

COMBINATIES VAN ZORG BIJ JEUGDIGEN RAPPORT

Den Haag, 20 april 2009

COLOFON

Projectnummer: 26032

Auteurs: Yorick van den Berg
Carlo Hover
Peter van der Loos
Yermo Wever

B&A Consulting bv
Prinses Margrietplantsoen 87
Postbus 829
2501 CV Den Haag

t 070 - 3029500

f 070 - 3029501

e-mail: info@bagroep.nl

http: www.bagroep.nl

© Copyright B&A Groep 2009.

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

B&A is gevestigd in Den Haag, Deventer, Amsterdam.

20-4-2009 15:51:00

INHOUDSOPGAVE

- 1 Samenvatting 5**
- 2 Inleiding 7**
- 3 De onderzoeksresultaten vanuit de empirie 13**
- 4 De juridische context van de 8 regelingen 21**
- 5 Inzoomen op jeugdigen met een meervoudige zorgvraag 25**
- 6 Aanbevelingen 33**

1

SAMENVATTING

Het onderzoek kent drie onderzoeksdoelen: (1) het analyseren van de samenhang tussen de verschillende regelingen voor jeugdigen met een zorgvraag, (2) het verkrijgen van inzicht in de trends in het gelijktijdig dan wel volgtijdig gebruik van verschillende voorzieningen voor jeugdigen met een zorgvraag, met een duiding van de gegevens naar achtergrond kenmerken van de gebruikers en (3) het verkrijgen van inzicht in het preventief vermogen en de effectiviteit van de jeugdzorgketen.

Daartoe zijn de volgende regelingen / voorzieningen opgenomen in het onderzoek: provinciaal gefinancierde jeugdzorg, de jeugd-ggz, de jeugd-lvg (licht verstandelijk gehandicapten), de justitiële jeugdzorg (gesloten jeugdzorg / civiele plaatsingen in een Justitiële Jeugd Inrichting (JJI), Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten (Wajong), speciaal onderwijs, de Persoonsgebonden budgetten (PGB's) in de AWBZ en zorgverzekeringswet en de Tegemoetkoming onderhoudskosten thuiswonende gehandicapte kinderen (TOG).

Ten behoeve van het onderzoek zijn (1) de cliëntenbestanden van de genoemde regelingen van de provincies Utrecht en Noord-Brabant verzameld en geanalyseerd, (2) de acht regelingen afzonderlijk gescreend en in hun samenhang op volgtijdig en gelijktijdig gebruik beschouwd en (3) de jeugdzorgloopbanen van 55 jeugdigen beschreven om duiding te kunnen geven aan de resultaten van het kwantitatieve onderzoek.

Voor het jaar 2007 zien we dat in de provincie Utrecht er ruim 17.500 unieke jeugdige gebruikers zijn van de zeven jeugdregelingen (ex Wajong). In dat jaar maken bijna 3.500 jeugdigen gebruik van meerdere regelingen. Als we kijken naar de analyseperiode 2004 tot en met 2007 dan zien we dat driekwart van de jeugdigen gebruik maakt van één regeling. Dit betekent dat één kwart van de jeugdigen in de registraties voor de provincie Utrecht gebruik maakt van combinaties van zorg. Uit het kwantitatief onderzoek komt tevens naar voren dat het zorggebruik betrekking heeft op meerdere jaren, waarvan 29 procent van de jeugdigen over een periode van 4 jaar gebruik maakt van zorg. Het zorggebruik in de traditionele indeling provinciaal gefinancierde jeugdzorg, jeugd-ggz en jeugd-lvg voor het jaar 2007 komt uit op bijna 3 procent van de jeugdigen in de provincie Utrecht.

De groep van jeugdigen die zorg combineren (één kwart van de jeugdigen in zorg), hebben we op basis van het dossieronderzoek kunnen opsplitsen in twee groepen: (1) de stabiele zorgcombineerder en de (2) de schakelaar.

De stabiele zorgcombineerder koppelt over het algemeen het speciaal onderwijs met een setting in één van de drie zorgsectoren. Zo'n vijftien procent van de jeugdigen in zorg valt onder deze categorie.

De schakelaar is moeilijker te definiëren, omdat de jeugdige wel veel zorgcontacten binnen de verschillende regelingen heeft, maar niet substantieel veel zorg afneemt en

(lange) periodes geen gebruik maakt van enige vorm van zorg. Tussen de vijf en tien procent van de jeugdigen in zorg valt onder de groep schakelaars.

Kenmerk van de jeugdigen die zorg combineren is, dat er sprake is van zowel kindgerelateerde problematiek als ouder gerelateerde problematiek. Van de 55 jeugdigen uit het dossieronderzoek is slechts voor één jeugdige door de behandelcoördinator aangegeven dat er sprake is van twee pedagogisch vaardige ouders.

Het huidige zorgsysteem met zeven regelingen sluit het beste aan bij de jeugdigen die een zorgbehoefte hebben voortkomend uit slechts één van de regelingen en bij de stabiele zorgcombineerder. De effectiviteit van de jeugdzorg(keten) voor schakelaars schiet in de regel tekort vanwege het ontbreken van een intersectoraal aanbod of intersectorale samenwerking.

Het is opvallend dat betrokkenheid van het lokale preventieve veld in slechts weinig cases naar voren komt, noch in het voortraject (bijvoorbeeld na signalering) noch in het natraject, in het verlengde van een afgesloten behandeling. De gesprekken met ouders geven rond het thema signalering nadrukkelijk aan dat van preventie zo weinig sprake is dat het uiteindelijk noodzakelijkerwijs een geïndiceerd zorgtraject wordt.

Er is niet één toegang tot de jeugdzorg, maar er zijn verschillende toegangspoorten: BJZ, CIZ, SVB, Cvl en rechter. Soms wordt achter die poorten soortgelijke zorg geboden en is er ook sprake van verwijzing naar elkaar. Vooral bij jeugdigen met een multisectorale problematiek is de ingang tot zorg vaak doorslaggevend voor het vervolgetraject. Toegangen die naar elkaar verwijzen, werken vertragend en ontmoedigend voor ouders en kinderen.

De cases maken duidelijk dat er een vrij hoge drempel is voor de toegang tot de geïndiceerde zorg. Dit en dan samen met de observatie dat het lokaal preventieve veld in de 55 beschreven cases opvallend weinig aanwezig is, leidt tot de conclusie dat er nog geen sprake is van een zorgcontinuüm van preventie, lichte vormen van zorg en ondersteuning en geïndiceerde zorg.

De keerzijde van het huidige zo-zo-zo beleid is duidelijk zichtbaar bij de jeugdigen met een zorgvraag die zich uitstrekt over meerdere zorgsectoren en/of waarvan de problemen zich niet alleen bij het kind manifesteren. Voor een groot deel van de jeugdigen en dan met name voor de schakelaars uit de cases (1) komt de zorg *te laat*, (2) is de geboden zorg *te licht*, (3) duurt de zorg *te kort* en (4) wordt soms *te weinig afstand van de gezinsfactoren* genomen.

Dit leidt tot de constatering dat juist voor de groep jeugdigen met een omvangrijke en diverse zorgvraag de jeugdzorgketen het minst geëquipeerd is. Door het zorgaanbod onder te brengen in verschillende regelingen met ieder een eigen toegang is het voor deze groep extra lastig gemaakt. De inrichting van het zorgaanbod over meerdere regelingen vraagt een grote mate van assertiviteit en sterke bureaucratische vaardigheden van de kant van de ouders, juist van een groep die al genoeg aan het hoofd heeft: "ingewikkelder hadden we het niet kunnen maken".

Overigens op basis van de regelingen wordt een intersectorale samenwerking van de instellingen ten behoeve van deze groep niet geblokkeerd. Daartegenover staat dat er ook geen incentives in de regelingen zijn voor de uitvoerende instellingen om dit intersectoraal aanbod te ontwikkelen.

2

INLEIDING

Dit onderzoek richt zich op jeugdigen die meervoudig gebruik maken van jeugdzorgregelingen¹. Enerzijds kan dit betrekking hebben op een meerjarige zorgbehoefte binnen één regeling, anderzijds kan dit zich uiten in een zorgbehoefte die zich uitstrekt over de grenzen van regelingen heen en zich manifesteert in het gebruik van meerdere jeugdzorgregelingen.

De bevindingen en conclusies moeten ook vanuit dit perspectief beschouwd worden. De onderzoekers doen geen uitspraken over jeugdigen die na een eenmalig of kortstondig (jeugd)zorgtraject zonder verdere zorg verder kunnen gaan.

De onderzoekers zijn dank verschuldigd aan de instellingen die hebben meegewerkt aan het onderzoek. Alle binnen de provincie Utrecht (en nagenoeg alle binnen de provincie Noord Brabant) uitvoerende instellingen (zorgkantoren, BJZ Utrecht en Noord Brabant, de jeugd-lvg instellingen en de jeugd-ggz instellingen) hebben hun cliëntenbestanden ter beschikking gesteld. Van de Ministeries van OCW, Sociale Zaken en Justitie hebben we de bestanden van jeugdigen in het speciaal onderwijs, de Wajongers en TOG-ers en de jeugdigen in een justitiële jeugdinstantie gekregen. Daarnaast hebben wij gesproken met de directeurs en (behandel)coördinatoren van 9 instellingen voor het verkrijgen van de zorgloopbanen van 55 jeugdigen. We hebben met twee ouderorganisaties gesproken vanuit het perspectief van de zorggebruiker.

Dank gaat ook uit naar de zeven experts voor het geven van een reflectie op de onderzoeksresultaten die heeft kunnen leiden tot de conclusies.

Context van de vraagstelling

TNO heeft in 2007 onderzoek gedaan naar het toenemende gebruik van jeugdzorg en andere geïndiceerde voorzieningen voor jongeren. Het gaat met name om jeugdzorg, jeugd-ggz, jeugd-lvg, speciaal onderwijs, Wajong, AWBZ en TOG. Het onderzoek van TNO heeft aangetoond dat voor het toenemende gebruik een aantal belangrijke oorzaken zijn aan te wijzen. De samenleving wordt steeds complexer en er worden steeds meer en hogere eisen gesteld aan mensen, de criteria om beperkingen aan te wijzen zijn verruimd, afwijkend gedrag wordt eerder herkend als een stoornis en een aantal regelingen bevat mechanismen die het gebruik ervan doen toenemen en zijn aantrekkelijk om aan te vragen omdat het vaak gaat om 'open eindregelingen'. TNO heeft ook geconcludeerd dat informatie over het gebruik van regelingen onvolledig en onbetrouwbaar is, daardoor wordt het inzicht in de oorzaken van de groei van het gebruik belemmerd.

