekenkundige correctie toegepast op de gewogen ontdebelling; zie voor details bijlage 1.

### **3.5 Variabelen en meetinstrumenten**

#### **3.5.1 Woonplaats**

De woonplaats van de jeugdige cliënten is bepaald op basis van de eerste drie cijfers van de postcode van hun woonadres. Vanwege bescherming van de privacy van de cliënten was het niet mogelijk om te werken met de volledige postcode (zie ook paragraaf 3.1). Zie bijlage 2 voor de indeling die is gehanteerd.

#### **3.5.2 Zorgtypen**

Er worden zes zorgtypen onderscheiden. Hieronder wordt weergegeven wat onder deze zorgtypen wordt verstaan. Bijlage 3 bevat een overzicht welke specifieke vormen er per organisatie precies zijn meegeteld.

##### *Licht pedagogische hulpverlening (inclusief contacten met de huisarts)*

Licht pedagogische hulpverlening (LPH) wordt in dit onderzoek gedefinieerd als ‘alle hulp aan ouders en jeugdigen die niet door BJZ is geïndiceerd voor de jeugdzorginstellingen en waarvoor de gemeenten verantwoordelijkheid dragen’ (Grisnich & Jaarsma, 2008). In de praktijk is LPH gesitueerd in het zogenoemde ‘voorliggende veld’, waarmee alle hulp vóór BJZ bedoeld wordt. Voorbeelden zijn: video home training (thuiszorg), opvoedingsondersteuning (GGD), en school- en jeugdmaatschappelijk werk (MJD). Ook een bezoek aan de huisarts in verband met gedragsmatige en emotionele problemen wordt hier in dit rapport onder gerekend. Het gaat dan bijvoorbeeld om advies aan ouders. Wat betreft zorg die de huisarts biedt wordt geteld op basis van de codes van de International Classification of Primary Care (ICPC). De ICPC is in Nederland geaccepteerd als standaard voor coderen en classificeren van klachten, symptomen en aandoeningen in de huisartspraktijk ([http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k\\_implementatie/k\\_automatisering/k\\_icpc.htm](http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_implementatie/k_automatisering/k_icpc.htm)).

##### *Ambulante zorg*

Ambulante zorg is hulpverlening aan jeugdigen bij opgroei- en opvoedingsproblemen door middel van een aantal afspraken bij een instelling voor jeugdzorg of thuis in het gezin. Het betreft hier zowel geïndiceerde jeugdzorg als jeugd-GGZ. Voorbeelden van ambulante zorg zijn: ambulante gezinshulp en intensieve ambulante jeugdhulpverlening (MJD), intensieve gezinsbegeleiding (thuiszorg). Tien voor Toekomst (Leger des Heils Noord), behandeling van angst-, dwang- en stemmingsstoornissen (Accare), behandeling van gedragsstoornissen (Jonx|Lentis), en hulpverlening bij leer- of gedragsproblemen (Molendrift).

### *Dagbehandeling*

Dagbehandeling aan jeugdigen bestaat uit intensieve begeleiding en behandeling, zonder dat zij daarvoor geheel uit hun thuismilieu worden gehaald. Zij krijgen doordeweeks overdag, of een deel van de dag hulp in een instelling en zijn de rest van de tijd thuis (Van der Ploeg, 2011). Voorbeelden zijn daghulp en MKD Ouder en kindgroep (Elker) en dagbehandeling (Accare).

### *Pleegzorg*

Pleegzorg is zorg voor jeugdigen tot 18 jaar die (tijdelijk) niet bij hun eigen ouders kunnen wonen. Pleegouders nemen een kind op in hun gezin tot ouders de zorg zelf weer aankunnen (Strijker, 2009). Het betreft hier kort- en langdurige reguliere pleegzorg en weekendzorg (Elker, Leger des Heils Noord).

### *Residentiële zorg/ 24-uurszorg*

Residentiële of 24-uurs zorg voor jeugd is hulpverlening waarbij jeugdigen tot 18 jaar, op vrijwillige of gedwongen basis, (tijdelijk) dag en nacht buiten hun eigen omgeving verblijven. Alle sectoren (provinciaal gefinancierde jeugdzorg, jeugd-GGZ, LVB-zorg en justitiële voorzieningen) bieden residentiële zorg voor jeugd (Harder et al., 2011). Voorbeelden zijn: begeleide kamerbewoning, het gezinshuis (Elker), B6T (Binnen 6 weken Thuis, Leger des Heils Noord), en 24-uurshulp (Accare).

### *Gesloten /justitiële jeugdzorg*

Onder deze noemer worden drie vormen onderscheiden: Jeugdzorgplus, justitiële jeugdzorg en Halt Noord-Nederland. Bij Jeugdzorgplus gaat het om intensieve, gesloten en besloten behandeling van civielrechtelijk geplaatste jongeren van 12 tot 18 jaar (Het Poortje, Wilster). Jeugdzorgplus valt onder de verantwoordelijkheid van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport (Ten Brummelaar et al., 2011) .

Justitiële jeugdzorg houdt een kort of lang verblijf in een instelling in van jongeren van 12 tot en met 23 jaar op grond van het strafrecht (Het Poortje, Juvaïd). Deze jongeren zijn door hun gedrag in aanraking met justitie gekomen en door de (kinder)rechter in een justitiële jeugdinrichting geplaatst.

Bureau Halt begeleidt jongeren (12-18 jaar) die een strafbaar feit hebben gepleegd dat niet kan worden afgedaan met een geldelijke boete, terwijl tegelijk detentie in een jeugdinrichting als een te zware ingreep wordt gezien. Vaste onderdelen zijn gesprekken met jongere en ouders, excuus aanbieden, terugbetalen van berokkende schade en het uitvoeren van een pedagogisch zinvolle leer- of werkopdracht (Imkamp, 2008). Halt valt onder de verantwoordelijkheid van het ministerie van Veiligheid en Justitie.

In tabel 2 wordt weergegeven welke zorgtypen door welke organisaties worden geboden en dus opgenomen zijn in de cliëntregistratiebestanden.

Tabel 2 Overzicht van zorgtypen die worden gehanteerd in TAKECARE PROVINCIE GRONINGEN en de organisaties die deze zorgtypen aanbieden.

Zorgaanbieder	Type zorg <sup>1</sup>					
	Licht pedagogische hulp	Ambulant	Dagbehandeling	Pleegzorg	Residentieel (24-uurszorg)	Gesloten/ Justitiële Jeugdzorg
GGD	X	-	-	-	-	-
MJD	X	X	-	-	-	-
TSN	X	-	-	-	-	-
Oosterlengte	X	-	-	-	-	-
Meander	X	-	-	-	-	-
Huisartsen	X	-	-	-	-	-
Elker	-	X	X	X	X	-
Leger des Heils	-	X	-	X	X	-
Accare	-	X	X	-	X	-
Jonx   Lentis	-	X	-	-	-	-
Molendrift	-	X	-	-	-	-
Halt	-	-	-	-	-	X
Het Poortje	-	-	-	-	-	X

<sup>1</sup> Zie bijlage 3 voor een overzicht welke specifieke zorgvormen er per organisatie precies zijn meegeteld.

### 3.5.3 Zorgtraject

Een zorgtraject is het traject dat de jeugdige binnen een organisatie doorloopt nadat hij/zij in zorg is gekomen. Eén zorgtraject bestaat meestal uit meerdere zorgcontacten. Het is mogelijk dat een jeugdige bij één of meerdere zorgaanbieders een zorgtraject afneemt in het onderzoeksjaar tussen 1 juni 2011 en 1 juni 2012.

### 3.5.4 Gedragmatige en emotionele problemen

Om de ernst en het type gedragmatige en emotionele problemen vast te stellen is de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) gebruikt (Goedhart et al., 2003). De scores op de SDQ worden onderverdeeld in de categorieën 'Normaal', 'Grensgebied' en 'Verhoogd'. Een totaalscore tussen 0 en 13 valt in de categorie 'normaal'. Dit betekent dat er zich niet of nauwelijks psychosociale problemen voordoen bij de jeugdige. Wanneer scores in het grensgebied vallen (tussen 14 en 16), dan betekent dit dat een jeugdige te maken heeft met een zekere mate van psychosociale problematiek, maar deze beïnvloedt het functioneren van de jeugdige niet in ernstige mate. Scores die in het 'abnormale' gebied vallen (tussen 17 en 40), geven aan dat er sprake is van een relatief hoge mate van psychosociale problematiek, die het handelen van de jeugdige beperkt<sup>4</sup>. Daarnaast omvat de SDQ vijf subschalen, namelijk 'Emotioneel welbevinden', 'Gedragproblemen', 'Hyperactiviteit', 'Problemen met

<sup>4</sup> We gebruiken hier de oorspronkelijk Engelse afkappunten (zie [www.sdqinfo.com](http://www.sdqinfo.com)). De GGD werkt in het kader van screening en triage met andere, stringenter afkappunten (GGD, 2006).

leeftijdsgenoten' en 'Pro-sociaal gedrag'. Deze laatste subschaal heeft betrekking op sterke kanten van de jeugdige, terwijl de andere vier schalen probleemgedrag meten. Ook op deze subschalen kunnen jeugdigen een score behalen die ligt in het normale gebied, grensgebied of het verhoogde gebied. De eerste vier subschalen vormen leveren de hiervoor genoemde totaalscore.

### **3.5.5 Risicokenmerken**

Het is bekend dat de aanwezigheid van sommige risicokenmerken samenhangt met een hogere mate van psychosociale problemen bij jeugdigen. Dit blijkt bijvoorbeeld uit een onderzoek onder 0-12 jarigen (N=4776) in Nederland (Zeijl et al., 2005). Dit onderzoek is representatief voor heel Nederland. Een laag inkomen (armoedegrens of lager) blijkt in een aantal opzichten de kans op psychosociale problemen bij jeugdigen te vergroten. Hetzelfde geldt voor kinderen uit eenoudergezinnen, kinderen van niet-westerse herkomst en kinderen met een moeder met een laag opleidingsniveau. Ten behoeve van onderzoeksvraag 5 worden vier risicokenmerken onderscheiden, namelijk: laag inkomen, eenoudergezin, allochtone afkomst en laag opleidingsniveau van de biologische moeder. Hieronder wordt weergegeven hoe deze variabelen worden gedefinieerd.

#### *Inkomen*

In TakeCare worden de volgende categorieën gehanteerd: € 1.000,- of minder; € 1.001,- tot en met €1.350,-; € 1.351,- tot en met € 1.750,-; € 1.751,- tot en met € 3.100,-; € 3.101,- of meer. Voor het bepalen van de lage-inkomensgrens wordt meestal de Armoedemonitor 2007 (Vrooman et al., 2007) gebruikt. Deze varieert voor een echtpaar met één kind en een eenoudergezin met één kind tussen €1.460 en €1.160 netto per maand (exclusief huursubsidie), en voor echtpaar met twee kinderen en een eenoudergezin met twee kinderen tussen €1.640 en €1.350 netto per maand. Op basis van deze bedragen is een 'laag inkomen' in de huidige studie gedefinieerd als een netto inkomen van maximaal €1.350 euro netto per maand.

#### *Gezinssituatie*

In TakeCare worden de volgende categorieën onderscheiden: 1 'Beide biologische ouders in huis' 2 'Eén biologische ouder in huis' 3 'Geen biologische ouders in huis'. Voor TAKECARE PROVINCIE GRONINGEN wordt alleen een onderscheid gemaakt tussen 'beide biologische ouders in huis' en 'niet beide biologische ouders in huis'. Onder deze laatste categorie vallen dan de situaties waar één of geen biologische ouders in huis aanwezig zijn.

#### *Etniciteit*

De etniciteit van de kinderen is bepaald op basis van het geboorteland van het kind en de beide biologische ouders. Indien één van de ouders of het kind in het buitenland geboren is wordt het kind beschouwd als allochtoon. Het gaat hier specifiek over niet-Westerse allochtonen met als herkomst één van de landen in Afrika, Latijns-Amerika en Azië (exclusief Indonesië en Japan) of Turkije. Wanneer het

kind én beide biologische ouders in Nederland zijn geboren is wordt het kind beschouwd als van Nederlandse afkomst.

#### *Opleidingsniveau*

Er wordt uitgegaan van de hoogst voltooide opleiding van de biologische moeder. De opleiding is ingedeeld als laag (geen, lagere school, vbo/lbo of mavo) of hoger (overige opleidingen).

### **3.6 Analyses**

Bij onderzoeksvragen 1 en 2 wordt gebruik gemaakt van de cliëntregistratiebestanden en het bestand gebaseerd op de digitale vragenlijst. Bij onderzoeksvraag 3 worden zowel de cliëntregistratiebestanden als de TakeCare-data gebruikt. Bij onderzoeksvragen 4 en 5 tenslotte worden alleen de TakeCare-data gebruikt.