¹ Beperkt tot de acht regelingen zoals genoemd in paragraaf 1.2.

Naar aanleiding van het onderzoek van TNO heeft het Sociaal en Cultureel Planbureau geconcludeerd dat een aantal onderwerpen kan worden uitgediept. Het gaat dan om de volgende twee hoofdthema's:

1. Er is een grote behoefte aan een preciezere duiding van de volumegroei in de diverse regelingen. Onderzoek moet inzicht bieden in de mate waarin kinderen en jongeren gebruik maken van meerdere voorzieningen/regelingen tegelijkertijd of in aansluiting op elkaar. Onder dit thema kunnen ook de aspecten rond de toelating tot zorg worden gerangschikt.
2. De tweede vraag betreft het functioneren van het stelsel van jeugdzorg en is meer kwalitatief van aard. Het gaat hier om "loopbanen" van de cliënten in de jeugdzorg en het vraagstuk of de keten zo is ingericht dat het verstrekken van zorg aan een cliënt op termijn verdere zorgvragen worden beperkt of voorkomen.

Onderzoeksdoelen en bereik

Het onderzoek heeft drie samenhangende onderzoeksdoelen:

- a. Het analyseren van de samenhang tussen de verschillende regelingen voor jeugdigen met een zorgvraag.
- b. Het verkrijgen van inzicht in de trends in het gelijktijdig dan wel volgtijdig gebruik van verschillende voorzieningen voor jeugdigen met een zorgvraag, met een duiding van de gegevens naar achtergrond kenmerken van de gebruikers.
- c. Het verkrijgen van inzicht in het preventief vermogen en de effectiviteit van de jeugdzorgketen.

Het onderzoek heeft betrekking op de volgende regelingen:

1. Provinciale jeugdzorg*;
2. Jeugd-ggz;
3. Jeugd-lvg (licht verstandelijk gehandicapten);
4. Justitiële jeugdzorg (gesloten jeugdzorg / civiele plaatsingen in een Justitiële Jeugd Inrichting (JJl)*;
5. Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten (Wajong);
6. Speciaal onderwijs;
7. Persoonsgebonden budgetten (PGB's) in de AWBZ en zorgverzekeringswet;
8. Tegemoetkoming Onderhoudskosten Thuiswonende gehandicapte kinderen (TOG).

* De jeugdigen die tot 2008 op civielrechtelijke titel verbleven in een JJl, worden sinds 2008 gefaseerd opgenomen binnen de gesloten jeugdzorg. Deze gesloten jeugdzorg wordt ontwikkeld door het creëren van nieuwe capaciteit door het Ministerie van Jeugd en Gezin en het overhevelen van een aantal JJl's van het Ministerie van Justitie naar het Ministerie voor Jeugd en Gezin.

Niet alle regelingen leiden tot zorg. Wajong, TOG en PGB zijn financieel van aard, waarbij het PGB een middel is om zelf de regie over de benodigde zorg te verkrijgen. Hierbij is de inkoopfunctie in handen gelegd van de ouders van de jeugdige. Het PGB leidt dus tot zorg.

Onderzoeksvragen

De onderzoeksdoelen hebben wij geoperationaliseerd aan de hand van de volgende vragenreeks.

Op welke wijze hangen de diverse regelingen voor jeugdigen met een zorgvraag samen?

- *Wat zijn de toegangscriteria?*
- *Op welke wijze en door wie vindt de indicatiestelling plaats?*

Welk gebruik wordt van de regelingen gemaakt?

- *Via welke kanalen treden jeugdigen tot regelingen toe?*
- *In hoeverre maken jeugdigen gelijktijdig of volgtijdig gebruik van verschillende regelingen?*
- *Wat zijn de achtergronden/kenmerken van jeugdigen die van regelingen of combinaties van regelingen (gelijktijdig en volgtijdig) gebruik maken?*
- *Wat is per regeling de gemiddelde behandelduur, met andere woorden hoe lang bevinden jeugdige zich in een regeling en hoe vaak worden jeugdigen opnieuw in een regeling opgenomen?*
- *Wat zijn de knelpunten die cliënten zelf ervaren bij het gelijktijd dan wel volgtijdig gebruik van regelingen?*

In hoeverre is de ingezette zorg, de regeling waarvan gebruik wordt gemaakt, effectief en in hoeverre worden problemen vroegtijdig aangepakt voordat verergering plaatsvindt (preventie)?

- *Is sprake (geweest) van een tijdige signalering?*
- *In hoeverre werken instellingen in de zorgketen samen?*
- *Is de aangeboden zorg als effectief te beoordelen?*

Onderzoeksverantwoording

De empirie

Van de provincies Utrecht en Noord-Brabant zijn van de uitvoerende organisaties de cliëntenbestanden opgevraagd over de jaren 2004 tot en met 2007.

Van Utrecht hebben we van alle instanties de bestanden ontvangen, van Noord Brabant hebben we de bestanden van de meeste organisaties gekregen behalve van één jeugd-lvg aanbieder en één jeugd-ggz instelling. In deze samenvatting gebruiken we de onderzoeksresultaten uit de provincie Utrecht als kapstok, omdat we van deze provincie de maximale dekking van het zorggebruik hebben. De resultaten van de analyse van de bestanden uit Noord Brabant zijn uitgebreid in onderzoeksdeel 2 beschreven.

De voorbereiding van de bestanden heeft er uit bestaan dat wij jeugdigen van buiten de provincie en buiten het leeftijdsvenster 0 tot 18 jaar uit de bestanden hebben verwijderd. Bij het Wajong bestand is dit leeftijdsvenster uiteraard niet toegepast.

We hebben in een drietrapsraket de bestanden omgewerkt naar één bestand met unieke jeugdigen. In de eerste stap hebben wij binnen één instelling ontdubbeld, vervolgens hebben wij de bestanden van verschillende instellingen die onder één regeling vallen ontdubbeld. Vervolgens hebben wij gekeken welke kinderen gebruik maken van meerdere regelingen: in één jaar en/of over meerdere jaren.

De analyse van de relatie van de regeling Wajong met de 7 andere regelingen is uitgevoerd door de nieuwe deelnemers in de Wajong in jaar 2006 en 2007 te vergelijken met de gebruikers van de jeugdzorgregelingen in de jaren 2004 tot 2007.

De juridische samenhang

De acht regelingen zijn met behulp van wetsteksten, uitvoeringsbesluiten, subsidieregelingen, protocollen, handboeken indicatiestelling, beleidsregels en brochures gescreend op zes aspecten:

1. Voor wie (problematiek, leeftijd) is de regeling bedoeld?
2. Hoe is de indicatiestelling geregeld en welke criteria worden bij de toegang gehanteerd?
3. Welke zorg of andere vorm van ondersteuning wordt geboden en op welke wijze (PGB of natura) wordt het gefinancierd?
4. Hoe is de budgetbeheersing van de regeling geregeld?
5. Met welke regeling(en) kan de regeling gelijktijdig worden gecombineerd?
6. Met welke regeling(en) kan de regeling niet gelijktijdig worden gecombineerd?

Het resultaat van deze screening is vervolgens in de begeleidingscommissie door de verantwoordelijk beleidsambtenaren op elk van de acht regelingen gecontroleerd op juistheid en volledigheid.

De verdieping: het dossieronderzoek

Het dossieronderzoek dient er toe om een beter beeld te krijgen van achtergronden, contexten en mechanismen die bepalend (kunnen) zijn voor de aard en mate van het gebruik van diverse regelingen en voor de aard en mate van een preventieve en/of curatieve werking.

Het onderzoek heeft zich niet gericht op de beoordeling van de adequaatheid of effectiviteit van de verschillende afzonderlijke jeugdzorgtrajecten.

Gegeven de looptijd van het totale onderzoek was het niet mogelijk om de keuze van de cases/dossiers af te leiden uit het empirisch onderzoek. Daarom zijn de 'vindplaatsen van zorggebruikers' gekozen op basis van de globale spreiding van de jongeren over de verschillende regelingen. Bij de selectie van de cases is aan de instellingen gevraagd om cases te selecteren waarbij van (volgtijdige dan wel parallelle) combinatie van (jeugd)zorg sprake is. Verder is gelet op een spreiding tussen jongens en meisjes en een spreiding naar leeftijd.

In totaal zijn 55 dossiers onderzocht. Gegeven de beschikbare tijd en middelen, is er geen statistische betrouwbare representatieve steekproef uit de totale populatie getrokken. Statistische betrouwbaarheid is ook niet het uitgangspunt; het gaat er om, op exemplarische wijze, de kwantitatieve empirie uit het eerste onderzoeksdeel inhoudelijk in te kunnen kleuren.

Naast het dossieronderzoek is ook gesproken met een tweetal ouderorganisaties. Tijdens de bezoeken bij de zorguitvoerende instellingen zijn de dossiers doorgenomen en zijn de onderzoeksthema's aan de orde gesteld naar aanleiding van de besproken cases. Op basis daarvan is een korte beschrijving opgesteld. Van elke case is een visuele uitwerking opgesteld in de vorm van een 'jeugdzorgloopbaan', een tijdlijn met beknopte toelichtingen. Deze geeft, op één A-4, in een oogopslag een algemeen beeld en omvat per zorgcontact of zorgepisode een beknopte omschrijving.

Op basis van bestudering van de cases zijn door de onderzoekers voorlopige 'bevindingen' geformuleerd; deze zijn vervolgens in een tweetal bijeenkomsten voorgelegd aan een team van experts.

3

DE ONDERZOEKSRISULTATEN VANUIT DE EMPIRIE

Met de meeste jongeren gaat het goed

Door van twee provincies al het zorggebruik, binnen de gekozen regelingen, in een reeks van jaren aan de hand van cliëntenbestanden te analyseren is er inzicht ontstaan in de omvang van de groep jeugdige zorggebruikers. De beleidsdocumenten over jeugdbeleid beginnen steevast met de constatering dat het met de meeste jongeren goed gaat. De groep die het minder goed gaat wordt gekwantificeerd op 15 procent, waarvan een deel is aangewezen op geïndiceerde zorg.

Op basis van de geschoonde cliëntenbestanden van de aanbieders kan worden vastgesteld dat in de provincie Utrecht er 17.500 jeugdigen in 2007 gebruik maken van één of meerdere van de onderzochte regelingen. Dit betekent dat met een totale populatie jeugdigen in de provincie Utrecht van bijna 270.000 jeugdigen tot 18 jaar er 6,5 procent gebruik maakt van één van de zeven regelingen.

In het speciaal onderwijs treffen we bijna 6.100 jeugdigen aan, in de jeugd-ggz ruim 4.700 jeugdigen, in de provinciaal gefinancierde jeugdzorg 3.850 jeugdigen, waarvan 250 in een gesloten setting, bijna 3.000 jeugdigen maken gebruik van de TOG, nog eens 3.000 jeugdigen hebben een PGB, en de jeugd-lvg kent ruim 1.500 zorggebruikers. Dit betekent dat geredeneerd vanuit de regelingen er ruim 22.000 jeugdigen gebruik maken van de zeven regelingen. Van de 17.500 jeugdigen in zorg was 20 procent bij twee of meer instellingen bekend, alle cliëntenbestanden samen geven dan het totaal van ruim 22.000 jeugdigen.

Tabel 3.1 Het zorggebruik in de provincie Utrecht in 2007

Zorgaanbod of -regeling	Zorggebruikers	Unieke kinderen	Gebruik van één regeling	Percentage enkelvoudig gebruik	Gebruik van meerdere regelingen*
Provinciale jeugdzorg	3.595		2.006	56%	1.589
Gesloten jeugdzorg	249		124	50%	125
Jeugd-ggz	4.747		3.940	83%	807
Jeugd-lvg.	1.533		850	55%	683
TOG	2.933		2.057	70%	876
PGB	2.980		1.010	34%	1.970
Speciaal onderwijs	6.087		4.102	67%	1.985
Totaal	22.124	17.532	14.089	80%	3.443*

*Deze kolom telt niet op, omdat het gaat om 3.443 unieke kinderen die bij de verschillende regelingen (gemiddeld 2,3 regeling per unieke jeugdige) bekend zijn als 8.035 zorggebruikers.

Als we het gebruik van de TOG- en PGB regeling en het speciaal onderwijs buiten beschouwing laten en voor het zorggebruik uitgaan van de provinciaal gefinancierde jeugdzorg (inclusief de gesloten jeugdzorg), de jeugd-ggz en de jeugd-lvg, dan komen we uit op zo'n 8.000 jeugdigen die gebruik maken van het zorgaanbod vanuit deze drie sectoren; dit is bijna 3 procent van de jeugdigen. Als we het gebruik van het PGB daarbij betrekken, dan komen we uit op nog geen 4 procent van de jeugdigen in de provincie Utrecht, die in het jaar 2007 gebruik maken van deze vier regelingen. Uit onderzoek in de stadregio Rotterdam over het jaar 2006 is vastgesteld dat 3,5 procent van de jeugdigen gebruik maakt van een aanbod in de jeugd-ggz, de jeugd-lvg en/of de provinciaal gefinancierde jeugdzorg. Voor de provincie Noord-Brabant komen we voor dit onderzoek uit op een vergelijkbaar percentage van de jeugdigen voor de genoemde drie sectoren.²

Een deel van de jeugdige zorggebruikers maakt in 2007 gebruik van meerdere regelingen

In de provincie Utrecht maken ruim 17.500 jeugdigen gebruik van de zeven regelingen. Ruim 14.000 jeugdigen (80 procent van de zorggebruikers) maken in het jaar 2007 gebruik van één regeling, bijna 2.500 jeugdigen (= 15 procent) maken gebruik van 2 regelingen en bijna 1.000 jeugdigen maken gebruik van 3 of meer regelingen in één jaar in de provincie Utrecht.

Tabel 3.2 Het gebruik van zorg naar frequentie in Utrecht in 2007

Regelingen	unieke kinderen
0 regelingen	251.928
1 regeling	14.089
2 regelingen	2.483
3 regelingen	783
4 regelingen	165
5 regelingen	12
kinderen met zorg	17.532
Totaal Utrecht	269.460

Voor wat het gelijktijdig gebruik van regelingen in het jaar 2007 betreft zijn er twee uitersten. Het PGB kent het meeste gelijktijdig gebruik, de jeugd-ggz het minste. Van de 3.000 jeugdigen met een PGB maken 1.000 jeugdigen enkel van een PGB regeling gebruik en combineren 2.000 jeugdigen het PGB met één of meerdere andere regelingen. De meest voorkomende combinaties zijn met het speciaal onderwijs, 419 jeugdigen, de provinciaal gefinancierde jeugdzorg, 355 jeugdigen en met de TOG gaat het om 272 jeugdigen.

Van de jeugd-ggz gebruikers maakt 83 procent alleen gebruik van dit zorgaanbod in het jaar 2007.

² Van de provincie Noord-Brabant hebben we niet de beschikking over alle cliëntenbestanden en konden we van de provinciaal gefinancierde jeugdzorg niet vaststellen welke cliënten in 2007 en voorgaande jaren gebruik hebben gemaakt van zorg.

Het zorggebruik van jeugdigen heeft betrekking op meerdere jaren

Het zorggebruik van jeugdigen strekt zich uit over meerdere jaren. Van de 17.500 jeugdigen in de provincie Utrecht die gebruik maken van één van de regelingen zijn ruim 4.800 jeugdigen alleen in 2007 geregistreerd. Er zijn dus 12.700 jeugdigen die in de analyseperiode 2004-2007 in meerdere jaren gebruik maken van één of meerdere regelingen.

Dit verschilt overigens sterk per regeling. Van de bijna 3.000 jeugdigen die in 2007 gebruik maken van een PGB heeft 99 procent in de voorgaande jaren al gebruik gemaakt van één van de regelingen: voor de bijna 3.000 jeugdigen met een TOG heeft 2.500 jeugdigen (=85 %) in de daarvoor liggende jaren gebruik gemaakt van één van de regelingen. De jeugdigen in de jeugd-lvg, in het REC en in de provinciaal gefinancierde jeugdzorg kennen een vergelijkbare "bekendheid" in de analyse. Alleen voor de zorg vanuit de jeugd-ggz komt een duidelijk ander beeld naar voren. Daarvan maakt van de 5.600 jeugdigen uit de periode 2004- 2007 in de jeugd-ggz 57 procent gebruik van zorg.

We vonden voor het jaar 2007 dat er bij 20 procent van de jeugdigen sprake is van het gebruik van meerdere regelingen. Als we met de jeugdigen uit 2007 terugkijken in de tijd en daarbij teruggaan tot het jaar 2004 dan vinden we dat het aantal jeugdigen dat gebruik heeft gemaakt van meerdere zorgregelingen toeneemt van 20 naar 25 procent. Daarnaast zien we dat bijna de helft van de zorggebruikers (48 procent) meerdere jaren van één regeling gebruik maakt. Met andere woorden van de kinderen die in 2007 gebruik maken van zorg, hebben we in de daarvoor gaande jaren kunnen vaststellen dat voor het overgrote gedeelte (73 procent) zij reeds eerder ook nog gebruik hebben gemaakt van dezelfde of een andere zorgregeling.

Tabel 3.3 Het zorggebruik in Utrecht over de jaren 2004-2007

	aantal	Onderverdeling	aantal	%	%
Kinderen die gebruik maken van één regeling in de onderzoeksperiode	4.831				27 %
Kinderen met meerjarig of meervoudig gebruik	12.701	Één regeling, meerjaren	8.373	48 %	73 %
		Combinatie van regelingen	4.328	25 %	
Alle kinderen in 2007	17.532				100 %

Illustratief is de zorgduur bij één van de jeugd-ggz instellingen uit Noord Brabant. Van de 4.400 cliënten in zorg uit 2007 waren er in 2006 bijna 2.100 al in zorg, voor 2005 gaat het om ruim 300 cliënten en in 2004 om bijna 150 cliënten. Dit wil niet zeggen dat de cliënten over de hele periode aaneengesloten zorg gebruiken, maar dat er sprake is van meerdere zorgepisodes die afgewisseld worden met periodes zonder behandeling.

De tijd in zorg

De zorgduur verschilt per regeling. Met name bij de financiële zorgregelingen is er sprake van een langjarig gebruik. Dit is overigens voor een deel als logisch te bestempelen. Denk aan de TOG-regeling, deze regeling is bedoeld voor thuiswonende gehandicapte kinderen. De handicap is structureel; de beëindiging van het gebruik is op de 18^{de} verjaardag of als de jeugdige gebruik gaat maken van intramurale zorg. In de tabel is voor de zeven regelingen het gebruik van de regelingen over de jaren 2004-2007 opgenomen voor de jeugdigen die meerjarig gebruik maken van zorg

(12.701 jeugdigen). De totalen in de tabel komen boven dit aantal uit, omdat jeugdigen gebruik kunnen maken van meerdere regelingen (zij komen dan onder meerdere regelingen in de tabel voor). Bij de indeling in de categorieën van 1, 2, 3 en 4 jaar moet bedacht worden dat een zorgepisod van zes maanden binnen één kalenderjaar wordt gezien als zorgduur van één jaar. Indien deze zorgepisod van zes maanden zich uitstrekt over twee kalenderjaren dan wordt deze zorgepisod ingedeeld in de kolom 2 jaar.

De jeugdigen die één jaar gebruik maken van een regeling in deze tabel, maken per definitie ook gebruik van een andere regeling in een ander jaar.

Tabel 3.4 De duur van de zorg in Utrecht voor de periode 2004-2007

Regeling	1 jaar	2 jaar	3 jaar	4 jaar
1 Provinciaal gefinancierde jeugdzorg	567	1213	978	239
2 Jeug-ggz	969	1286	542	436
3 Jeugd-lvg	254	615	367	482
4 JJI / gesloten jeugdzorg	122	91	29	8
5 PGB	0	45	68	2856
6 TOG	230	546	372	1403
7 Speciaal onderwijs	692	1627	2621	0*
Totaal	2834	5423	4977	5424
Totaal als percentage	15 %	29 %	27 %	29 %

* We hebben van het speciaal onderwijs geen gegevens gekregen van de jeugdigen die in 2004 een beschikking hebben gekregen.

Het speciaal onderwijs is een veel voorkomende zorgpartner

Het speciaal onderwijs wordt gecombineerd met de drie traditionele jeugdzorgsectoren provinciaal gefinancierde zorg, de jeugd-lvg en de jeugd-ggz. Daarnaast combineert het speciaal onderwijs ook veelvuldig met de PGB- en de TOG regeling.