## 4 Resultaten

1. *Hoeveel jeugdigen kregen zorg tussen 1 juni 2011 en 1 juni 2012 en wat zijn hun kenmerken in termen van leeftijd, sekse en woongemeente?*

Van de 168.505 jeugdigen van 0 tot en met 23 jaar woonachtig in de provincie Groningen hebben 34.945 een vorm van zorg vanwege gedragsmatige en emotionele problemen ontvangen (20,7%). Het gaat hierbij om 14.735 meisjes (42,2%) en 20.210 jongens (57,8%). Tabel 3 laat zien hoe de verdeling is over vier leeftijdscategorieën.

*Tabel 3 Aantal en aandeel van de jeugdigen van 0 tot en met 23 jaar dat tussen 1 juni 2011 en 1 juni 2012 in zorg is geweest, naar leeftijd.*

		Jeugdigen in de provincie Groningen <sup>5</sup>	Jeugdigen in zorg in de provincie Groningen	
			N	%
Leeftijd	0-3 jaar	23.091	1.866	8,1%
	4-11 jaar	48.329	10.776	22,3%
	12-18 jaar	46.033	13.166	28,6%
	19-23 jaar	51.052	9.137	17,9%
totaal		168.505	34.945	20,7%

Zowel absoluut als relatief ontvangen jeugdigen tussen 12 en 18 jaar de meeste zorg, gevolgd door jeugdigen tussen 4 en 11 jaar. Het percentage jeugdigen van 0 tot 3 jaar dat zorg krijgt is het kleinst. Tabel 4 geeft weer welk aandeel van de jeugdigen tussen 0 tot en met 23 jaar per gemeente/regio in de provincie Groningen zorg kreeg.

---

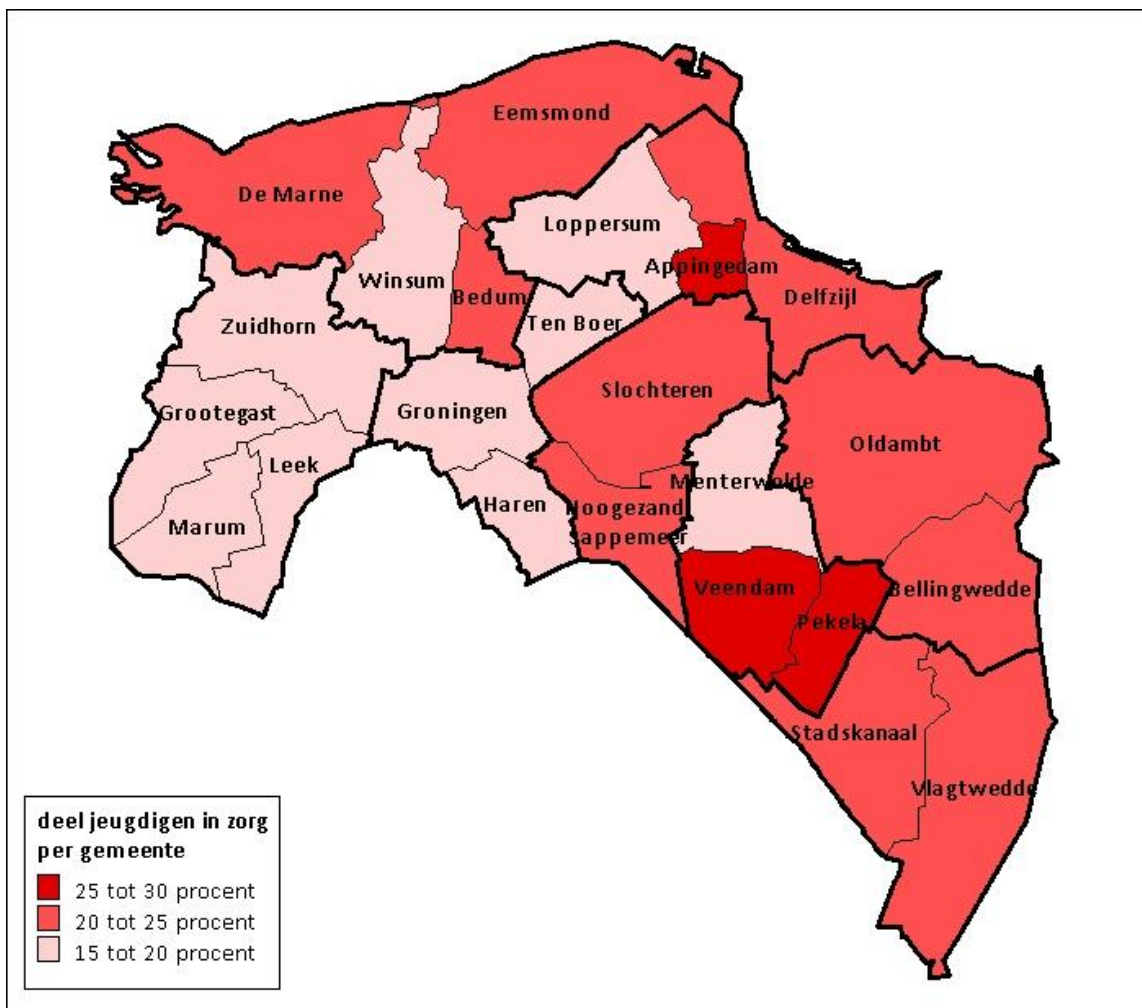
<sup>5</sup> Bron: Centraal Bureau voor de Statistiek, Den Haag/Heerlen. Peildatum 01-01-2012. Bezocht op: 24-10-2012.

Tabel 4 Aantal en aandeel van de jeugdigen van 0 tot en met 23 jaar dat tussen 1 juni 2011 en 1 juni 2012 in zorg is geweest, naar regio en gemeente van de provincie Groningen.

Regio/gemeente	0 t/m 23 jarigen in de provincie Groningen N=168.505	0 t/m 23 jarigen in zorg in regio/gemeente	
		N=34.945	%
<b>Noord-West</b>			
De Marne	2.696	587	21,8
Winsum	4.088	779	19,1
Bedum	3.008	608	20,2
Eemsmond	4.523	999	22,1
<i>Totaal</i>	<i>14.315</i>	<i>2.973</i>	<i>20,8</i>
<b>Noord-Oost</b>			
Delfzijl	6.666	1.425	21,4
Loppersum	2.863	463	16,2
Appingedam	3.033	883	29,1
<i>Totaal</i>	<i>12.562</i>	<i>2.771</i>	<i>22,1</i>
<b>Westerkwartier</b>			
Grootegast	3.871	657	17,0
Marum	3.111	519	16,7
Leek	5.453	997	18,3
Zuidhorn	5.862	1.019	17,4
<i>Totaal</i>	<i>18.297</i>	<i>3.192</i>	<i>17,4</i>
<b>Centraal</b>			
Groningen	64.470	12.833	19,9
Haren	4.802	891	18,6
Ten Boer	2.253	400	17,8
<i>Totaal</i>	<i>71.525</i>	<i>14.124</i>	<i>19,7</i>
<b>Slochteren/H-S</b>			
Slochteren	4.319	972	22,5
Hoogezand-Sappemeer	9.161	2.228	24,3
<i>Totaal</i>	<i>13.480</i>	<i>3.200</i>	<i>23,7</i>
<b>Oldambt</b>			
Oldambt	9.663	1.978	20,5
Bellingwedde	2.176	475	21,8
<i>Totaal</i>	<i>11.839</i>	<i>2.453</i>	<i>20,7</i>
<b>MPV</b>			
Menterwolde	3.264	593	18,2
Pekela	3.393	899	26,5
Veendam	7.257	1.973	27,2
<i>Totaal</i>	<i>13.914</i>	<i>3.465</i>	<i>24,9</i>
<b>Zuid-Oost</b>			
Stadskanaal	8.523	1.934	22,7
Vlagentwedde	4.050	831	20,5
<i>Totaal</i>	<i>12.573</i>	<i>2.765</i>	<i>22,0</i>

De onderstaande figuur visualiseert de verschillen per regio en gemeente. De laagste percentages jeugdigen in zorg worden gevonden in de regio's Centraal en West-Groningen en de hoogste percentages in Noord-Oost, Oost en Zuid-Oost Groningen. Wat de gemeenten betreft vallen Appingedam, Pekela en Veendam op vanwege de hoge percentages. Loppersum, Marum en Grootegast hebben de laagste percentages jeugdigen in zorg. In de gemeente Groningen is het aandeel studenten hoog, mogelijk heeft dat invloed gehad op het relatief lage aantal jeugdigen in zorg.

*Figuur 4 Het deel jeugdigen dat zorg krijgt in de Groningse gemeenten.*





2. Welke zorg ontvingen jeugdige cliënten in de provincie Groningen in de periode tussen 1 juni 2011 en 1 juni 2012?

Bij de beschrijving van het type zorg dat jeugdigen hebben gekregen worden twee invalshoeken gebruikt: bij de eerste gaat het om het tellen van het aantal jeugdigen dat verschillende typen zorg heeft gekregen en bij de tweede om het tellen van de hoeveelheid zorg die door deze jeugdigen is afgenomen. De volgende deelvragen worden onderscheiden:

a. Hoeveel jeugdigen krijgen welke typen zorg?

b. Hoeveel zorgtrajecten zijn per type zorg afgenomen?

Deze vragen worden achtereenvolgens beantwoord.

2a. Hoeveel jeugdigen krijgen welke typen zorg?

In de onderstaande tabel 5 wordt weergegeven hoeveel jeugdigen welk type zorg hebben ontvangen in de periode tussen 1 juni 2011 en 1 juni 2012<sup>6</sup>.

Tabel 5 Aantal en aandeel van de jeugdigen dat tussen 1 juni 2012 en 1 juni 2013 in zorg is geweest, naar type zorg.

Type zorg	N	% van aantal jeugdigen in zorg	% van totaal aantal jeugdigen (N=168.505)
Licht pedagogische hulp	22.926	65,6	13,6
Ambulante zorg	10.792	30,9	6,4
Dagbehandeling	82	0,2	0,0
Pleegzorg	266	0,8	0,2
Residentiële zorg	321	0,9	0,2
Gesloten/ Justitiële jeugdzorg	558	1,6	0,3
	34.945	100,0	20,7

De tabel laat zien dat het grootste deel van de jeugdigen licht pedagogische hulp krijgt, gevolgd door ambulante zorg. Deze twee zorgtypen dekken samen ruim 96% van de jeugdigen in zorg.

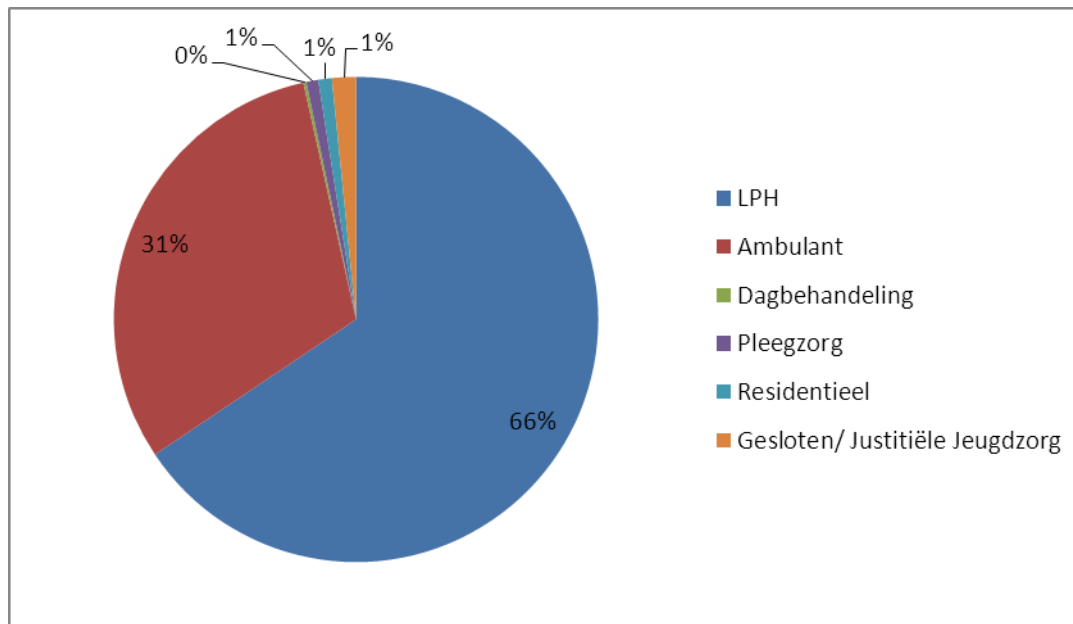
Uit deze tabel valt tevens af te leiden dat 13,6% van het totaal aantal jeugdigen licht pedagogische hulp krijgt en 7,1% een vorm van tweedelijnszorg. Ongeveer 80% krijgt geen zorg.