Tabel 3.5 De meest voorkomende combinaties van regelingen in Utrecht in 2007

	De meest voorkomende combinaties	Frequentie
1	<i>Speciaal onderwijs</i> met PGB	994
2	Provinciaal gefinancierde jeugdzorg met PGB	878
3	<i>Speciaal onderwijs</i> met provinciaal gefinancierde jeugdzorg	649
4	PGB met TOG	593
5	Provinciaal gefinancierde jeugdzorg met jeugd-ggz	462
6	<i>Speciaal onderwijs</i> met jeugd-lvg	422
7	<i>Speciaal onderwijs</i> met TOG	410
8	<i>Speciaal onderwijs</i> met jeugd-ggz	342
9	PGB met jeugd-ggz	280
10	Jeugd-lvg met PGB	186
	Totaal gespecificeerde combinaties	5.216
	Combinaties met een frequentie lager dan 186	2.819
	Totaal aantal zorgcombinaties in 2007	8.035

De PGB regeling heeft een complementair karakter

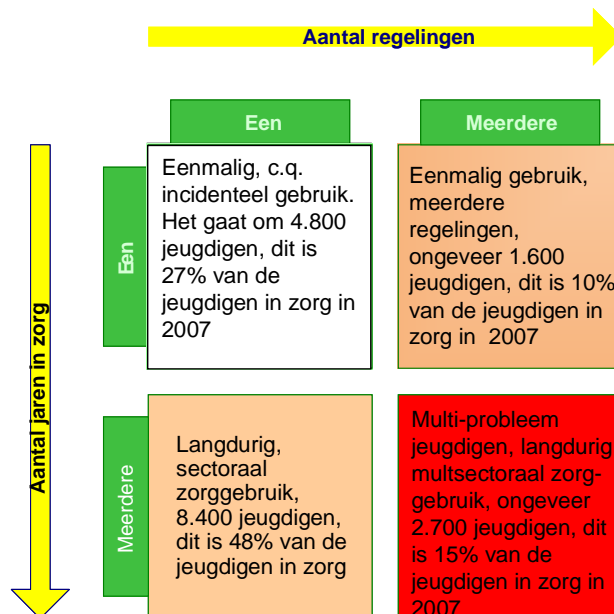
De PGB regeling geeft de hoogste frequentie aan combinaties met andere regelingen. Dit geldt niet alleen voor het gelijktijdig gebruik van een PGB met andere regelingen, maar ook voor het volgtijdig gebruik van een PGB na het gebruik van een regeling in een eerdere periode. Op basis daarvan is de stelling gerechtvaardigd dat deze regeling een aanvulling is op het gebruik van de andere regelingen.

Daarnaast zien we dat het PGB gebruik zich bij jeugdigen over meerdere jaren uitstrekt.

Er zijn verschillende categorieën zorggebruikers

Op basis van het zorggebruik dat kan worden afgeleid uit de bestanden van de regelingen, kunnen we verschillende groepen van zorggebruikers onderscheiden. We hebben van de meeste regelingen het zorggebruik over een periode van vier jaar beschikbaar en dat maakt het mogelijk met de beperking van het tijdsvenster van vier jaar te komen tot een categorisering van de zorggebruikers:

Figuur 3.1 Categorieën jeugdige zorggebruikers



- De eenmalige/incidentele zorggebruikers: deze categorie jeugdigen behoort niet direct tot het object van dit onderzoek, maar door de aanpak zijn we wel in staat deze groep te identificeren en te kwantificeren. Deze groep bestaat uit ongeveer 27 procent van de populatie.
- Langdurig zorggebruik binnen één sector Het gaat hier om redelijk eenduidig te diagnosticeren problematiek waar ook een duidelijk aanbod voor aanwezig is. Vaak betreft het relatief duidelijke handicaps, beperkingen of stoornissen, die om een structurele of in elk geval langdurige zorg vragen. De omvang van deze groep is ongeveer 48 procent.
- Multi sectorale problematiek, multi sectoraal gebruik. Enerzijds bestaat dit kwadrant uit de stabiele zorg combinatie van speciaal onderwijs en een setting in één van de sectoren (provinciaal gefinancierde jeugdzorg, jeugd-ggz en

jeugd-lvg). Anderzijds bestaat dit kwadrant uit de jeugdigen die in het dossieronderzoek zijn aangemerkt als schakelaars. In dit kwadrant zien we dat meestal sprake is van een combinatie van kindproblematiek en problematiek in het gezin en/of bij ouders. Deze kinderen hebben behoefte aan een intensief en integraal zorgaanbod, dat echter in de benodigde vorm niet beschikbaar is, c.q. pas in een laat stadium beschikbaar komt.

- Het kwadrant rechtsboven is een minder eenduidige categorie. Het kan gaan om een eenmalige, tijdelijke crisissituaties waar verschillende vormen van jeugdzorg bij betrokken raken. Het kan echter ook het begin zijn van meerjarig multisectoraal zorggebruik.

Overigens zijn meer vormen van migratie door de categorieën mogelijk.

Jeugdigen die zorg combineren -de jeugdigen die zijn onderzocht in de cases- bevinden zich in de kwadranten rechtsboven en rechtsonder: samen betreft dit ongeveer 25 procent van alle zorggebruikers.

Dit zijn jeugdigen die in het afgelopen jaar of de afgelopen jaren bij twee of meer zorgsectoren (provinciale jeugdzorg, gesloten jeugdzorg, jeugd-ggz en jeugd-lvg) in behandeling zijn geweest en jeugdigen die naast zorg ook gebruik maakten van een financiële zorgregeling of speciaal onderwijs.

Van alle jeugdigen die in 2007 gebruik maken van provinciale jeugdzorg was 52 procent ook bekend bij één van de andere vormen van jeugdzorg, financiële zorgregeling of het speciaal onderwijs. Bij de gesloten jeugdzorg en de jeugd-lvg zijn deze percentages respectievelijk 54 en 58 procent. Combinaties zien we het minst bij de jeugd-ggz, 30 procent van de jeugd-ggz cliënten in 2007 was in de periode 2004-2007 ook bekend bij een andere vorm van jeugdzorg of speciaal onderwijs.

In het kwalitatieve onderzoek zijn 55 dossiers van jeugdigen geanalyseerd. Aan de zorgorganisaties is gevraagd dossiers te tonen van jeugdigen die te omschrijven zijn als jeugdigen die meervoudig van zorg gebruik maken. We hebben de gevonden zorgloopbanen gecategoriseerd in twee groepen: (1) de stabiele zorgcombineerder en (2) de schakelaar. De vraag is of we deze laatste categorie jeugdigen terug kunnen vinden in de kwantitatieve gegevens. Het lastige is dat het schakelen tussen de verschillende regelingen niet alleen aan kenmerken van het kind kunnen worden toegeschreven, maar mede het gevolg is van het ontbreken van een meer toegesneden intersectoraal zorgaanbod. Wij hebben deze vraag beantwoord door te zoeken naar jeugdigen die de afgelopen jaren van twee of meer zorgsoorten gebruik hebben gemaakt, zonder deel te nemen aan het speciaal onderwijs. Opvallend kenmerk van de schakelaars uit het dossieronderzoek is, dat zij niet of pas na een langdurige periode van schakelen tussen verschillende zorgvormen deelnemen aan het speciaal onderwijs. Met deze definiëring komen wij tot de bevinding dat tussen de 5 en 10 procent van de zorggebruikers tot de categorie schakelaars behoort. Dit betekent dat van de 17.500 jeugdigen in zorg in Utrecht er ongeveer 900 tot 1800 aan het schakelen zijn tussen de verschillende zorgregelingen bij gebrek aan een passend zorgaanbod.

Van (jeugd)zorg naar Wajong

Voor een deel van de jeugdigen kan de Wajong worden gezien als een vervolgregeling op de 7 jeugdzorgregelingen. We hebben van de jong volwassenen met een Wajong-uitkering met een geboortedatum tussen 1 januari 1986 en 31-12-1989 gekeken of zij ook gebruik hebben gemaakt van de zeven jeugdzorgregelingen. Voor de provincie Utrecht zien we dat van de 1.764 Wajongers die vallen binnen het geboortedatum venster er 613 (= 35 %) bekend zijn bij één of meerdere zorgregelingen voor jeugdigen. Voor de provincie Noord Brabant komt deze verhouding uit op 1.365 van de 3.294 Wajongers (= 41 %).

Tabel 3.6 De herkomst van de Wajong in Utrecht

Provincie Utrecht	Jeugdigen met geboortedatum 1986-1989	In de Wajong	%
Regeling			
Provinciale jeugdzorg	515	34	7 %
Gesloten jeugdzorg	421	20	5 %
Jeugd-ggz	2.064	105	5%
Jeugd-lvg	543	225	41%
PGB	429	169	39%
TOG	352	65	19%
Speciaal onderwijs	418	193	46%

Tabel 3.7 De herkomst van de Wajong in Noord-Brabant

Provincie Noord-Brabant	Jeugdigen met geboortedatum 1986-1989	In de Wajong	%
Regeling			
Provinciale jeugdzorg*	6.633	487	7 %
Gesloten jeugdzorg	866	53	6 %
Jeugd-ggz	2.073	254	12 %
Jeugd-lvg	204	81	40%
PGB	946	330	35%
TOG	921	456	50%
Speciaal onderwijs	854	476	56%

De resultaten van de provincies liggen redelijk dicht bij elkaar in de buurt, maar opvallend is dat in de provincie Utrecht relatief weinig jeugdigen (19 %) met een TOG-regeling instromen in de Wajong. Voor Noord-Brabant ligt dit percentage op vijftig procent instroom vanuit de TOG.

4

DE JURIDISCHE CONTEXT VAN DE 8 REGELINGEN

De grondslagen voor het regelingengebruik zijn voornamelijk kind gerelateerd

De analyse van de regelingen leert dat de grondslagen om gebruik te kunnen maken van een regeling sterk geënt zijn op de problematiek van het kind:

De problematieken van de jeugdigen (en/of in sommige gevallen hun ouders) zijn als volgt uit te splitsen:

- Het hebben van een lichamelijke en/of zintuiglijke handicap.
- Het hebben van een langdurige (somatische) aandoening.
- Het hebben van een (licht) verstandelijke handicap.
- Het hebben van een psychiatrische aandoening.
- Het vertonen van gedragsproblemen. Dit kunnen op zich zelf staande problemen zijn, maar kunnen mogelijk ook worden veroorzaakt door de directe omgeving van het kind ofwel de opvoedsituatie. Daarnaast kunnen de gedragsproblemen het gevolg zijn van één van de eerder genoemde problematieken.
- Het hebben van leerproblemen als gevolg van één of meerdere van voorgaande problematieken.

Er kan ook sprake zijn van meerdere problematieken tegelijkertijd of in de tijd.

Er zijn meerdere toegangen

De toegang tot de acht regelingen is geprotocolleerd en in de meeste gevallen vindt de indicatie onafhankelijk plaats van de aanbieder die de ondersteuning levert. De Wajong en TOG vormen hierop een uitzondering. Hier betreft het dan ook inkomens(ondersteunende) maatregelen. De toegang tot deze regelingen wordt bepaald door respectievelijk het UWV (Wajong) en de SVB (TOG).

De toegang tot de andere regelingen wordt bepaald door het Bureau Jeugdzorg, de rechter, het Centrum Indicatiestelling Zorg (AWBZ), de Commissie voor Indicatiestelling (speciaal onderwijs) en de huisarts. Slechts bij twee regelingen is sprake van dezelfde indicatiesteller, namelijk bij de provinciaal gefinancierde jeugdzorg en de jeugd-ggz is Bureau Jeugdzorg hiervoor aangewezen. Hierbij moet wel worden opgemerkt dat ook de huisarts voor de jeugd-ggz kan verwijzen.

Een koppeling tussen de regelingen, bijvoorbeeld dat voor de toegang tot een regeling een indicatie voor een andere regeling nodig kan zijn, wordt alleen aangetroffen bij het speciaal onderwijs. Eén van de criteria om voor REC4 (kinderen met ernstige gedragsproblemen) in aanmerking te komen is een indicatie van Bureau Jeugdzorg. Daarnaast valt op dat in het Kader integrale indicatiestelling de wens tot integrale indicatiestelling van de jeugdzorg, de jeugd-lvg en het speciaal onderwijs wordt uitgesproken. Hiermee is in pilots geëxperimenteerd en dit heeft geresulteerd in ketenafspraken. De indicatiestelling voor de jeugd-lvg verloopt echter nog altijd via het CIZ.

Integrale indicatiestelling lijkt logisch aangezien meerdere indicatiestellers vaak dezelfde problematiek moeten achterhalen. Zo kan een kind met een licht verstandelijke handicap met gedragsproblemen worden gezien door Bureau Jeugdzorg, het CIZ en de Commissie voor Indicatiestelling. Deze stellen in wezen, ieder met een eigen focus op het doel van de regeling, iedere keer dezelfde problemen en oorzaken daarvan vast.

Geboden ondersteuning vanuit de regeling

Het zorg of ondersteuningsaanbod laat zich (klassiek) verdelen in verblijf, dagdelen hulp en ambulante hulp of behandeling. Bij verblijf zijn meerdere varianten zichtbaar; open of gesloten en bij een instelling of bij een pleeggezin.

De zorg kan in natura of in de vorm van persoonsgebonden budgetten gefinancierd worden. Belangrijk kenmerk van een persoonsgebonden budget is dat de inkoop van de ondersteuning bij de verzorger ligt. De inkomens(ondersteunende) regelingen compenseren jeugdigen en hun ouders voor hogere uitgaven of het niet danwel beperkt kunnen verwerven van eigen middelen.

Budgetbeheersing

Bij alle regelingen is sprake van vraaggestuurde toegang. Dit komt sterk tot uitdrukking in de onafhankelijke en objectieve indicatiestelling. De toegang tot een regeling wordt niet bepaald door de capaciteit van het aanbod van de regeling. Indicaties voor zorg worden voor een bepaalde periode afgegeven gekoppeld aan de specifieke vraag van de jeugdige. Alleen bij de Wajong is de aanspraak niet beperkt in duur en hoeveelheid.

De ondersteuningsaanbod is veelal budgetgestuurd. Dat wil zeggen gebaseerd op historische uitgaven in samenhang met groeiverwachtingen. Soms doen zich aanvullende financieringsmogelijkheden voor als knelpunten daartoe aanleiding geven. Een uitzondering hierop vormt het speciaal onderwijs.

Gelijktijdige combinaties

Bij gelijktijdige combinaties dient een onderscheid te worden gemaakt tussen het volledig uitsluiten van gelijktijdig gebruik van regelingen, het onder voorwaarden kunnen combineren van (delen van) regelingen en het zonder voorwaarden kunnen combineren. Belangrijke uitsluitingsgronden zijn leeftijd, het verblijf op grond van een (andere) regeling en het (aanwezig) zijn van een voorliggende voorziening.

Geen gelijktijdig gebruik

De regelingen Justitiële Jeugdzorg, TOG en Wajong zijn het meest uitsluitend. Zo is de Justitiële Jeugdzorg alleen te combineren met speciaal onderwijs (bijvoorbeeld als er sprake is van nachtdetentie). De Wajong is met geen van de andere regelingen te combineren zolang de jeugdigen nog niet de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt. De TOG-regeling is niet te combineren met de Justitiële Jeugdzorg en de Wajong, maar ook niet met de 24-uurszorg van de provinciale jeugdzorg, de jeugd-lvg en de jeugd-ggz omdat het kind thuis moet wonen.

*Voorwaardelijk gelijktijdig gebruik***Tabel 4.1** Samenvatting gelijktijdige combinaties

	Provinciale Jeugdzorg	Jeugd-ggz	Jeugd-lvg	JJI	Wajong	Speciaal Onderwijs	PGB	TOG
Provinciale JZ								
Jeugd-ggz								
Jeugd-lvg								
JJI								
Wajong								
Speciaal Onderwijs								
PGB								
TOG								

Donkergrijs: geen gelijktijdig gebruik

Lichtgrijs: voorwaardelijk gelijktijdig gebruik

Wit: gelijktijdig gebruik zonder voorwaarden

Schuingestreept: niet van toepassing

De provinciaal gefinancierde jeugdzorg wordt gezien als voorliggende voorziening op de AWBZ en de Zorgverzekeringswet. Gevolg hiervan is dat altijd eerst moet worden bezien of aanspraak bestaat ingevolge de Wet op de Jeugdzorg. Zo zijn er ook restricties bij het leveren van AWBZ-zorg (jeugd-lvg) in het (speciaal) onderwijs. De regelingen provinciaal gefinancierde jeugdzorg, jeugd-lvg, jeugd-ggz en speciaal onderwijs zijn onder voorwaarden gelijktijdig te gebruiken. De regeling PGB (AWBZ en Zorgverzekeringswet) vormt een afgeleide van de jeugd-lvg en de jeugd-ggz en is daarom vergelijkbaar met de hiervoor genoemde regelingen.

De Wajong is alleen vanaf 18 jaar te combineren met alle regelingen, behalve die regelingen die vanwege het leeftijdscriterium (18 jaar of ouder) afvallen zoals de TOG-regeling en de Justitiële Jeugdinrichting.

Gelijktijdig gebruik zonder voorwaarden

Het speciaal onderwijs is met alle regelingen te combineren.

Volgtijdige combinaties

De meeste regelingen zijn volgtijdig te combineren, veelal logisch en beoogd. De aard van de volgtijdige combinatie wordt sterk bepaald door de specifieke probleemsituatie die zich op een bepaald moment voordoet in de ontwikkeling van een jeugdige en dus op verschillende momenten (al dan niet met een tussenliggende periode) tot gebruik van regelingen kan leiden.

Er is maar één wettelijk geregelde volgtijdige combinatie tussen Justitiële Jeugdinrichting en Bureau Jeugdzorg, namelijk nadat een jeugdige uit een Justitiële Jeugdinrichting is ontslagen, krijgt hij via Bureau Jeugdzorg te maken met de Jeugdreclassering.

Uiteraard zijn er ook onmogelijke volgtijdige combinaties, die uitsluitend samenhangen met het leeftijds criterium. Een TOG-uitkering toekennen nadat een Wajong-uitkering is verstrekt, is daardoor niet mogelijk.

5

INZOOMEN OP JEUGDIGEN MET EEN MEERVOUDIGE ZORGVRAAG

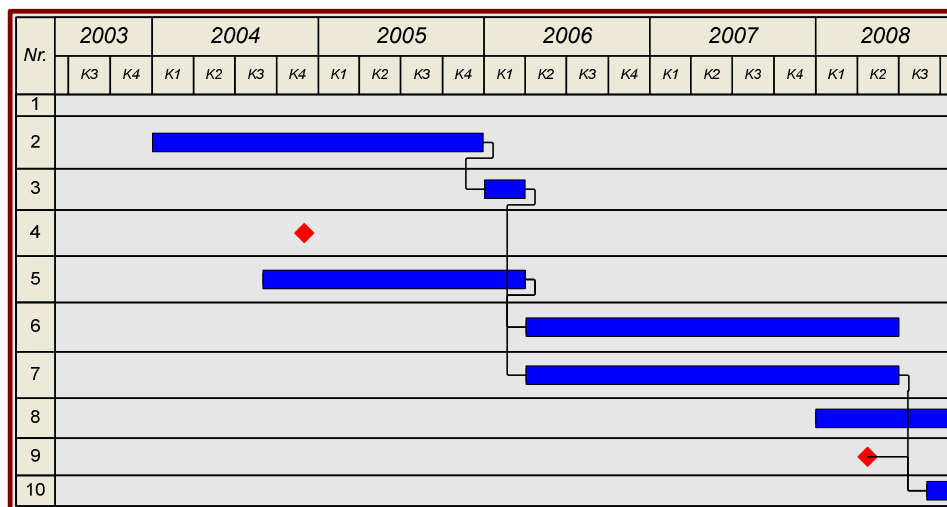
Stabiele langdurige zorgcombinaties versus veel schakelen zonder substantiële zorg

Uit het kwantitatief onderzoek is naar voren gekomen dat 25 procent van de jeugdigen in zorg meerdere zorgvormen met elkaar combineert.

Op basis van de cases kan worden vastgesteld dat de verschillende 'regelingen' en de desbetreffende voorzieningen specifieke jeugzorgloopbanen te zien geven. Letterlijk voor de beeldvorming tonen we twee uitersten.

Om te beginnen het speciaal onderwijs voor kinderen met een lichamelijke en/of verstandelijke beperking. De loopbanen aldaar zien er uit als in onderstaande figuur met een beperkt aantal gebeurtenissen en vrij stabiele behandeling-, speciaal onderwijs- en/of zorg-trajecten. Ongeveer vijftien procent van de jeugdigen heeft een jeugzorgloopbaan die wij hebben gedefinieerd als stabiele zorgcombineerder.