Uit een publicatie van het Sociaal Cultureel Planbureau blijkt dat 7,6% van de jeugdigen tussen 0 en 18 jaar in Nederland een vorm van tweedelijnszorg gebruikt. Ongeveer 12% maakt gebruik van een vorm van eerstelijnszorg zoals het maatschappelijk werk, pedagogisch advies in het CJG of ondersteuning vanuit de jeugdgezondheidszorg. Ongeveer 81% maakt geen gebruik van zorg (Bot et al, 2013). Alhoewel de vergelijking tussen deze cijfers en die in het voorliggende onderzoek met de nodige voorzichtigheid moet worden gedaan, lijken de cijfers uit ons onderzoek vergelijkbaar met die van Bot et al.

<sup>6</sup> Omdat het hier gaat om het tellen van het aantal jeugdigen is het eerste contact dat een cliënt bij de specifieke organisatie had geteld en vervolcontacten in het onderzoeksjaar niet.

In TAKECARE PROVINCIE GRONINGEN gaat het om jeugdigen tussen 0 en 23 jaar en bij Bot et al (2013) om jeugdigen tussen 0 en 18 jaar. In TAKECARE PROVINCIE GRONINGEN zijn jeugdigen met een verstandelijke beperking alleen meegeteld als zij zorg kregen bij instellingen die niet specifiek gericht zijn op de LVB-sector. Bij Bot et al (2013) zijn jeugdigen die zorg krijgen in specifieke LVB- instellingen wél meegeteld. Figuur 5 visualiseert het aandeel jeugdigen dat verschillende zorgtypen heeft gekregen.

*Figuur 5 Aandeel jeugdigen dat tussen 1 juni 2012 en 1 juni 2013 in zorg is geweest, naar type zorg (N=34.945).*



**2b. Hoeveel zorgtrajecten zijn per type zorg afgenomen?**

Hier wordt geteld hoeveel zorg er door de jeugdigen is afgenomen in de periode tussen 1 juni 2011 en 1 juni 2012. Het gaat hier dus om aantallen zorgtrajecten, en niet over aantallen jeugdigen (zie ook paragraaf 3.5.3.). Tabel 6 geeft weer hoeveel zorgtrajecten er zijn afgenomen wat betreft de verschillende typen zorg.

*Tabel 6 Aantal zorgtrajecten dat tussen 1 juni 2012 en 1 juni 2013 is afgenomen, naar type zorg (N=56.116).*

Type zorg	N	%
Licht pedagogische hulp	40.374	71,9
Ambulante zorg	13.860	24,7
Dagbehandeling	202	0,4
Pleegzorg	421	0,8
Residentiële zorg	595	1,1
Gesloten/ Justitiële jeugdzorg	664	1,2
	56.116	100,0

Deze tabel laat zien dat het overgrote deel van de zorgtrajecten de licht pedagogische hulp en de ambulante zorg betreft: samen bijna 97% van de geboden zorg. Bijna 2% van de zorgtrajecten betreft gesloten/ justitiële jeugdzorg.

### *3. Via welke verwijzers komen jeugdigen bij specifieke zorgvormen terecht?*

In dit onderdeel van het onderzoek wordt een beeld geschetst van de verschillende manieren waarop jeugdigen in zorg komen. De volgende deelvragen komen aan de orde:

- a. Wat is de omvang van de groep jeugdigen met gedragsmatige en emotionele problemen die in een jaar door huisartsen wordt gezien, en wat zijn kenmerken in termen van leeftijd en sekse?*
- b. Hoe groot is het aandeel van jeugdigen met gedragsmatige en emotionele problemen dat door huisartsen wordt doorverwezen en naar welke zorginstellingen wordt verwezen?*
- c. Naar welke typen zorg worden jeugdigen doorverwezen door Bureau Jeugdzorg?*
- d. Door wie zijn jeugdigen verwezen naar de jeugd-GGZ, een jeugdzorgplus instelling, een residentiële instelling en een instelling voor pleegzorg?*

Deze vragen worden achtereenvolgens beantwoord.

#### *3a. Wat is de omvang van de groep jeugdigen met gedragsmatige en emotionele problemen die in een jaar door huisartsen wordt gezien, en wat zijn kenmerken in termen van leeftijd en sekse?*

Het verzorgingsgebied van de Academische Huisartsenpraktijk Groningen en de Groepspraktijk Hoogezand-Sappemeer bestrijkt in totaal 5.558 jeugdigen tussen 0 en 23 jaar. Het betreft 2.770 meisjes (50,0%) en 2.781 jongens. De huisartsen in deze praktijken hebben in de periode tussen 1 juni 2011 en 1 juni 2012 606 jeugdigen gezien met gedragsmatige en emotionele problemen (10,9%). De huisartsen van de Academische Huisartsenpraktijk Groningen zagen 286 jeugdigen op een voedingsgebied van 2920 jeugdigen (9,7%), de huisartsen van de Groepspraktijk Hoogezand-Sappemeer zagen 320 jeugdigen op een voedingsgebied van 2638 jeugdigen (12,1%). Het betreft jeugdigen met psychische problemen, sociale problemen of met lichamelijke problemen zonder bekende medische oorzaak. Bij het overschrijden van een grens van dergelijke klachten bij deze laatste groep wordt aangenomen dat de oorzaak ligt bij psychische en/of sociale problematiek (zie ook hoofdstuk 3). Het gaat in totaal om 328 jongens (54,1%) en 278 meisjes (45,9%). Tabel 7 geeft de verdeling naar leeftijd weer.

Tabel 7 Aantal en aandeel jongens en meisjes tussen 0 en 24 jaar die in de periode tussen 1 juni 2011 en 1 juni 2012 gezien is door een huisarts vanwege gedragsmatige en emotionele problemen in de Academische Huisartsenpraktijk Groningen en de Groepspraktijk Hoogezand-Sappemeer, naar leeftijd en geslacht.

		Geslacht	
		Jongens (%)	Meisjes (%)
Leeftijd	0-3 jaar	12 (3,7%)	4 (1,4%)
	4-11 jaar	120 (36,6%)	58 (20,9%)
	12-18 jaar	122 (37,2%)	72 (25,9%)
	19-23 jaar	74 (22,6%)	144 (51,8%)
totaal		328 (100%)	278 (100%)

Het valt op dat meisjes relatief vaker oud zijn, namelijk tussen 19 en 23 jaar, als zij de huisarts bezoeken vanwege gedragsmatige en emotionele problemen. Bij de jongens gebeurt dit relatief vaak tussen 4 en 18 jaar.

*3b. Hoe groot is het aandeel van jeugdigen met gedragsmatige en emotionele problemen dat door huisartsen wordt doorverwezen en naar welke zorginstellingen wordt verwezen?*

De huisartsen in de AHG en de Groepspraktijk H-S verwezen van de 606 jeugdigen met gedrags- en emotionele problemen 266 jeugdigen door naar andere instellingen (43,9%). Jongens worden iets vaker doorverwezen dan meisjes (54,1% vs. 45,9%). De onderstaande tabel laat zien naar welke disciplines of instellingen deze huisartsen hebben verwezen. De tabel maakt duidelijk dat het overgrote deel wordt doorverwezen naar de kinder- en jeugdpsychiatrie/jeugd-GGZ.

Tabel 8 Disciplines waarnaar de huisartsen van de Academische Huisartsenpraktijk Groningen en de Groepspraktijk Hoogezand-Sappemeer jeugdigen met gedragsmatige en emotionele problemen hebben doorverwezen.

Discipline/instelling	N	%
K&J Psychiatrie/jeugd-GGZ	241	90,6%
Psychologische zorg	23	8,7%
Jeugdgezondheidszorg	2	0,7%
Bureau Jeugdzorg	0	0%
Geïndiceerde jeugdzorg	0	0%
	266	100%

*3c. Naar welke typen zorg worden jeugdigen doorverwezen door Bureau Jeugdzorg?*

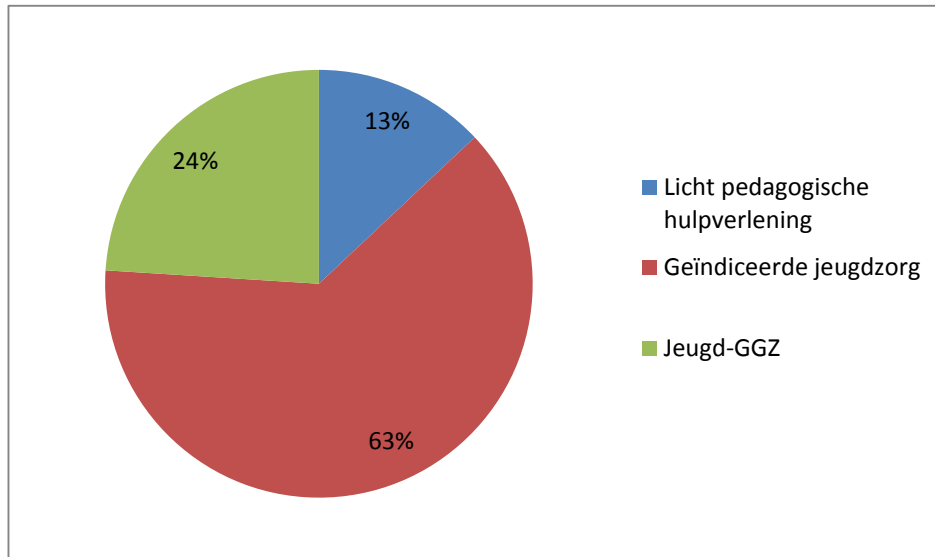
Er zijn in de context van dit onderzoek geen gegevens opgevraagd bij Bureau Jeugdzorg (BJZ).

De *Jeugdmonitor* van de provincie Groningen 2012 geeft echter informatie over het aantal aanmeldingen bij BJZ in de periode vanaf 2005. Er is een stijging in het aantal aanmeldingen bij de toegang van BJZ van 900 in 2005 tot 4.505 in 2011. De toename in 2011 ten opzichte 2010 is 13,8% (Grisnich et al., 2012).

Aan de jeugdigen die zorg ontvangen is in TAKECARE wél gevraagd of zij zijn verwezen door BJZ. Dit blijkt het geval bij 161 van de 1.082 jeugdigen<sup>7</sup> (14,9%).

Figuur 6 laat zien hoe de verhouding van doorverwijzing naar de drie onderscheiden zorgtypen door BJZ is.

*Figuur 6 Deel van de jeugdigen in TakeCare dat verdere zorg ontvangt na verwijzing door BJZ, naar type zorg.*



Het merendeel van de jeugdigen (63%) is door BJZ verwezen naar de geïndiceerde jeugdzorg, bijna een kwart naar de Jeugd-GGZ en 13% naar licht pedagogische hulp.

### *3d. Door wie zijn jeugdigen verwezen naar de jeugd-GGZ, een jeugdzorgplus instelling, een residentiële instelling en een instelling voor pleegzorg?*

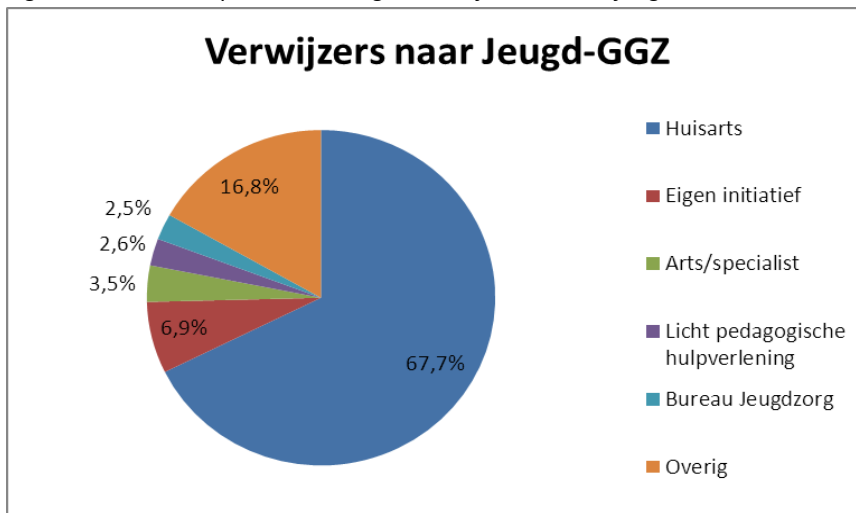
Bij Accare, Jonx, Molendrift, Leger des Heils (residentiële - en pleegzorg) en Het Poortje (Jeugdzorgplus) is in de cliëntregistratiebestanden een verwijzer geregistreerd. Hiermee kunnen van de volgende zorgtypen de verwijzers worden weergegeven:

1. Jeugd-GGZ: op basis van gegevens van Accare, Jonx en Molendrift.
2. Jeugdzorgplus: op basis van gegevens van Het Poortje (Wilster).
3. Residentiële jeugdinstantie: op basis van gegevens van het Leger des Heils Noord.
4. Pleegzorg: op basis van gegevens van het Leger des Heils Noord<sup>8</sup>.