Figuur 5.1 Veel zorg, beperkt aantal combinaties (casus 1)



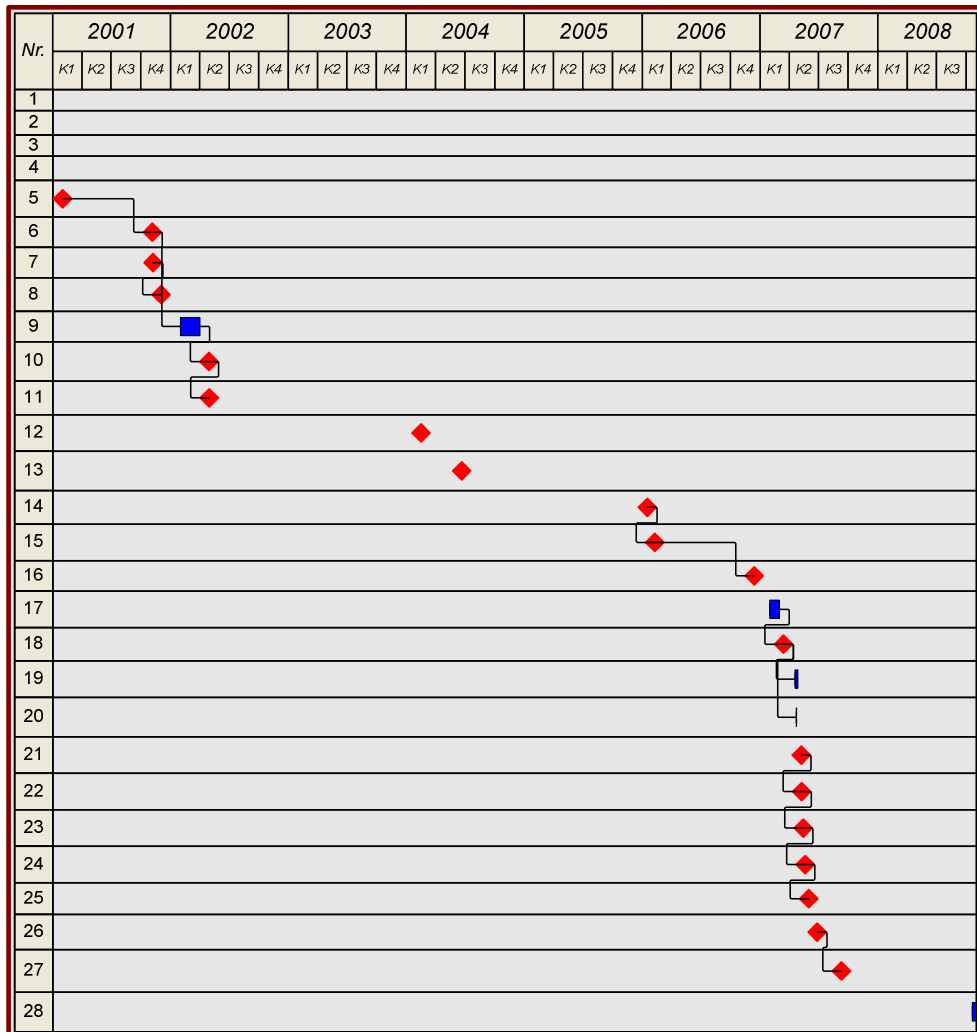
Legenda:

- behandeling, opname, ondersteuning
- ◆ gebeurtenis, o.a. signalering, indicatiestelling, crisis

In dit type gevallen wordt feitelijk *blijvend* zorg geboden, vaak ook parallel. Dit past bij het *care*-karakter van de zorgvraag; ook al heeft de geboden zorg dat karakter lang niet altijd. In veel van deze gevallen wordt de meeste continuïteit in de zorg geboden door het speciaal onderwijs.

Omgekeerd kom je gevallen tegen waarbij gebeurtenissen, onderzoek, diagnostiek en dergelijke elkaar kortcyclisch afwisselen, maar er nauwelijks sprake is van een substantiële (in tijd of intensiteit) behandeling.

Figuur 5.2 Veel schakeling, weinig behandeling (casus 36)



Legenda:

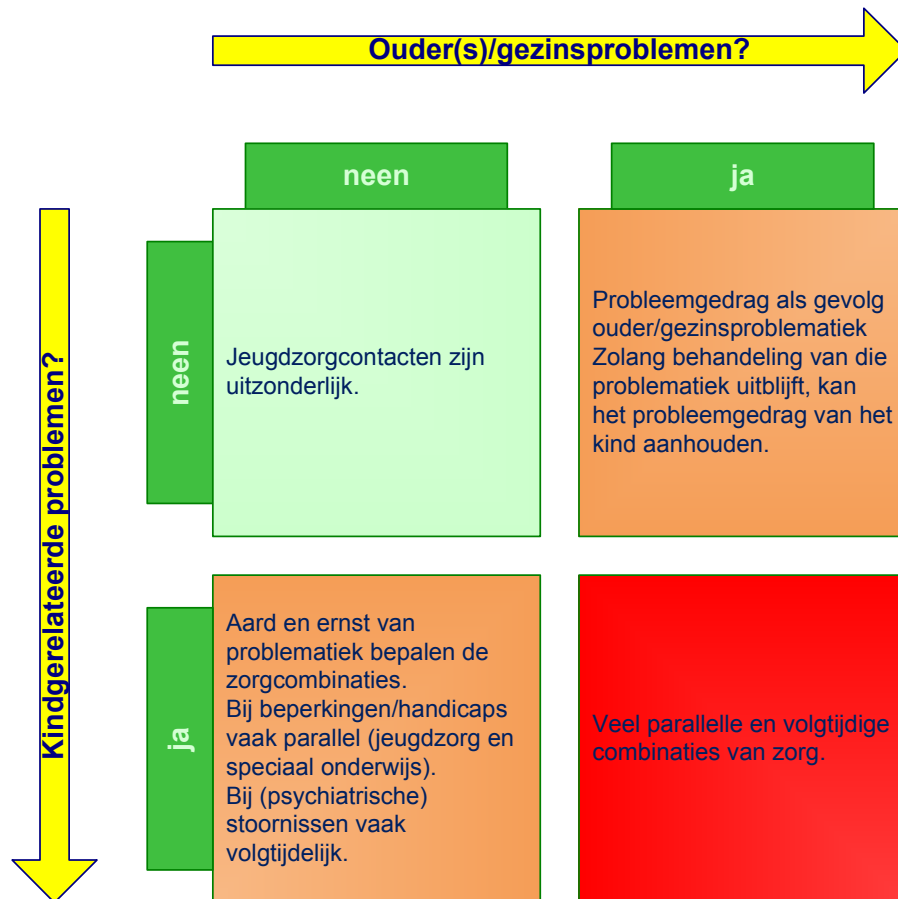
- behandeling, opname, ondersteuning
- ◆ gebeurtenis, o.a. signalering, indicatiestelling, crisis

Er is kortom veel verschil tussen (jeugd)zorgloopbanen waar behandeld wordt en (jeugd)zorgloopbanen waar vooral 'geschakeld' wordt. Deze jeugdzorgloopbanen zijn niet zozeer af te leiden uit de kenmerken van de jeugdige, maar voor een deel ook het gevolg van de afwezigheid van een passend zorgaanbod. Op basis van het kwantitatief onderzoek schatten wij dat tussen de vijf en tien procent van de jeugdigen voldoen aan de kenmerken van de schakelaar.

Gezinsproblematiek dominant bij combinaties van zorg

In het dossieronderzoek zijn de zorgloopbanen van 55 jeugdigen beschreven. Wat deze 55 jeugdigen gemeen hebben, is dat de zorgvraag van deze jeugdigen mede is ingegeven door de bestaande gezinsproblematiek. Gezinsproblematiek kent vele verschijningsvormen: een-ouderschap, gescheiden ouders, wisselende partners, ouders met een eigenstandige problematiek van excessief middelengebruik, een psychiatrische achtergrond en/of licht verstandelijke beperking, of ouders met verschillende pedagogische inzichten. Hiermee is niet gezegd dat (een) ouder(s) die in één van deze categorieën val(t)len per definitie de problemen van het opvoeden niet aankunnen, maar dat een combinatie van ouderproblematiek én kindproblematiek een sterk verklarende factor is voor langdurige jeugdzorgloopbanen. Omdat het voor een belangrijk deel om structurele problematiek gaat, ligt het niet voor de hand dat deze “opgelost” of verholpen zou kunnen worden.

Figuur 5.3 De problematiek in kwadranten



- *Kwadrant 'geen kindproblematiek en geen ouderproblematiek'*
Geen van de cases – maar dat ligt ook erg voor de hand – zit in dit kwadrant. Uiteraard zullen kinderen uit dit kwadrant incidenteel wel met (jeugd)zorg te maken kunnen hebben, maar tot combinaties van zorg zal het in de regel niet komen.

- *Kwadrant 'geen kindproblematiek; wel ouderproblematiek'*
Er is eigenlijk geen duidelijke casus uit dit kwadrant; met de kinderen zelf is in alle gevallen ook wel iets aan de hand. Aannemelijk is wel dat in een aantal gevallen verergering van problemen voorkomen had kunnen worden als ouder- of gezinsproblematiek eerder behandeld zou zijn.
Er is sprake van enkele cases waarbij de behandeling zich eigenlijk uitsluitend op de ouders richt.
- *Kwadrant 'wel kindproblematiek; geen ouderproblematiek'*
Er zijn maar heel weinig cases waarbij sprake is van twee capabele ouders, c.q. van een 'gezond' oudersysteem. In die gevallen is eigenlijk alleen de kindproblematiek doorslaggevend voor combinaties van zorg.
- *Kwadrant 'zowel kind- als ouderproblematiek'*
Het overgrote deel van de cases zit in dit kwadrant. De jeugdigen in dit kwadrant hebben een grote diversiteit van problematieken: niet altijd van complexe aard, maar in combinatie met de interactie met de problematiek van de ouders levert dit een veelvuldig en veelal ook langdurig beroep op zorg op. Uit de cases komt naar voren dat een deel van de hulpverlening zich niet enkel op het kind richt, maar ook op de ouders (en soms ook broertjes of zusjes). Deels gaat het daarbij om psycho-educatie en het aanleren van specifieke opvoedvaardigheden, deels gaat het om behandeling van eigen problematiek van ouders, die niet altijd een duidelijke relatie tot de problematiek van het kind heeft, maar dan vaak wel de draagkracht aantast.

De effectiviteit van de geboden zorg

Uitgangspunt is dat de effectiviteit van de zorg(keten) groter is naarmate de geboden zorg zich richt op de problematiek en op de oorzakelijke c.q. in stand houdende factoren.

Op basis van het onderzoeksmateriaal in de vorm van de beschreven 55 jeugdzorgloopbanen en de reflectie van experts kan worden vastgesteld, dat de effectiviteit van de geboden zorg groter is naarmate de problematiek meer 'kindgebonden' is, gegeven de het veelal volgende, sectorale en aanbodgerichte karakter van de onderzochte regelingen en gegeven het feit dat effectieve behandeling c.q. ondersteuning van ouders in veel van de onderzochte cases niet of nauwelijks aan de orde is.

Daarmee sluit het huidige systeem met zeven regelingen het beste aan bij de jeugdige die gebruik maakt van zorg voortkomend uit slechts één van de regelingen (driekwart van de jeugdigen) en bij de 'stabiele zorgcombineerder' (ongeveer 15 procent van de jeugdigen). Overigens kan daar in die zin de effectiviteit van de jeugdzorg(keten) nog tekort schieten, omdat de oriëntatie van de zorg teveel een *cure*-karakter heeft, terwijl eigenlijk een *care*-oriëntatie gewenst is.

De effectiviteit van de jeugdzorg(keten) voor 'schakelaars' (tussen de 5 en 10 procent van de jeugdige zorggebruikers) schiet in de regel tekort vanwege het ontbreken van een intersectoraal aanbod, het te lang wachten met krachtige interventies en het niet of onvoldoende bieden van ondersteuning aan de ouders (c.q. ingrijpen in de thuissituatie).

Signalering: wat, door wie en wanneer

Signalering is een belangrijke eerste stap; er rijst een (gaandeweg geëxpliciteerd) vermoeden dat er mogelijk 'iets' aan de hand is met het kind. Aan signalering gaat vaak iets vooraf: een 'gebeurtenis' die om de een of andere reden opvallend – soms zelfs alarmerend – is. Het kan om relatief kleine dingen gaan, op grond waarvan ouders of crècheleidsters vermoeden dat het kind 'anders' is, maar het kan ook om heftige en traumatische gebeurtenissen gaan.

Signalering geschiedt vaak door ouders, maar lang niet altijd. Ouders hebben niet altijd een helder referentiekader om gedrag buiten de bandbreedte van het normale te kunnen vaststellen.

Vaak zijn het (professionele) derden die signaleren. Het gaat om de crècheleidster, het consultatiebureau, de huisarts en in heel veel gevallen is het de school.

Signaleringsmomenten zijn er vooral bij overgangen en breukvlakken: van gezin naar peuterspeelzaal/crèche, overgang naar basisschool, overgang naar voortgezet onderwijs, overgang naar ROC of arbeidstoeleiding. De school is een heel duidelijke 'zeef' want op school wordt van leerlingen specifiek aangepast gedrag verwacht en een zekere mate van cognitie.

Naast vroegsignalering is er ook late signalering, door 'ontkenning' van de problematiek. Zo blijkt toch nog geregeld in het reguliere onderwijs (te) laat gesignaleerd te worden. Vaak gaat het dan om kinderen die al een lange geschiedenis van overvraging achter de rug hebben; niet zelden heeft dat dan tot ernstige gedragsproblemen geleid. Ouders kunnen daarin een rol spelen, als zij een gang naar het speciaal onderwijs zo lang mogelijk willen voorkomen. Eerdere signalering had in die gevallen daar – zo geven de REC's aan – verergering van (gedrags)problematiek mogelijk kunnen voorkomen

Het is opvallend dat betrokkenheid van het lokale preventieve veld in slechts weinig cases naar voren komt, noch in het voortraject (bijvoorbeeld na signalering) noch in het natraject, in het verlengde van afgesloten behandeling. De gesprekken met ouders geven rond het thema signalering nadrukkelijk aan dat van preventie zo weinig sprake is dat het uiteindelijk noodzakelijkerwijs een curatief traject wordt.

Indicatiestelling en toegang bij multisectorale problematiek nog niet op orde

Er is niet één toegang tot de jeugdzorg, maar er zijn verschillende toegangspoorten: BJZ, CIZ, SVB, Cvl en rechter. Soms wordt achter die poorten soortgelijke zorg geboden en is er ook sprake van verwijzing naar elkaar. Vooral bij multisectorale problematiek is de ingang tot zorg vaak doorslaggevend voor het vervolgtraject. Toegangen die naar elkaar verwijzen, werken vertragend en ontmoedigend voor ouders en kinderen. De verplichte omwegen (om eerst elders een diagnose te verkrijgen) en verwijzingen bij indicatiestellingen leiden er volgens verschillende gesprekspartners toe dat je een bepaalde groep soms juist weer dreigt kwijt te raken in dat traject. Het 'kweekt' als het ware zorgmijding.

Van integrale indicatiestelling is nog weinig aangetroffen. Vanuit de bezochte instellingen is wel geregeld melding gemaakt van ontwikkelingen in die richting, maar gelijktijdige aanmeldingen bij verschillende zorgvormen zijn nog zeldzaam. De samenwerking die rondom indicatiestelling en diagnostiek ontstaat wordt wel waardevol gevonden (omdat het tot 'warme' contacten leidt). Integrale indicatiestelling zou zeker in het geval van parallelle trajecten aantrekkelijk zijn en een

meerwaarde hebben. In zekere zin is daarvan sprake bij 24-uurs opname van leerplichtige kinderen. In die gevallen is vrijwel altijd per definitie sprake van een plaatsing in het speciaal onderwijs (op locatie van de instelling). Dat is in de onderwijsregelgeving vastgelegd.

Bij volgtijdige trajecten zou het nuttig zijn als bevindingen uit een eerdere indicatiestelling betekenis zouden hebben voor een volgend traject.

Ouders wijzen in dit verband op het volgende. In bepaalde (zeker niet alle) gevallen gaat het om kinderen met een psychiatrische stoornis. Die gaat nooit over en in die zin is van 'beter' worden geen sprake. Het is vaak wel zo dat dankzij de behandeling de stoornis meer 'hanteerbaar' wordt voor zowel kind als ouders (en overige omgeving, zoals onderwijs). In de waarneming van de ouders keert die verbetering zich vervolgens tegen het kind omdat bij een volgende indicatie (of bij een periodieke herindicatie zoals die in de meeste gevallen na een bepaalde periode verplicht is) geconstateerd wordt dat het beter gaat en er dus geen aanspraak op zorg e.d. meer is. Terwijl het juist dankzij die behandeling beter gaat en bij staken daarvan een terugval te verwachten is (wat ouders ook zeggen waar te nemen).

Volgtijdige zorgcombinatie is in die gevallen eigenlijk niet meer dan artefact op basis van de regelgeving. Wat normaal gesproken een min of meer ononderbroken traject van zorg had moeten zijn wordt in kleine stukjes opgeknipt.

Ontbrekende lichte vormen van zorg en ondersteuning en ervaren hoge toegangsdrempels

De cases maken duidelijk dat er een vrij hoge drempel is voor de toegang tot de geïndiceerde zorg. Dit en dan samen met de observatie dat het lokaal preventieve veld in de 55 beschreven cases opvallend weinig aanwezig is, leidt tot de conclusie dat er geen sprake is van een zorgcontinuüm van preventie, lichte vormen van zorg en ondersteuning en geïndiceerde zorg.

In weerwil van het huidige 'zo-zo-zo' beleid is er in de praktijk vaak heel wat nodig om in aanmerking te komen voor geïndiceerde hulpverlening. Met name bij de jeugdigen met een multi sectorale problematiek lijkt dat samen te hangen met het feit dat er geen duidelijk *match* is tussen de problematiek zoals die zich voordoet en één van de beschikbare voorzieningen. Ook de indicatiecriteria spelen daarbij een rol. Er worden eisen gesteld in termen van labeling en diagnostiek, waaraan vaak (nog) niet voldaan wordt. Dat leidt in een aantal gevallen tot wachten tot het 'erg' genoeg is.

Door de relatief hoge drempel om voor geïndiceerde hulpverlening in aanmerking te komen, kan, als eenmaal sprake is van indicatiestelling, feitelijk vaak niet meer sprake zijn van lichte, kortdurende en thuisnabije zorg.

In de gesprekken met ouderorganisaties wordt melding gemaakt van omkering in de bejegening. Trekken ouders aan de bel voordat er iets gebeurd is, dan maken zij zich onnodig zorgen en worden zij (althans naar hun gevoel) met een kluitje in het riet gestuurd. Loopt het vervolgens uit de hand, dan worden de ouders feitelijk door de hulpverlening aan de kant gezet en/of er op aangesproken dat zij het uit de hand hebben laten lopen en dat zij kinderen niet goed kunnen opvoeden.

Volgens deze ouders herhaalt de geschiedenis zich aan het eind van de behandeling want dan is er vaak geen overdracht, geen nazorg en geen ondersteuning. De cyclus begint dan weer van voren af aan.

De keerzijde van het zo-zo-zo beleid

Het huidige beleid is gebaseerd op het zo-zo-zo uitgangspunt³. Het gaat om:

- Zo licht mogelijke zorg.
- Zo kort mogelijke zorg.
- Zo dicht mogelijk bij huis verstrekte zorg.

De interactie tussen het Ministerie, de provincies, de Bureau's Jeugdzorg en de zorgaanbieders heeft nog tot een extra 'zo' geleid. Het leveren van 'zo tijdig mogelijk zorg' is mede als gevolg van de wachtlijstproblematiek er de afgelopen jaren aan toegevoegd.

De jeugdigen met een zorgvraag die zich uitstrekt over meerdere zorgsectoren en/of waarvan de problemen zich niet alleen bij het kind manifesteren zijn aanleiding om het te-te-te dilemma te benoemen.

Voor een groot deel van de jeugdigen uit de cases (de exemplarische duiding):

- Komt de zorg *te laat*.
Door de hoge toegangsdrempel, de meervoudige wachttijden (voor achtereenvolgens diagnostiek, indicatiestelling en behandeling) gaat veel tijd verloren. In die periode verergert de problematiek vrijwel altijd en neemt de draaglast voor het systeem toe.
- Is de geboden zorg *te licht*.
Er lijkt sprake te zijn van een zekere huiver om met intensieve zorg zowel gericht op het kind als op het gezin in te zetten. Vervolgens wreekt zich dat een eenmaal ingezet traject over het algemeen eerst wordt afgemaakt alvorens de aanpak weer wordt heroverwogen. Van belang is in dit verband ook dat de zorg zich niet altijd richt op zowel kind als systeem. Als systeemfactoren buiten beschouwing blijven, is beëindiging van de problematiek vaak niet te verwachten.
- Duurt de zorg *te kort*.
Hier ligt een relatie met de cure- oriëntatie van de zorg. Vaak is langdurige *care* nodig, maar wordt enkel volgtijdig geschakelde *cure* geboden.
- Wordt soms *te weinig afstand van de gezinsfactoren* genomen.
Thuisnabijheid van zorg is in veel gevallen na te streven, maar in sommige gevallen is de thuissituatie te zeer een oorzakelijke of bestendige factor. Thuisnabije zorg is dan weinig kansrijk. In dit soort gevallen zou zeer tijdige en zeer intensieve systeemondersteuning nog wel samen kunnen gaan met thuisnabije zorg voor het kind, maar in de praktijk is daar geen voorziening voor. Kan er niet voldoende behandeling/ondersteuning aan de ouders geboden worden, of is hun problematiek te ernstig, dan is er aanleiding te overwegen het kind buiten de woonomgeving te behandelen.