<sup>7</sup> Van 36 respondenten is niet bekend door wie zij zijn verwezen.

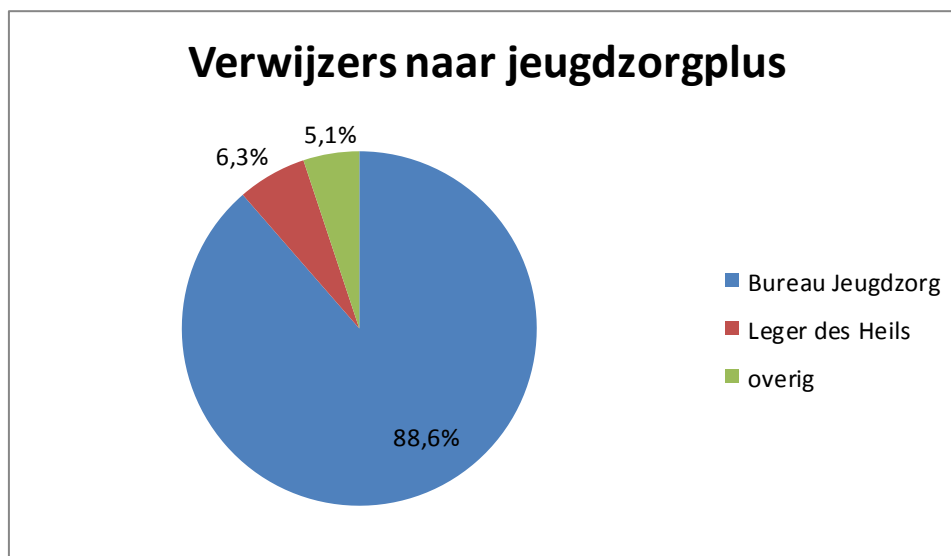
<sup>8</sup> Van Elker hebben wij geen gegevens over verwijzers kunnen ontvangen in het cliëntregistratiebestand. Elker heeft wel informatie over verwijzingen, maar de koppeling met de overige benodigde gegevens zou dermate veel tijd kosten dat dit in de context van het voorliggende onderzoek niet opportuun werd bevonden.

Figuur 7 Welke disciplines/instellingen verwijzen naar de jeugd-GGZ?



Van de jeugdigen is 67,7% in de Jeugd-GGZ terecht gekomen via de huisarts<sup>9</sup>; 6,9% komt op eigen initiatief; 3,5% via een arts/specialist aangesloten bij een ziekenhuis; 2,6% komt via de LPH; en 2,5% via Bureau Jeugdzorg.

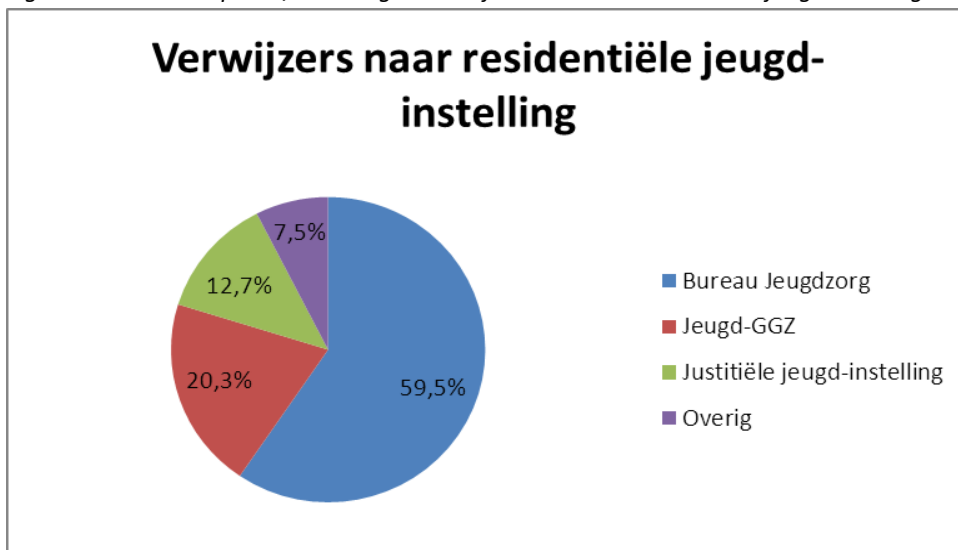
Figuur 8 Welke disciplines/instellingen verwijzen naar jeugdzorgplus?



<sup>9</sup> Molendrift laat een enigszins afwijkend beeld zien, namelijk veel minder verwijzingen via de huisarts en veruit de meeste cliënten op eigen initiatief. Voor deze cliënten is dan overigens nog wel een verwijfsbrief van de huisarts nodig, anders wordt de zorg niet vergoed. Accare heeft veel verwijzers als 'anders' geregistreerd (1.115 op 5.253), hierdoor is de categorie 'overig' in bovenstaande figuur relatief groot.

Ruim 88% van de jeugdigen in zorg bij jeugdzorgplus komt via Bureau Jeugdzorg. Het Leger des Heils is met 6,3% daarna de belangrijkste verwijzer.

*Figuur 9 Welke disciplines/instellingen verwijzen naar een residentiële jeugdinstelling?*



Ruim 59% van de jeugdigen in de residentiële jeugdzorg zijn daar gekomen via een verwijzing van Bureau Jeugdzorg. Ongeveer 20% komt via de jeugd-GGZ en 13% via een verwijzing van een justitiële instelling.

*Figuur 10 Welke disciplines/instellingen verwijzen naar pleegzorg?*



Veruit het grootste deel van de kinderen in pleegzorg komen hier via Bureau Jeugdzorg (95,7%), 2,5% komt in pleegzorg via een justitiële instelling.

*4 In hoeverre verschilt de problematiek van jeugdigen die licht pedagogische hulp, geïndiceerde jeugdzorg of jeugd-GGZ krijgen?*

Met onderzoeksvraag 4 wordt bekeken in hoeverre de ernst (zie hieronder vraag 4a) of het soort problematiek (zie vraag 4b) van jeugdigen die licht pedagogische hulp, geïndiceerde jeugdzorg of jeugd-GGZ krijgen van elkaar verschillen.

*4a In hoeverre verschilt de ernst van de problematiek van jeugdigen die licht pedagogische hulpverlening, geïndiceerde jeugdzorg of jeugd-GGZ krijgen?*

De ernst en het soort problemen zijn gemeten met de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ, zie ook paragraaf 3.2). Wat betreft de TakeCare-T1 data zijn vragenlijsten gebruikt van die kinderen waarvan één van de ouders de SDQ heeft ingevuld. De onderzoekspopulatie bestaat uit 1.038 jeugdigen tussen 4 en 18 jaar. Het gaat om 540 jongens (52,0%) en 498 meisjes (48,0%).

De gemiddelde totaalscore van de onderzoekspopulatie op de SDQ is 15,6 (SD=6,6). Ter vergelijking: in de TakeCare referentiegroep (N=640) is de gemiddelde score op de SDQ 7,1 (SD=5,4). In de TakeCare-T1 populatie scoren jongens iets hoger dan meisjes, namelijk respectievelijk 16,4 (SD=6,5) en 14,7 (SD=6,6). In de referentiegroep is de gemiddelde totaalscore bij jongens (N=279) ook iets hoger dan bij de meisjes (N=343), namelijk respectievelijk 7,6 (SD=5,5) en 6,6 (SD=4,9). In het onderstaande wordt eerst gekeken naar de gemiddelde probleemscores op de SDQ in de TakeCare-T1 populatie per zorgtype.

*Tabel 9 De gemiddelde probleemscore (standaarddeviatie) op de SDQ in drie categorieën van zorg.*

Type zorg	Gemiddelde totaalscore SDQ (SD)	N
Licht pedagogische hulp	13,6 (6,4)	325
Geïndiceerde jeugdzorg	16,7 (6,4)	142
Jeugd-GGZ	16,5 (6,4)	571
Totaal	15,6 (6,6)	1038 <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Bij 80 respondenten is sprake van missende waarden, deze zijn in de analyse buiten beschouwing gelaten.

Tabel 9 maakt duidelijk dat de ernst van de problematiek zoals gemeten met de SDQ bij de jeugdigen die geïndiceerde jeugdzorg krijgen vergelijkbaar is met die van de jeugdigen in de Jeugd-GGZ.

Vervolgens worden de resultaten gepresenteerd voor de verdeling van jeugdigen over de drie SDQ-categorieën 'normaal', 'grensgebied' en 'verhoogd', uitgesplitst naar type zorg.



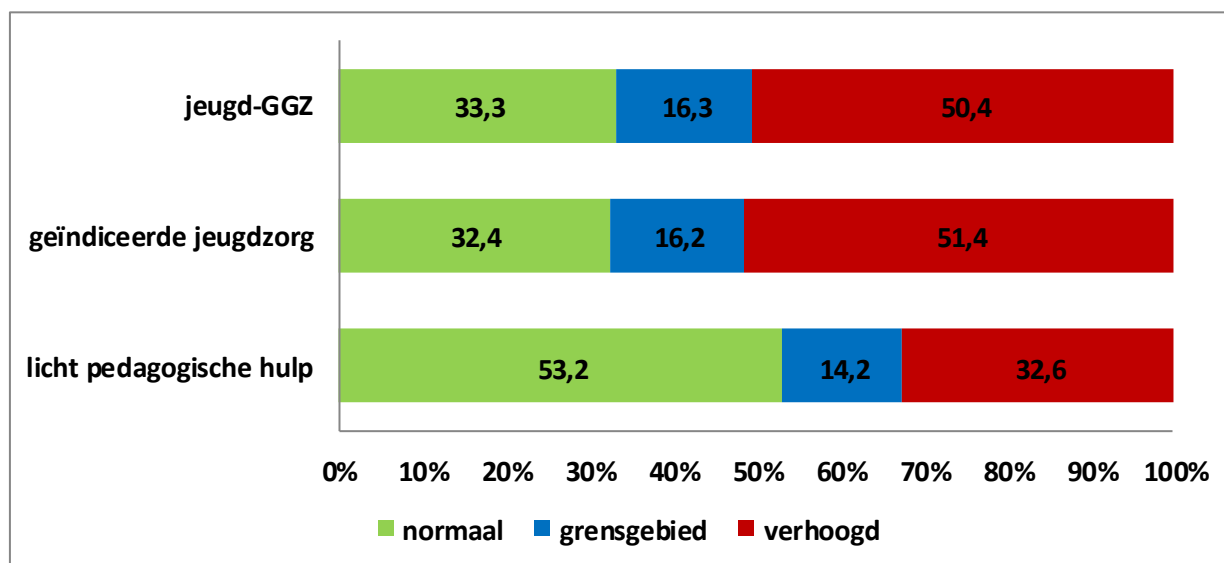
Tabel 10 Het aantal (%) jeugdigen in respectievelijk de SDQ-categorieën 'normaal', 'grensgebied' en 'verhoogd' bij drie categorieën van zorg.

SDQ categorieën	Type zorg			Totaal
	Licht pedagogische hulp	Geïndiceerde jeugdzorg	Jeugd-GGZ	
<b>Normaal</b>	173 (53,2%)	46 (32,4%)	190 (33,3%)	409 (39,4%)
<b>Grensgebied</b>	46 (14,2%)	23 (16,2%)	93 (16,3%)	162 (15,6%)
<b>Verhoogd</b>	106 (32,6%)	73 (51,4%)	288 (50,4%)	467 (45,0%)
	325 (100%)	142 (100%)	571 (100%)	1.038 (100%)

<sup>1</sup> Bij 80 respondenten is sprake van missende waarden, deze zijn in de analyse buiten beschouwing gelaten.

Tabel 10 laat zien dat de probleemscore van 45% van de jeugdigen in zorg in de categorie 'Verhoogd' valt, 15,6% in het grensgebied en 39,4% in de categorie 'Normaal'. Het aandeel jeugdigen in de categorie 'Verhoogd' is bij de geïndiceerde jeugdzorg iets hoger dan bij de jeugd-GGZ. De onderstaande figuur visualiseert deze informatie.