Beperkte regie en vooral bepaald door professionele gedrevenheid

Bij de combinaties van zorg gaat het om meerdere volgtijdige en /of parallelle trajecten. Naast de geboden professionele kwaliteit van elk afzonderlijk zorgtraject vormen afstemming, coördinatie en overdracht essentiële ingrediënten om tot een

³ In termen van de wet op de jeugdzorg artikel 5 lid 4: "Deze zorg is in verband hiermee niet ingrijpender dan noodzakelijk en wordt geboden zo dicht mogelijk bij de plaats waar de cliënt duurzaam verblijft en gedurende een zo kort mogelijke periode."

effectief zorgpakket te komen. In het zorgsysteem zitten te weinig waarborgen om te komen tot een dekkende zorgregie. Enerzijds is er geen natuurlijke regisseur in de zorgketen. Hoewel deze rol in het zorgsysteem deels bij Bureau Jeugdzorg is gelegd, moeten we vaststellen dat BJZ deze rol niet kan waarmaken, omdat het overgrote deel van de jeugdigen niet via BJZ naar zorg wordt geleid: voor de jeugd-lvg nauwelijks en voor de jeugd-ggz zeer beperkt. Anderzijds kennen veel zorgloopbanen van jeugdigen het patroon van een afwisseling van zorgepisodes met periodes zonder zorg. Een gehoorde klacht van de bezochte Bureau's Jeugdzorg is dat zij ook te weinig tijd krijgen toegekend voor case-management. Overigens wil deze beschouwing niet zeggen dat er in de praktijk geen sprake is van afstemming, coördinatie en overdracht, maar hij is te zeer afhankelijk van professionele gedrevenheid.

De verzuchting

De bestudeerde cases laten een lage succesratio bij jeugdigen met een multisectorale problematiek zien. Nu is, gegeven de aard van de problematiek, succes in de zin van wegnemen van de beperking, handicap of stoornis, ook niet te verwachten. Maar ook dat in aanmerking nemend, is het teleurstellend dat de escalatie van problematiek maar zo weinig lijkt te worden voorkomen voor deze groep.

Dat roept bij enkele experts zelfs de vraag op of dat de geboden jeugdzorg in een aantal beschreven cases wel enige bijdrage ten goede geleverd heeft of dat het effect van de zorg per saldo misschien wel als negatief moet worden beoordeeld. De overweging daarbij is dat de bij die cases waargenomen dynamiek van toenemende escalatie van problematiek en daaraan gekoppelde toenemende zorgintensiteit leidt tot een situatie zonder veel uitzicht op (terugkeer naar) maatschappelijke participatie. Overigens is het een ervaringsfeit dat een deel van de jongeren met gedragsproblemen in de leeftijdsfase daarna (vooral als zij werk en een partner vinden) de regie over hun leven op eigen kracht weten te hervinden. Dat het hen zelf wel lukt, roept omgekeerd de vraag op naar de effectiviteit van de eerder geboden zorg.

Tot slot: verdere ontwikkeling van intersectorale samenwerking noodzakelijk

Dit leidt tot de constatering dat juist voor de groep jeugdigen met een omvangrijke en diverse zorgvraag de jeugdzorgketen het minst geëquipeerd is. Door het zorgaanbod onder te brengen in verschillende regelingen met ieder een eigen toegang is het voor deze groep extra lastig gemaakt. De inrichting van het zorgaanbod over meerdere regelingen vraagt een grote mate van assertiviteit en sterke bureaucratistische vaardigheden van de kant van de ouders, juist van een groep die al genoeg aan het hoofd heeft: "ingewikkelder hadden we het niet kunnen maken".

Overigens op basis van de regelingen wordt een intersectorale samenwerking van de instellingen ten behoeve van deze groep niet geblokkeerd. Daartegenover staat dat er ook geen incentives in de regelingen zijn voor de uitvoerende instellingen om dit intersectoraal aanbod te ontwikkelen.

6

AANBEVELINGEN

De aanbevelingen hebben met name betrekking op de groep jeugdigen met een multi sectoraal probleem.

Van zorgincidentie naar zorgplanning

Een deel van de jeugdigen heeft een problematiek waarvan op voorhand is vast te stellen dat een op enig moment (zwaar) beroep op zorg zal volgen. Toch wordt in de huidige praktijk als regel gewacht op een incident als aanleiding voor inzet van jeugdzorg. Daarbij is het in veel gevallen (op basis van de onderzochte cases) niet zo dat het incident wordt aangegrepen om een integrale zorgvraag vast te stellen, maar wordt het incident volgens de 'zo-zo-zo'-formule aangepakt en is het vervolgens wachten op de volgende stap in de zorgvraagescalatie.

In plaats van reactief achter feiten aan te lopen in een proces waarbij zorgvraagescalatie tot interventies met steeds toenemende zorgintensiteit leidt, is het beter om van meet af (dus zodra de aannahme van toekomstig, substantieel zorggebruik gemaakt kan worden) planmatig in te zetten op behandeling van kind en ondersteuning van ouders.

Omkering van de keten

In de expertgroep is een duidelijke voorkeur voor een omkering van de keten te beluisteren. Voor de categorie jeugdigen met complexe problematiek in combinatie met een matig tot zwak functionerend gezinssysteem is een aanpak aan te bevelen met als kenmerken:

- Snel beginnen, voordat de problematiek escaleert en uit de hand loopt.
- Beste diagnostische deskundigheid meteen beschikbaar stellen (voor kind en systeem). Daarbij moet niet alleen het probleem dat de aanleiding is voor zorg bekeken worden, maar ook de achterliggende problematiek en de gezinscontext. Overigens moeten deze twee eerste kenmerken niet worden uitgelegd in de zin dat dit moet betekenen dat de beste diagnostische deskundigheid in alle toekomstige CJG's op alle kinderen wordt toegepast. Uit de empirie hebben we gezien dat de populatie met een complexe problematiek bestaat uit tussen de 5 en 10 procent van de jeugdigen met een geïndiceerde zorgbehoefte voor provinciaal gefinancierde jeugdzorg, jeugd-ggz en/of jeugd-lvg. Bij de CJG's moet echter wel de kennis aanwezig zijn om vast te stellen of de waargenomen problematiek bij een jeugdige vraagt om een zwaardere diagnostische inzet.
- Het realiseren van een samenhangend aanbod gericht op:
 - Behandeling/ondersteuning van het kind;
 - Behandeling/ondersteuning van ouders/gezinssysteem;
 - Ondersteuning van/op de school en dan bij voorkeur in het reguliere onderwijs.

Het heeft in het algemeen de voorkeur om het kind zoveel mogelijk in het thuismilieu te laten, maar in een beperkt aantal gevallen kan opname beter zijn.

Het is ook wenselijk om sneller vast te stellen of de ouders in staat zijn om een basis te bieden of dat het kind beter aangewezen kan zijn op pleegouders.

Zorg naar het kind in plaats van andersom

In de huidige situatie gaat het kind naar de zorg en is soms (aan het eind van het traject zelfs vaak) sprake van opname. Vanuit een dergelijke jeugdzorgloopbaan is terugkeer naar huis, of naar een gewone school vaak niet eenvoudig meer mogelijk, zeker als het gezinssysteem in de tussentijd niet ook voldoende aandacht heeft gekregen.

Daarom is gesuggereerd om de 'omkering' van de keten, te combineren met een aanpak die zoveel mogelijk gericht is op de reguliere thuis- en schoolsituatie: op een zo vroeg mogelijk moment met intensieve ondersteuning (gericht op kind, ouders en school) proberen om vóóordat sprake is van onomkeerbare escalatie een zodanige situatie te creëren – en vervolgens in stand te houden – dat de beperking, handicap of stoornis zo veel mogelijk binnen het eigen gezin en binnen een reguliere schoolsituatie te hanteren is. Uitgangspunt in deze benadering is om niet het kind uit de eigen context te 'exporteren' naar externe zorg, maar om de zorg te 'importeren' naar de leefomgeving van het kind.

De stelling is niet dat de voorgestelde werkwijze in alle gevallen zal kunnen werken. In sommige gevallen kan de aard van de kindgebonden problematiek van dien aard zijn dat een vorm van opname niet te vermijden is. Omgekeerd zal de draagkracht van het gezinssysteem soms te kort schieten. Beide factoren hangen ook samen.

Wat in deze en de voorgaande paragraaf wordt voorgesteld, wordt ook wel met de term *wrap around care* aangeduid, een aanpak waarin de langgerekte ketenbenadering wordt omgevormd tot een cirkel rond kinderen, jongeren en opvoeders.⁴

Meer zorg, minder toeleiding

Bij de bezoeken aan de verschillende instellingen en ook met de experts is diverse malen de ontwikkeling van de Centra voor Jeugd en Gezin aan de orde gekomen. Vrij unaniem komt daaruit naar voren dat er geen behoefte is aan een nieuwe (tussen)laag die zich alleen gaat bezig houden met signalering, verwijzing en indicatiestelling.

Even unaniem gedragen is het uitgangspunt dat de Centra voor Jeugd en Gezin vooral iets zouden moeten *doen*. Er moet veel meer ge- of behandeld en ondersteund worden. En dit niet alleen geredeneerd vanuit een denkwijze dat de eerste problemen op jonge leeftijd per definitie behoren tot de gemeentelijke taakstelling "het lokaal preventieve veld", maar met als redenering dat de Centra voor Jeugd en Gezin actief ondersteunend kunnen zijn aan de geïndiceerde zorg, zowel in preventieve zin, als complementair aan zorgtrajecten in de geïndiceerde zorg en als een vorm van nazorg en monitoring.

⁴ Zie Tien principes van 'Wraparound care' in: *Stap naar een sprong. Toekomstperspectief voor de opzet van het CJG in de stadsregio Rotterdam*, bijlage 4, p. 80/81.