Figuur 11 Het aantal (%) jeugdigen in respectievelijk de categorieën van de SDQ-probleemscores 'normaal', 'grensgebied' en 'verhoogd' naar type zorg.



4b In hoeverre verschilt de soort problematiek van jeugdigen die licht pedagogische hulp, geïndiceerde jeugdzorg of jeugd-GGZ krijgen?

De SDQ omvat vijf subschalen, namelijk 'Emotioneel welbevinden', 'Gedragsproblemen', 'Hyperactiviteit', 'Problemen met leeftijdgenoten' en 'Pro-sociaal gedrag' (zie ook paragraaf 3.2). Deze laatste subschaal heeft betrekking op sterke kanten van de jeugdige, terwijl de andere vier schalen vooral problemen meten. In hoeverre worden bij de verschillende typen organisaties jeugdigen met specifieke soorten problematiek gevonden?

Tabel 11 De gemiddelde score (standaarddeviatie) op vijf subschalen van de SDQ naar type zorg (N=1.038)<sup>1</sup>.

Subschalen SDQ	Type zorg			Totaal
	Licht pedagogische hulp	Geïndiceerde jeugdzorg	Jeugd-GGZ	
Emotionele problemen	4,0 (2,6)	4,2 (2,6)	4,9 (2,7)	4,5 (2,7)
Gedragsproblemen	2,5 (2,1)	4,0 (2,3)	2,9 (2,2)	2,9 (2,2)
Hyperactiviteit	4,8 (2,8)	5,7 (2,5)	5,6 (2,8)	5,4 (2,8)
Problemen met leeftijdgenoten	2,4 (2,1)	2,8 (2,0)	3,2 (2,3)	2,9 (2,2)
Prosociaal gedrag	7,7 (2,1)	6,5 (2,3)	7,1 (2,3)	7,2 (2,3)

<sup>1</sup> Bij 80 respondenten is sprake van missende waarden, deze zijn in de analyse buiten beschouwing gelaten.

Tabel 11 laat zien dat jeugdigen in de jeugd-GGZ iets hogere scores op *emotionele problemen* hebben dan jeugdigen die licht pedagogische hulp of geïndiceerde jeugdzorg krijgen. Met emotionele problemen wordt bijvoorbeeld bedoeld: vaak angstig of zenuwachtig zijn, weinig zelfvertrouwen hebben, veel zorgen hebben en ongelukkig zijn.

Jeugdigen in de geïndiceerde jeugdzorg hebben hogere scores op *gedragsproblemen* dan jeugdigen die andere typen zorg krijgen<sup>10</sup>. Jeugdigen met gedragsproblemen hebben last van driftbuien of woede-uitbarstingen, vechten of pesten, liegen of bedriegen, stelen dingen op school of op andere plekken en doen vaak niet wat volwassenen van hen vragen.

*Hyperactiviteit* zien we zowel bij jeugdigen in de geïndiceerde jeugdzorg als in de jeugd-GGZ meer. Het gaat hier om rusteloosheid, overactief zijn, gemakkelijk afgeleid zijn, niet nadenken voordat men iets doet.

Jeugdigen in de jeugd-GGZ hebben meer *problemen met leeftijdgenoten* dan jeugdigen in de geïndiceerde jeugdzorg en licht pedagogische hulpverlening. Het gaat hier om jeugdigen die veel op zichzelf zijn, geen goede vrienden hebben, gepest worden en beter op kunnen schieten met volwassenen dan met leeftijdgenoten.

Jeugdigen met licht pedagogische hulp laten het meest *pro-sociaal gedrag* zien, wat inhoudt dat men bijvoorbeeld rekening houdt met de gevoelens van anderen, makkelijk deelt, behulpzaam en aardig voor anderen is. Jeugdigen in de geïndiceerde jeugdzorg hebben relatief de laagste score op pro-sociaal gedrag.

<sup>10</sup> Het is mogelijk dat een deel van de jeugdigen met gedragsproblemen niet is ingestroomd in TakeCare, omdat dergelijke problematiek vaak een zware wissel trekt op de communicatie en interactie binnen het gezin. Ouders krijgen bij jeugdigen met gedragsproblematiek vaak ook veel klachten van buitenshuis en zijn daardoor soms minder gemotiveerd om naast al deze problemen ook nog te participeren in onderzoek.

5. *Krijgen jeugdige cliënten met (een cumulatie van) risicokenmerken specifieke typen zorg?*

Het is bekend dat de aanwezigheid van sommige contextfactoren samenhangt met een hogere mate van psychosociale problemen bij jeugdigen (zie ook paragraaf 3.5.5). Op basis van deze kennis is de verwachting dat jeugdigen uit de TakeCareT1-populatie die te maken hebben met (een cumulatie van) risicokenmerken een hogere score op de SDQ hebben. Ten behoeve van onderzoeksvraag 5 worden vier risicokenmerken onderscheiden, namelijk: laag inkomen, eenoudergezin, (niet-Westerse) allochtone afkomst en laag opleidingsniveau van de biologische moeder. Vervolgens is het de vraag of jeugdigen die meer risicokenmerken hebben in de praktijk ook specifieke zorgvormen krijgen. De volgende deelvragen worden onderscheiden:

- a. *Hoeveel jeugdigen hebben een cumulatie van risicokenmerken?*
- b. *Is er, bij jeugdigen met meer risicokenmerken, sprake van meer problematiek?*
- c. *Is er, bij jeugdigen met meer risicokenmerken, sprake van specifieke problematiek?*
- d. *Is er een relatie tussen de aanwezigheid van risicokenmerken en het type zorg?*
- e. *Is er een relatie tussen het type risicokenmerken en het type zorg?*

Deze vragen worden in het onderstaande achtereenvolgens behandeld.

5a *Hoeveel jeugdigen hebben risicokenmerken?*

Tabel 12 laat zien hoeveel jeugdigen uit de onderzoekspopulatie één of meer risicokenmerken hebben.

Tabel 12 Aantal jeugdigen (%) naar aantal risicokenmerken (N=1.083)<sup>1</sup>.

Aantal risicokenmerken	Aantal jeugdigen (%)
Geen	342 (31,6%)
Eén	337 (31,1%)
Twee	256 (23,6%)
Drie of vier	148 (13,7%)
<b>totaal</b>	<b>1.083 (100%)</b>

<sup>1</sup> Bij 35 respondenten is sprake van missende waarden, deze zijn in de analyse buiten beschouwing gelaten.

Ter vergelijking: in het eerder genoemde onderzoek onder 0-12 jarigen (N=4.776) in Nederland (Zeijl et al., 2005) heeft 46% te maken met één of meer risicokenmerken. In de TakeCareT1-populatie is dit aanzienlijk meer, namelijk 68,4%.

In de onderzoekspopulatie blijkt 27,7% te leven in een gezinssituatie met een netto maandinkomen van maximaal €1.350 per maand. Van de jeugdigen leeft 55,6% in een eenoudergezin (38,6%) of in een gezinssituatie waarbij geen van de biologische ouders aanwezig is (17,0%). De opleiding van de moeder is laag bij 23,7% van de jeugdigen. Wat betreft etniciteit: 13,6% heeft een allochtone achtergrond.

5b *Is er, bij jeugdigen met meer risicokenmerken, sprake van meer problematiek?*

*In hoeverre is er een relatie tussen het aantal risicokenmerken en de ernst van de problematiek op basis van de SDQ? Er blijkt sprake van een zwakke samenhang, zie tabel 13.*

Tabel 13 De gemiddelde totaalscore (standaarddeviatie) op de SDQ bij jeugdigen met een oplopend aantal risicokenmerken (N=1.083)<sup>1</sup>.

Aantal risicokenmerken	Gemiddelde totaalscore SDQ (SD)	N
Geen	14,8 (6,3)	342
Eén	15,5 (6,3)	337
Twee	16,5 (7,0)	256
Drie of vier	16,0 (7,0)	148
totaal	15,6 (6,6)	1.083

<sup>1</sup> Bij 35 respondenten is sprake van missende waarden, deze zijn in de analyse buiten beschouwing gelaten.

#### 5c Is er, bij jeugdigen met meer risicokenmerken, sprake van specifieke problematiek?

Vervolgens is nagegaan of er een relatie is tussen het aantal risicokenmerken en de scores op de vijf subschalen van de SDQ. Deze analyse geeft een antwoord op de vraag of jeugdigen met meer risicokenmerken specifiek probleemgedrag laten zien. Er blijkt (alleen) sprake te zijn van samenhang tussen het aantal risicokenmerken en de subschaal 'Gedragsproblemen'. Dit betekent dat jeugdigen met meer risicokenmerken vaker last hebben van driftbuien of woede-uitbarstingen, vaker vechten of pesten, liegen of bedriegen, dingen op school of op andere plekken pikken en vaker niet doen wat volwassenen van hen vragen. Bij de andere subschalen 'Emotioneel welbevinden', 'Hyperactiviteit', 'Problemen met leeftijdsgenoten' en 'Prosociaal gedrag' is er geen duidelijke relatie met het aantal risicokenmerken.

#### 5d Is er een relatie tussen de aanwezigheid van risicokenmerken en het type zorg?

Vervolgens onderzoeken we of er een relatie is tussen het type zorg waar jeugdigen terecht komen en de aanwezigheid van (het aantal) risicokenmerken. Tabel 14 geeft een overzicht.

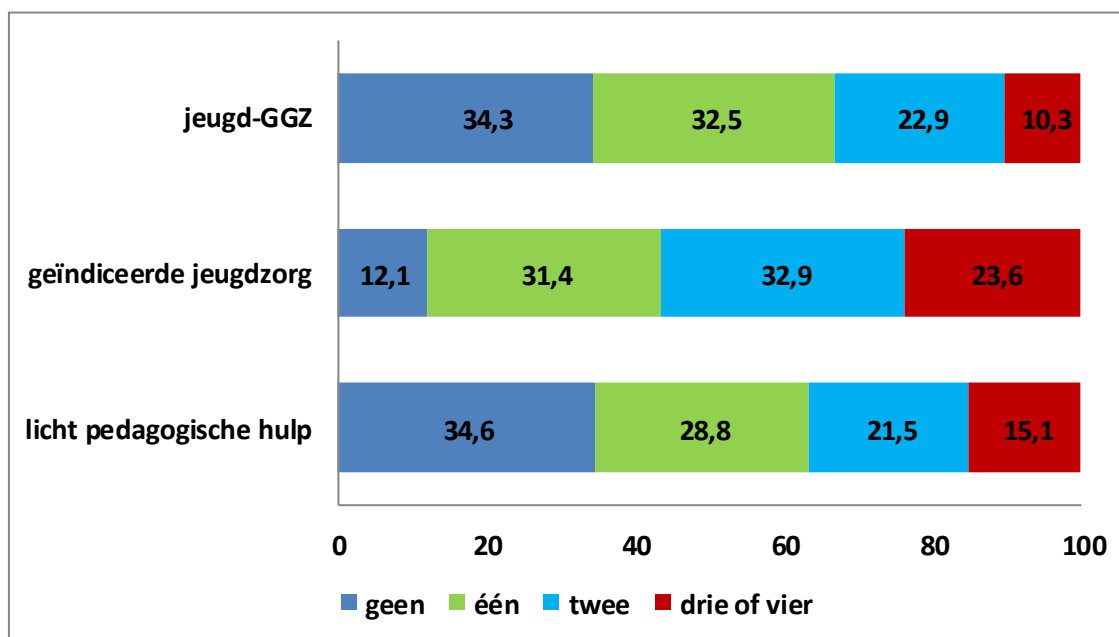
Tabel 14 Jeugdigen (%) naar aantal risicokenmerken in de gezinssituatie, per type zorg (N=1.015)<sup>1</sup>.

Aantal risicokenmerken	Type zorg		
	Licht pedagogische hulp	Geïndiceerde jeugdzorg	Jeugd-GGZ
Geen	108 (34,6%)	17 (12,1%)	193 (34,3%)
Eén	90 (28,8%)	44 (31,4%)	183 (32,5%)
Twee	67 (21,5%)	46 (32,9%)	129 (22,9%)
Drie of vier	47 (15,1%)	33 (23,6%)	58 (10,3%)
	312 (100%)	140 (100%)	563 (100%)

<sup>1</sup> Bij 103 respondenten is sprake van missende waarden, deze zijn in de analyse buiten beschouwing gelaten.

De onderstaande figuur visualiseert het aandeel jeugdigen naar aantal risicokenmerken per zorgtype.

Figuur 12 Aandeel jeugdigen (%) naar aantal risicokenmerken, per zorgtype.



Het grootste deel van de jeugdigen in de geïndiceerde jeugdzorg heeft één of meerdere risicokenmerken, namelijk 87,9%. Ook bij de licht pedagogische hulp en de jeugd-GGZ zijn er echter relatief veel jeugdigen die risicokenmerken hebben, namelijk respectievelijk 65,4% en 65,7%.

*5e Is er een relatie tussen het type risicokenmerken en het type zorg?*

In de onderstaande tabellen wordt per risicokenmerk gekeken of er een relatie is met het type zorg dat jeugdigen krijgen. Het valt hierbij op dat twee risicokenmerken (laag inkomen en eenoudergezin) relatief vaak voorkomen bij jeugdigen in de geïndiceerde jeugdzorg. Hetzelfde geldt voor etniciteit (i.c. allochtone achtergrond), maar hier zijn de verschillen tussen de zorgtypen minder groot.

Tabel 15. Het aantal jeugdigen (%) in zorg bij drie typen zorg, naar opleidingsniveau van moeder (N=1.107)<sup>1</sup>.

Opleidingsniveau moeder	Type zorg		
	Licht pedagogische hulp	Geïndiceerde jeugdzorg	Jeugd-GGZ
laag	75 (21,4%)	45 (29,0%)	145 (24,1%)
midden/hoog	276 (78,6%)	110 (71,0%)	456 (75,9%)
totaal	351 (100%)	155 (100%)	601 (100%)

<sup>1</sup> Bij 11 respondenten is sprake van missende waarden, deze zijn in de analyse buiten beschouwing gelaten.

Tabel 16 Het aantal jeugdigen (%) in zorg bij drie typen zorg, naar netto gezinsinkomen per maand (N=1.085)<sup>1</sup>.

Netto gezinsinkomen per maand	Type zorg		
	Licht pedagogische hulp	Geïndiceerde jeugdzorg	Jeugd-GGZ
laag (≤ €1.350)	92 (28,8%)	60 (42,9%)	129 (22,8%)
midden/hoog (> €1.350)	227 (71,2%)	80 (57,1%)	438 (77,2%)
totaal	323 (100%)	140 (100%)	622 (100%)

<sup>1</sup> Bij 33 respondenten is sprake van missende waarden, deze zijn in de analyse buiten beschouwing gelaten.

Tabel 17 Het aantal jeugdigen (%) in zorg bij drie typen zorg, naar etniciteit van de jeugdige (N=1.061)<sup>1</sup>.

Etniciteit jeugdige	Type zorg		
	Licht pedagogische hulp	Geïndiceerde jeugdzorg	Jeugd-GGZ
allochtoon	53 (16,7%)	32 (20,1%)	58 (9,9%)
autochtoon	264 (83,3%)	127 (79,9%)	527 (90,1%)
totaal	317 (100%)	159 (100%)	585 (100%)

<sup>1</sup> Bij 57 respondenten is sprake van missende waarden, deze zijn in de analyse buiten beschouwing gelaten.

Tabel 18 Het aantal jeugdigen (%) in zorg bij drie typen organisatie, naar gezinssituatie van de jeugdige (N=1.069)<sup>1</sup>.

Gezinssituatie jeugdige	Type zorg		
	Licht pedagogische hulp	Geïndiceerde jeugdzorg	Jeugd-GGZ
eenoudergezin/ geen biologische ouders aanwezig	163 (51,1%)	131 (79,4%)	306 (52,3%)
gezin met twee aanwezige biologische ouders	156 (48,9%)	34 (20,6%)	279 (47,7%)
totaal	319 (100%)	165 (100%)	585 (100%)

<sup>1</sup> Bij 49 respondenten is sprake van missende waarden, deze zijn in de analyse buiten beschouwing gelaten.



## 5 Samenvatting en conclusies

In het onderstaande wordt een samenvatting van de voorgaande hoofdstukken gegeven (paragraaf 5.1) gevolgd door de conclusies in paragraaf 5.2.

### 5.1 Samenvatting

Het onderzoek TAKECARE PROVINCIE GRONINGEN wordt uitgevoerd door de Academische Werkplaats Jeugd Noord-Nederland C4Youth (Collaborative Centre on Care for Children and Youth with behavioural and emotional problems). Aanleiding voor dit onderzoek was een sterke groei in de zorg voor jeugd in de periode nadat de Wet op de jeugdzorg (Wjz) in 2005 in werking trad. Evaluatie van deze wet maakte duidelijk dat belangrijke ambities, zoals het realiseren van één toegang, een geobjectiveerde integrale indicatiestelling, een integrale aanpak van geïndiceerde jeugdzorg en aansluiting tussen de jeugdzorgdomeinen nauwelijks zijn gerealiseerd. Deze ontwikkelingen leidden bij de provincie Groningen tot de vraag 'Wie zit waar in zorg en waarvoor?' en 'Wat werkt, ook op de lange termijn?'

Het voorliggende onderzoek betreft de eerste vraag die beantwoord wordt op basis van een *cross-sectionele* studie, namelijk TAKECARE PROVINCIE GRONINGEN. Er wordt in feite een foto gemaakt van de periode tussen 1 juni 2011 en 1 juni 2012. Voor de beantwoording van de tweede vraag wordt gebruik gemaakt van het *longitudinale* onderdeel van TakeCare. Rapportage hierover vindt plaats in 2016, als de vijf geplande meetmomenten zijn afgerond.

De doelstelling van TAKECARE PROVINCIE GRONINGEN is het verkrijgen van inzicht in (probleem)kenmerken, de entree van zorg en het actuele zorggebruik van jeugdigen met emotionele en gedragsproblemen en hun ouders, die hulp en begeleiding ontvangen vanuit de (keten van) zorg voor jeugd in de provincie Groningen (UMCG/RuG, 2009). De volgende onderzoeksvragen zijn geformuleerd:

1. Hoeveel jeugdigen ontvingen zorg tussen 1 juni 2011 en 1 juni 2012 en wat zijn hun kenmerken in termen van leeftijd, sekse, woongemeente?
2. Welke zorg hebben jeugdige cliënten in de provincie Groningen ontvangen in de periode tussen 1 juni 2011 en 1 juni 2012?
3. Via welke verwijzers zijn de jeugdigen bij specifieke zorgtypen terecht gekomen?
4. In hoeverre verschilt de problematiek van jeugdigen die licht pedagogische hulp, geïndiceerde jeugdzorg of jeugd-GGZ krijgen?
5. Krijgen jeugdige cliënten met (een cumulatie van) risicokenmerken specifieke typen zorg?

Het onderzoek heeft betrekking op jeugdigen in de leeftijd van 0 tot en met 23 jaar, die tussen 1 juni 2011 en juni 2012 in aanraking zijn geweest met, c.q. gebruik hebben gemaakt van zorg bij één van 13 organisaties. Dit kunnen nieuwe cliënten zijn of cliënten die al eerder dan 1 juni 2011 bij de instelling waren aangemeld. Het gaat om jeugdigen woonachtig in de provincie Groningen die zorg krijgen in de



provincie Groningen. De volgende zorgtypen worden onderscheiden: licht pedagogische hulp, ambulante hulp, dagbehandeling, pleegzorg, residentiële hulp, gesloten/ justitiële zorg.

Om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden werden drie informatiebronnen gebruikt namelijk: 1) cliëntregistratiebestanden, 2) aanvullende digitale vragenlijsten bij thuiszorg, 3) TakeCare-T1 data. Het totaal aantal jeugdigen in zorg is geschat op basis van deze informatie, waarbij aan de hand van een gewogen correctiefactor ontdubbeld is tussen organisaties.

In het onderstaande volgt een samenvatting van de resultaten per onderzoeksvraag.

### *1. Hoeveel jeugdigen kregen zorg tussen 1 juni 2011 en 1 juni 2012 en wat zijn kenmerken in termen van leeftijd, sekse en woongemeente?*

Van de 168.505 jeugdigen tussen 0 tot en met 23 jaar die wonen in de provincie Groningen hebben 34.845 een vorm van zorg ontvangen (20,7%). Het gaat om 14.735 meisjes (42,2%) en 20.210 jongens (57,8%). Zowel in absolute als relatieve zin gebruiken jeugdigen tussen 12 en 18 jaar de meeste zorg, gevolgd door jeugdigen tussen 4 en 11 jaar. De laagste percentages jeugdigen in zorg worden gevonden in de regio's Noord-West-, Centraal en West-Groningen en de hoogste in Noord-Oost, Oost en Zuid-Oost. Wat de gemeenten betreft vallen Loppersum, Marum en Grootegast op vanwege de relatief lage percentages jeugdigen die zorg kregen, en Appingedam, Pekela en Veendam vanwege de relatief hoge percentages.

### *2. Welke zorg ontvingen jeugdige cliënten in de provincie Groningen in de periode tussen 1 juni 2011 en 1 juni 2012?*

Het grootste deel van de jeugdigen ontvangt ambulante zorg, gevolgd door licht pedagogische hulp. Deze twee typen zorg dekken samen ruim 96% van de jeugdigen in zorg. Uitgedrukt als deel van alle jeugdigen in de provincie Groningen krijgt 13,6% licht pedagogische hulp en 7,1% een vorm van tweedelijnszorg. Ongeveer 80% van de jeugdigen gebruikt geen zorg.

Uit een recent verschenen publicatie van het SCP (Bot et al., 2013) blijkt dat 7,5% van de jeugdigen (0-18 jaar) in Nederland een vorm van tweedelijnszorg gebruikt. Ongeveer 12% maakt gebruik van een vorm van eerstelijnszorg zoals het maatschappelijk werk, pedagogisch advies in het CJG of ondersteuning vanuit de jeugdgezondheidszorg. Ongeveer 81% maakt geen gebruik van zorg. Alhoewel de vergelijking tussen deze cijfers en die in het voorliggende onderzoek met de nodige voorzichtigheid moet worden gedaan lijken de cijfers uit het voorliggende onderzoek vergelijkbaar met die van Bot et al. In TAKECARE PROVINCIE GRONINGEN gaat het om jeugdigen tussen 0 en 23 jaar en bij Bot et al (2013) om jeugdigen tussen 0 en 18 jaar. In TAKECARE PROVINCIE GRONINGEN zijn jeugdigen met een verstandelijke beperking alleen meegeteld als zij zorg kregen bij instellingen die niet specifiek gericht zijn op de LVB-sector. Bij Bot et al (2013) zijn jeugdigen die zorg krijgen in specifieke LVB- instellingen wél meegeteld.

### *3. Via welke verwijzers zijn de jeugdigen bij specifieke zorgtypen terecht gekomen?*

In twee groepspraktijken in de provincie Groningen hebben huisartsen in de periode tussen 1 juni 2011 en 1 juni 2012 606 jeugdigen gezien met gedragsmatige en emotionele problemen (10,9% van het totale aantal jeugdigen in hun voedingsgebied). Het gaat om iets meer jongens (54%) dan meisjes (46%). Het valt

op dat meisjes naar verhouding op latere leeftijd, namelijk tussen 19 en 23 jaar, de huisarts zien vanwege gedragsmatige en emotionele problemen, terwijl dit bij de jongens relatief vaak is in de leeftijd tussen 4 en 18 jaar. Verwijzingen vonden plaats bij 43,9% van deze jeugdigen. Het overgrote deel werd verwezen naar de jeugd-GGZ/kinder- en jeugdpsychiatrie (90,6%). Er werden geen jeugdigen doorverwezen naar BJZ of de geïndiceerde jeugdzorg.

Er is een stijgende lijn zichtbaar in het aantal meldingen bij de toegang van BJZ van 900 in 2005 tot 4.505 in 2011. De toename in 2011 ten opzichte 2010 is 13,8% (CMO Groningen, 2012). Er zijn in de context van TAKECARE PROVINCIE GRONINGEN bij BJZ geen gegevens opgevraagd. Uit de TakeCare T1 data blijkt dat jeugdigen die verdere zorg ontvangen na een verwijzing door BJZ voor het merendeel worden verwezen naar de geïndiceerde jeugdzorg (63%). Een kwart wordt verwezen naar de jeugd-GGZ en 13% naar licht pedagogische hulpverlening.

#### *4. In hoeverre verschilt de problematiek van jeugdigen die licht pedagogische hulpverlening, geïndiceerde jeugdzorg of jeugd-GGZ krijgen?*

Met deze onderzoeksvraag werd bekeken in hoeverre de ernst of het soort problematiek van jeugdigen die licht pedagogische hulp, geïndiceerde jeugdzorg of jeugd-GGZ krijgen van elkaar verschillen. De *ernst* van de problematiek zoals gemeten met de SDQ bij de jeugdigen in de geïndiceerde jeugdzorg blijkt vergelijkbaar met die van jeugdigen in de jeugd-GGZ. Hetzelfde geldt voor het aandeel jeugdigen met een score in de categorie 'verhoogd'. Het valt verder op dat de gemiddelde scores van jeugdigen die licht pedagogische hulp krijgen lager zijn, maar nog steeds veel hoger dan van jeugdigen in een referentiegroep die geen zorg ontving.

Jeugdigen in de jeugd-GGZ hebben iets vaker *emotionele problemen* dan jeugdigen die licht pedagogische hulp of geïndiceerde jeugdzorg krijgen. *Gedragsproblemen* komen iets meer voor bij jeugdigen in de geïndiceerde jeugdzorg<sup>11</sup>. *Hyperactiviteit* zien we zowel bij jeugdigen in de geïndiceerde jeugdzorg als in de jeugd-GGZ. Jeugdigen in de jeugd-GGZ hebben relatief vaak *problemen met leeftijdgenoten*. Jeugdigen die licht pedagogische hulpverlening krijgen scoren naar verhouding het hoogst op *pro-sociaal gedrag*.

#### *5. Krijgen jeugdige cliënten met (een cumulatie van) risicokenmerken specifieke typen zorg?*

In de TakeCareT1-populatie van kinderen in zorg heeft 68,4% één of meerdere risicokenmerken. Het gaat om kenmerken zoals een gezin met een laag inkomen, een eenoudergezin, een moeder met een lage opleiding of met een allochtone achtergrond. Dit is een hoog percentage. Ter vergelijking: in een onderzoek onder 0 tot 12 jarigen (N=4776) in Nederland die niet in zorg zijn (Zeijl et al., 2005) heeft 46% te maken met één of meer risicokenmerken.

De problematiek van jeugdigen (afgemeten aan SDQ) blijkt iets ernstiger naarmate er sprake is van méér risicokenmerken. Wat betreft het type problematiek blijkt er alleen sprake van een verband met

---

<sup>11</sup> Het is mogelijk dat een selectief deel van de jeugdigen met gedragsproblemen niet is ingestroomd in TakeCare, zie ook voetnoot 10.

gedragsproblemen: meer risicokenmerken hangt samen met meer gedragsproblemen. Wat betreft emotionele problemen, hyperactiviteit, problemen met leeftijdsgenoten en pro-sociaal gedrag is er geen relatie met het aantal risicokenmerken.

Vooraf jeugdigen in de geïndiceerde jeugdzorg hebben één of meerdere risicokenmerken (87,9%). Ook bij de licht pedagogische hulpverlening en de jeugd-GGZ zijn er echter relatief veel jeugdigen met risicokenmerken, namelijk respectievelijk 65,4% en 65,7%.

## 5.2 Conclusies

Aanleiding voor dit onderzoek was het ontbreken van inzicht in het aandeel jeugdigen in de provincie Groningen dat in zorg was vanwege gedragsmatige en emotionele problemen, in de zorg die zij ontvingen en in de problemen die ze hadden. De context was een sterke groei in het gebruik van deze zorg in de periode nadat de Wet op de jeugdzorg (Wjz) in 2005 in werking trad. Evaluatie van deze wet maakte duidelijk dat belangrijke ambities, zoals het realiseren van één toegang, een geobjectiveerde integrale indicatiestelling, een integrale aanpak van geïndiceerde jeugdzorg en aansluiting tussen de jeugdzorgdomeinen nauwelijks zijn gerealiseerd. Uit dit onderzoek blijkt dat in één jaar ruim 20 % van de jeugdigen tot en met 23 jaar in de provincie Groningen zorg krijgt.

Huisartsen blijken bijna de helft van de jeugdigen met gedragsmatige en emotionele problemen te verwijzen. Deze verwijzingen betreffen vrijwel steeds de jeugd-GGZ en de kinder- en jeugdpsychiatrie. Minder dan 10% van de verwijzingen door huisartsen gaat richting psychologische zorg. Verwijzingen naar Bureau Jeugdzorg en/of de geïndiceerde jeugdzorg waren er niet. Kanttekening hierbij is dat deze gegevens gebaseerd zijn op informatie van slechts twee (weliswaar grote) groepspraktijken.

Bij BJZ zijn geen gegevens opgevraagd, maar de TakeCare-data laten zien dat er meer kleuren zijn in het verwijzingspalet van BJZ: 63% van de verwijzingen betreft de geïndiceerde jeugdzorg, 24% de jeugd-GGZ en 13% wordt terug verwezen naar het voorliggende veld c.q. de licht pedagogische hulpverlening.

Uit dit onderzoek blijkt ook dat de ernst van de problematiek zoals gemeten met de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) bij jeugdigen in de geïndiceerde jeugdzorg en de jeugd-GGZ vergelijkbaar is. De gemiddelde scores van jeugdigen die licht pedagogische hulp krijgen zijn beduidend lager, maar nog steeds veel hoger dan van jeugdigen in een referentiegroep die geen zorg ontving. Vooral jeugdigen in de geïndiceerde jeugdzorg hebben in de thuissituatie te maken met risicokenmerken als een laag inkomen, een eenoudergezin, een moeder met een laag opleidingsniveau of een allochtone achtergrond (88% heeft minstens één van deze kenmerken). Ook bij de licht pedagogische hulpverlening en de jeugd-GGZ echter zijn er relatief veel jeugdigen met risicokenmerken; 65% heeft er minstens één.

Op basis van het bovenstaande kan geconcludeerd worden dat het type zorg dat een jeugdige met gedragsmatige en/of emotionele problemen krijgt in belangrijke mate bepaald wordt door de plek waar men zich aanmeldt: bij BJZ of bij de huisarts. Tegelijkertijd blijken jeugdigen die geïndiceerde jeugdzorg of jeugd-GGZ krijgen wat betreft de ernst van de problematiek en de aanwezigheid van risicokenmerken in de thuissituatie niet bijzonder veel van elkaar te verschillen. Ten opzichte van de licht pedagogische hulpverlening zijn de verschillen wel groot, en ten opzichte van jeugdigen die geen zorg ontvangen nog groter.

De conclusie lijkt gerechtvaardigd dat er een redelijk sterke samenhang c.q. consistentie is tussen de zwaarte van de problematiek en de zorg die wordt ontvangen: zwaardere problematiek leidt tot inzet van meer gespecialiseerde zorg. Daarnaast stellen we vast dat er qua problematiek overlap is tussen de jeugdigen die in de verschillende soorten zorg hulp ontvangen. Tegelijk zien we differentiaties in het profiel die geen verbazing wekken: emotionele en omgangsproblematiek in de jeugd-GGZ, gedrags- en omgevingsproblematiek in de geïndiceerde jeugdzorg.



## Referenties

Baecke, J. A. H., De Boer, R., Bremmer, P. J. J., Duenk, M., Kroon, D. J. J., Loeffen, M. M., Mobach, C. E., & Schuyt, M. (2009). *Evaluatieonderzoek Wet op de Jeugdzorg: Eindrapport*. Amersfoort: BMC | advies management.

Bot, S. (red.), De Roos, S., Sadirah, K., Keuzenkamp, S., Van den Broek, A., & Kleijnen, E. (2013). *Terecht in de jeugdzorg. Voorspellers van kind- en opvoedproblematiek en jeugdzorggebruik*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

GGD (2006). *Handleiding voor het gebruik van de SDQ binnen de jeugdgezondheidszorg*. Utrecht: GGD Nederland.

Goedhart, A., Treffers, F., & Widenfelt, B. (2003). Vragen naar psychische problemen bij kinderen en adolescenten: de Strengths and Difficulties Questionnaire. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 58, 1018-1035.

Grisnich, F., & Jaarsma, R. (2008). *Het meten van de jeugdketen. Inventarisatie LPH en zorgnetwerken in het gemeentelijk domein en een voorstel voor een monitor Meten van de Jeugdketen*. Groningen: CMO Groningen.

Grisnich, F., De Haan, F., De Tiège, E., Kruijer J., & Van Dellen, S. (2012). *De staat van de jeugd in Groningen. Jeugdmonitor provincie Groningen 2012*. Groningen: CMO Groningen.

Harder, A. T., Knorth, E. J., & Boendermaker, L. (2011). Residentiële jeugdzorg in beeld. In J. D. van der Ploeg, & E. M. Scholte (red.), *Orthopedagogische probleemvelden en voorzieningen in Nederland* (pp. 263-280). Antwerpen/Apeldoorn: Garant.

Imkamp, F. (2008). Taakstraffen in het jeugdstrafrecht. In I. Weijers (red.), *Justitiële interventies voor jeugdige daders en risicojongeren* (pp. 31-43). Den Haag: Boom Juridische Uitgevers.

Strijker, J. (2009). *Kennisboek pleegzorg*. Utrecht: Uitgeverij STILI NOVI.

Ten Brummelaar, M. D. C., Boendermaker, L., Harder, A. T., & Knorth, E. J. (2011). *JeugdzorgPlus: Trajectzorg voor jeugdigen met ernstige gedragsproblemen*. Groningen: Uitgeverij Kinderstudies.

UMCG/RuG (2009). *TakeCare Provincie Groningen: Onderzoeksvoorstel*. Groningen: UMCG.

Van der Ploeg, J. D. (2011). Daghulp in kaart. In J. D. van der Ploeg, & E. M. Scholte (red.), *Orthopedagogische probleemvelden en voorzieningen in Nederland* (pp. 229-243). Antwerpen/Apeldoorn: Garant.

Van Aggelen, M. H., Willemsen, N., De Meyer, R., & Roosma, A. H. (2009). *Eindrapportage Doen Wat Werkt. Projectperiode 2006-2008*. Papenvoort: PIONN.

Vrooman, C., Hoff, S., Otten, F., & Bos, W. (2007). *Armoedemonitor 2007*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Zeijl, E., Crone, M., Wiefferink, K., Keuzenkamp, S., & Reijneveld, M. (2005). *Kinderen in Nederland*. Den Haag / Leiden: Sociaal en Cultureel Planbureau / TNO Kwaliteit van Leven.

## Bijlage 1 Schatting van het totaal aantal jeugdigen in zorg per gemeente

Gemeente	Jeugdigen uit registratie <sup>12</sup>	Correctie % op basis van ontubbeling en rekenkundige factor	Jeugdigen na correctie	Jeugdigen Halt (niet ontubbel)	Jeugdigen MW geëxtrapoleerd op basis van MJD in de gemeente Gr	Jeugdigen Thuiszorg geëxtrapoleerd	Totaal aantal jeugdigen	Totaal na correctie voor over-/onder-schatting <sup>13</sup>
Appingedam	932	8,11	862	19	55	4	940	883
Bedum	651	11,68	583	8	56	0	647	608
Bellingwedde	503	9,35	460	0	40	6	506	475
Delfzijl	1548	13,85	1360	27	123	7	1517	1425
De Marne	615	7,96	570	5	48	2	625	587
Eemsmond	1092	14,28	956	9	94	4	1063	999
Groningen	14360	16,48	12328	141	1134	55	13658	12833
Groote gast	706	14,25	618	8	70	4	700	657
Haren	958	13,02	848	8	92	0	948	891
Hoogezand-Sappemeer	2451	12,76	2173	31	165	2	2371	2228
Leek	1064	12,31	947	15	99	0	1061	997
Loppersum	500	13,57	440	1	52	0	493	463
Marum	550	13,70	484	10	58	0	552	519
Menterwolde	616	11,19	554	16	60	2	632	593
Oldambt	2087	11,43	1873	43	176	13	2105	1978
Pekela	941	10,66	850	13	63	31	957	899
Slochteren	1036	9,73	944	10	79	2	1035	972
Stadskanaal	2036	12,21	1815	35	156	53	2059	1934
Ten Boer	436	9,75	398	7	17	4	426	400
Veendam	2090	9,90	1902	15	131	52	2100	1973
Vlagtwedde	855	9,90	778	9	74	24	884	831
Winsum	825	10,48	747	6	75	2	829	779
Zuidhorn	1063	10,98	958	19	106	2	1085	1019
<i>SamTotaal</i>	<i>37915</i>		<i>33446</i>	<i>455</i>	<i>3021</i>	<i>269</i>	<i>37190</i>	<i>34945</i>
<b>Totaal Provincie</b>	<b>37898</b>	<b>22</b>	<b>31188</b>	<b>455</b>	<b>3035</b>	<b>267</b>	<b>34945</b>	

<sup>12</sup> Aantal jeugdigen in de registratiebestanden van Accare, Elker, GGD, Jonx|Lentis, Molendrift, Leger des Heils, Het Poortje en het geëxtrapoleerde aantal cliënten op basis van registratie huisartsengroep Hoogezand-Sappemeer.

<sup>13</sup> Correctiefactor over-/onderschatting (totaal berekende aantal cliënten ongeacht gemeente / gesommeerde aantal cliënten van alle gemeenten) = 0,94





## Bijlage 2 Indeling van de gemeenten op basis van 3 cijfers van de postcode

- |   |  |
|---|--|
| 1. Gemeente Appingedam<br>9901 t/m 9903   | 9. Gemeente Haren<br>9479<br>9751 t/m 9753<br>9755 en 9756   |
| 2. Gemeente Bedum<br>9781<br>9784 en 9785<br>9959   | 10. Gemeente Hoogezand-Sappemeer<br>9601 t/m 9603<br>9605 t/m 9609<br>9611                         |
| 3. Gemeente Bellingwedde<br>9566<br>9695 t/m 9699   | 11. Gemeente Leek<br>9351<br>9354 t/m 9356<br>9359<br>9811 en 9812<br>9827 en 9828                 |
| 4. Gemeente De Marne<br>9961 t/m 9969<br>9971 t/m 9978                                    | 12. Gemeente Loppersum<br>9911 t/m 9915<br>9917 t/m 9919<br>9921 t/m 9924<br>9991 t/m 9994<br>9987 |
| 5. Gemeente Delfzijl<br>9904 t/m 9909<br>9931 t/m 9934<br>9936 en 9937<br>9945 t/m 9949   | 13. Gemeente Marum<br>9361 t/m 9367<br>9824 en 9825  |
| 6. Gemeente Eemsmond<br>9925<br>9979<br>9981 t/m 9986<br>9988 en 9989<br>9995 t/m 9999    | 14. Gemeente Menterwolde<br>9632 en 9633<br>9635 en 9636<br>9649<br>9651                           |
| 7. Gemeente Groningen<br>9711 t/m 9718<br>9721 t/m 9728<br>9731 t/m 9738<br>9741 t/m 9747 | 15. Gemeente Pekela<br>9663<br>9665  |
| 8. Gemeente Grootegast<br>9821 en 9822<br>9861 t/m 9866                                   |  |

16. Gemeente Oldambt

9671 t/m 9675  
9677 t/m 9679  
9681 en 9682  
9684 t/m 9688  
9691  
9693  
9942 t/m 9944

17. Gemeente Slochteren

9613  
9615 t/m 9619  
9621  
9623 t/m 9629  
9939

18. Gemeente Stadskanaal

9501 t/m 9503  
9581  
9584 en 9585  
9591  
9661

19. Gemeente Ten Boer

9791 t/m 9798

20. Gemeente Veendam

9631  
9641 en 9642  
9644 t/m 9646  
9648

21. Gemeente Vlagtwedde

9541  
9545  
9551  
9561  
9563

22. Gemeente Winsum

9771  
9773 en 9774  
9891 t/m 9893  
9951  
9953 t/m 9957

23. Gemeente Zuidhorn

9801  
9804 en 9805  
9831 t/m 9833  
9841 t/m 9845  
9881 t/m 9886

### Bijlage 3 Meegetelde zorgtrajecten en van financieringsbron per organisatie, naar zorgtype.

Tabel 1: Licht pedagogische hulpverlening: meegetelde zorgtrajecten en financieringsbron per organisatie

Organisatie	Zorgtraject	Financieringsbron
<b>GGD</b>	Interventies gericht op opvoedingsproblemen	Gemeente
	Interventies gericht op opvoedingsvaardigheden	Gemeente
	Interventies gericht op jeugdigenproblematiek	Gemeente
	Interventies gericht op gezinsproblematiek	Gemeente
	Interventies gericht op verslaving	Gemeente
	Interventies gericht op kindermishandeling	Gemeente
	Interventies gericht op medische problemen gerelateerd aan psychosociale/emotionele ontw.	Gemeente
	Deelnemers lokaal project Stevig ouderschap	Gemeente
	Deelnemers lokaal project Antilliaanse moeders	Gemeente
	<b>MJD</b>	Algemeen maatschappelijk werk
Buurtmaatschappelijk werk/ Basiszorg in de buurt		Gemeente
Gezinshulpverlening		Gemeente
Jeugdhulpverlening en – maatschappelijk werk		Gemeente
Schoolmaatschappelijk werk		Gemeente
Sociaal raadsliedenwerk		Gemeente
Buurtwelzijnswerk		Gemeente
CJG-hulpverlening		Gemeente
Hulpverlening culturele minderheden		Gemeente
Praktische dienstverlening		Gemeente
<b>TSN, Meander, Oosterlengte<sup>14</sup></b>	VHT (video home training)	Gemeente/ Zorgverz.
	Praktische hulp	Gemeente/ Zorgverz.
	Psychosociale hulp	Gemeente/ Zorgverz.
	Intensieve gezinsbegeleiding	Gemeente/ Zorgverz.

<sup>14</sup> Een deel van de hulpverlening wordt op basis van een indicatie van Bureau Jeugdzorg geboden.

**Vervolg tabel 1**

<b>Ac. Huisartspraktijk Groningen/ Groepspraktijk H-S</b>	Jeugdigen met psychische problemen (ICPC-P Psychische problemen)	Zorgverzekeraars
	Jeugdigen met sociale problemen (ICPC-Z Sociale problemen)	Zorgverzekeraars
	Jeugdigen met de volgende medicatie: benzodiazepines (N05BA), antidepressiva (N06A), middelen voor adhd (N06B).	Zorgverzekeraars
	Jeugdigen met lichamelijke klachten die duiden op psychosociale problemen (buik-, rug, knieklachten en hoofdpijn) op basis van de afkappunten van de Child Behavior Checklist (CBCL), subschaal 'Lichamelijke problemen zonder bekende medische oorzaak'.	Zorgverzekeraars

**Tabel 2: Ambulante hulpverlening: meegetelde zorgtrajecten en financieringsbron per organisatie**

<b>Organisatie</b>	<b>Zorgtraject</b>	<b>Financieringsbron</b>
<b>MJD</b>	Ambulante gezinshulpverlening	Provincie
	Intensieve ambulante jeugdhulpverlening	Provincie
<b>Elker</b>	Ambulante kamerbegeleiding, - woonbegeleiding (AKB, AWB)	Provincie
	Begeleide omgangsregeling (BOR)	Provincie
	Gezinscoaching	Provincie
	Lifecoaching	Provincie
	Kort Perspectief / Nieuwe Perspectieven	Provincie
	Families First (spoedhulp)	Provincie
	Intensieve orthopedagogische gezinsbehandeling (IOG)	Provincie
	Jeugdhulp Thuis	Provincie
	Ouderbegeleiding	Provincie
	Speltherapie	Provincie
	Triple-P Positief opvoeden	Provincie
	Verwerking seksueel misbruik individueel	Provincie
	Vertrektraining (VT)	Provincie

## Vervolg tabel 2

<b>Leger des Heils-Noord</b>	Tien voor Toekomst	Gemeente/ Provincie/ Zorgverzekeraars/ Ministerie
	Intensief ambulante jeugdhulpverlening	Provincie/ Zorgverzekeraars
<b>Accare</b>	Zorgprogramma Angst-, dwang- en stemmingsstoornissen	Zorgverzekeraars
	Zorgprogramma Autisme Spectrum Stoornissen	Zorgverzekeraars
	Zorgprogramma ADHD & Gedragsstoornissen	Zorgverzekeraars
	Zorgprogramma Ticstoornissen	Zorgverzekeraars
	Zorgprogramma Lichamelijke klachten & consultendienst UMCG	Zorgverzekeraars
	Zorgaanbod Langdurige/ complexe zorg Jeugd/Jongeren	Zorgverzekeraars
	Zorgaanbod LVB-KJP	Zorgverzekeraars
	Zorgaanbod Infants	Zorgverzekeraars
<b>Jonx   Lentis</b>	Zorgprogramma Gedragsstoornissen	Zorgverzekeraars
	Zorgprogramma Aandachtstekortstoornissen	Zorgverzekeraars
	Zorgprogramma Autisme Spectrum Stoornissen	Zorgverzekeraars
	Zorgprogramma Angststoornissen	Zorgverzekeraars
	Zorgprogramma Stemmingsstoornissen	Zorgverzekeraars
	Zorgprogramma LVB	Zorgverzekeraars
	Zorgprogramma Comorbide Dyslexie	Zorgverzekeraars
	Zorgprogramma Foetaal Alcohol Spectrum Disorder (FASD)	Zorgverzekeraars
<b>Molendrift</b>	Hulpverlening bij leer- en/of gedragsproblemen	Zorgverzekeraars
	Hulpverlening aan jongeren in het basisonderwijs	Zorgverzekeraars
	Hulpverlening aan jongeren in het voortgezet onderwijs	Zorgverzekeraars
	Hulpverlening aan cliënten met een verstandelijke beperking	Zorgverzekeraars
	Hulpverlening op basis van Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)	Zorgverzekeraars

**Tabel 3: Dagbehandeling: meegetelde zorgtrajecten en financieringsbron per organisatie**

Organisatie	Zorgtraject	Financieringsbron
<b>Elker</b>	Daghulp 6-16 jaar	Provincie
	Daghulp 1,5-7 jaar	Provincie
	MKD Ouder en kindgroep	Provincie
	MKD Diagnostiek jonge kind	Provincie
<b>Accare</b>	Dagbehandeling De Klipper (0-12   14 jaar)	Zorgverzekeraars
	Dagbehandeling De Wenakker (13-18   19 jaar)	Zorgverzekeraars

**Tabel 4: Pleegzorg: meegetelde zorgtrajecten en financieringsbron per organisatie**

Organisatie	Zorgtraject	Financieringsbron
<b>Elker</b>	Reguliere pleegzorg (kortdurig en langdurig)	Provincie
	Weekend pleegzorg	Provincie
<b>Leger des Heils</b>	Pleegzorg	Provincie

**Tabel 5: 24-uurszorg: meegetelde zorgtrajecten en financieringsbron per organisatie**

Organisatie	Zorgtraject	Financieringsbron
<b>Elker</b>	24-uurs richting zelfstandigheid	Provincie
	Begeleide KamerBewoning (BKB)	Provincie
	Gezinshuis	Provincie
	Longstay (cure)	Zorgverzekeraars
	Klinisch Intensief (cure)	Zorgverzekeraars
	RIBW (care)	Zorgverzekeraars
	Ambulante woonbegeleiding (GGZ)	Zorgverzekeraars
	Opvang en observatie (spoor 1)	Zorgverzekeraars
	<b>Leger des Heils</b>	B6T (binnen 6 weken thuis)
Jeugdhuis (Veendam, Groningen)		Provincie
<b>Accare</b>	24-uurshulp	Zorgverzekeraars

**Tabel 6: Gesloten/residentiële zorg: meegetelde zorgtrajecten en financieringsbron per organisatie**

<b>Organisatie</b>	<b>Zorgtraject</b>	<b>Financieringsbron</b>
<b>Halt</b>	Afdoening	Ministerie
<b>Het Poortje Wilster</b>	DOK3 ZZP	Ministerie
	Jeugdzorgplus	Ministerie
<b>Het Poortje Juvaid</b>	jeugd detentie	Ministerie
	bevel gevangenhouding	Ministerie
	bevel bewaring	Ministerie
	PIJ maatregel	Ministerie



## Colofon

<b>Titel:</b>	TakeCare Provincie Groningen. Een onderzoek naar kenmerken van jeugdigen en hun ouders in relatie tot de geboden zorg.
<b>Datum:</b>	Maart 2013
<b>Opdrachtgever:</b>	Provincie Groningen, afdeling Jeugd, in de context van C4Youth.
<b>Auteurs:</b>	L.M. van Eijk, V. Verhage, F.W. Noordik, S.A. Reijneveld, E.J. Knorth
<b>Adres:</b>	C4Youth/UMCG, Antonius Deusinglaan 1, Huispostcode FA10, 9713 AV Groningen www.C4Youth.nl
<b>ISBN:</b>	978-94-6070-048-4



## Woord van dank

De auteurs willen een bijzonder woord van dank uitspreken naar alle organisaties die op zeer open, constructieve en coöperatieve wijze een bijdrage hebben geleverd aan dit onderzoek. Het betreft hier in het bijzonder GGD Groningen, Stichting MJD Groningen, Elker, Leger des Heils Noord, Thuiszorg Service Nederland, Zorggroep Meander, Stichting Oosterlengte, Accare, Jonx|Lentis, Molendrift, Halt Noord Nederland, Het Poortje en UMCG/Huisartsgeneeskunde.

Ook binnen C4Youth is een woord van dank op zijn plaats. Duidelijk is geworden wat teamwork en teamspirit inhoudt. Door de kritische betrokkenheid van het projectteam en de onverminderde inzet van Margot Jager, Marieke Nanninga en Els Evenboer heeft dit rapport de kwaliteit gekregen die we beogen binnen onze Academische Werkplaats C4Youth. Wij danken tenslotte de provincie Groningen en ZonMw voor het mogelijk maken van dit onderzoek.



**umcg**



**rijksuniversiteit  
groningen**