

# Evaluatie Nieuw Rotterdams Jeugdstelsel - Tussenmeting

## Rapportage

Onderzoek en *Business Intelligence*



# Evaluatie Nieuw Rotterdams Jeugdstelsel - Tussenmeting

## Rapportage

Gemeente Rotterdam  
Onderzoek en Business Intelligence

Justine Anschütz, Carolien de Haan, Cathelijne Mieloo, Lenette Rietveld, Toine Wentink,  
Staf van Zeele

December 2016

© Onderzoek en Business Intelligence (OBI), 2016  
Project: 4162

Postadres:  
Postbus 21323  
3001 AH Rotterdam  
Telefoon: (010) 267 15 00  
E-mail: [onderzoek@rotterdam.nl](mailto:onderzoek@rotterdam.nl)  
Website: [rotterdam.nl/onderzoek](http://rotterdam.nl/onderzoek)  
Twitter: [@Onderzoek010](https://twitter.com/Onderzoek010)

# Inhoudsopgave

<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>6</b>
	1.1 Inleiding	6
	1.2 Onderzoeksvragen	6
	1.3 Onderzoeksmethoden	7
	1.4 Opzet van het rapport	8
<b>2</b>	<b>Ontwikkeling in het nieuwe jeugdstelsel na de decentralisatie</b>	<b>9</b>
	2.1 Inleiding	9
	2.2 Preventieve ondersteuning en sociaal netwerk	9
	2.3 Jeugdhulp	11
	2.4 Gedwongen kader	14
	2.5 Verwijzers	16
	2.6 Snelheid en beschikbaarheid van hulp	17
	2.7 Kosten	18
	2.8 Jeugdhulp in de vier focuswijken in het nieuwe stelsel	20
	2.8.1 Achtergrondinformatie van de vier wijken	20
	2.8.2 Samenvatting resultaten nulmeting voor de focuswijken	20
	2.8.3 Kwantitatieve informatie van de vier focuswijken	22
	2.9 Deelconclusies Hoofdstuk 2	26
<b>3</b>	<b>Ervaringen van professionals met het nieuwe stelsel</b>	<b>28</b>
	3.1 Inleiding	28
	3.2 Algemeen	28
	3.3 Versterken eigen kracht en sociale netwerken	29
	3.4 Passende hulp	30
	3.5 Snelheid van beschikbaarheid van hulp	31
	3.6 Aanvaardbare kosten	31
	3.7 Bereik van kwetsbare groepen	32
	3.8 Vroegsignalering en vroegtijdig ingrijpen	33
	3.9 Samenwerking	35
	3.9.1 Samenwerking binnen het wijknetwerk	35
	3.9.2 Samenwerking en leren binnen het wijkteam	36
	3.9.3 Samenwerking wijkteam-specialistische hulp	36
	3.9.4 Samenwerking wijkteam-gedwongen kader	37
	3.9.5 Casusregie, '1 gezin, 1 plan, 1 regisseur'	37
	3.10 Deelconclusies Hoofdstuk 3	38

<b>4</b>	<b>Het perspectief van jeugdhulpcliënten</b>	<b>42</b>
4.1	Inleiding	42
4.2	Toeleiding	43
4.3	Kwaliteit en tevredenheid	44
4.4	Integrale zorg	46
4.5	Passende zorg	48
4.6	Eigen kracht en sociale netwerk	48
4.7	Vergelijking vóór en na 1-1-2015	49
4.8	Deelconclusies Hoofdstuk 4	50
<b>5</b>	<b>Conclusies en aanbevelingen</b>	<b>52</b>
5.1	Inleiding	52
5.2	Overall conclusies	53
5.3	Aanbevelingen	56
<b>Referenties</b>		<b>59</b>
<b>Bijlage 1 Afkortingen</b>		<b>60</b>
<b>Bijlage 2 Jeugdhulp gebruik in de focuswijken in 2013 (nulmeting)</b>		<b>61</b>
<b>Bijlage 3 Lijst met geraadpleegde organisaties</b>		<b>63</b>

# 1 Inleiding

## 1.1 Inleiding

Voor u ligt de rapportage van de Tussenmeting van het meerjarig onderzoek naar de werking van het Nieuw Rotterdams Jeugdstelsel (NRJ). De ambitie van dit onderzoek is om in drie metingen tot 2018 de effecten van de veranderingen in het jeugdstelsel zichtbaar te maken. De tussenmeting is uiteraard het vervolg op een nulmeting die in 2014 is uitgevoerd (Anschutz et al. 2015). De afdeling Onderzoek en Business Intelligence voert dit onderzoek uit in opdracht van de gemeente Rotterdam.

De aanpak van de Tussenmeting is deels vergelijkbaar met de nulmeting, maar er zijn enkele nieuwe onderdelen aan toegevoegd die eerder niet uitgevoerd konden worden. Het gaat daarbij met name om het perspectief van de wijkteams en dat van de (jeugdige) cliënten van het stelsel.

Dit laatste geeft aan dat in het onderzoek een aantal perspectieven op het NRJ worden gecombineerd. Dat zijn:

- Het perspectief van het beleid op het stelsel als geheel;
- Het perspectief van de professionals als uitvoerders van het stelsel;
- Het perspectief van de klanten als gebruikers van het stelsel.

Vanuit deze perspectieven wordt het gehele stelsel onder de loep genomen: van het preventieve veld en de basishulp tot de specialistische zorg, van vrijwillige ondersteuning tot ondersteuning in het gedwongen kader.

Het doel van deze rapportage is een overzicht te geven van (gerapporteerde) effecten van het Nieuw Rotterdams Jeugdstelsel.

In de volgende paragrafen worden de vraagstelling en de aanpak van het onderzoek nader toegelicht.

## 1.2 Onderzoeksvragen

De hoofdvragen van de Tussenmeting zijn:

1. *Wat zijn de gewenste en ongewenste tussentijdse effecten van het NRJ-beleid?*
2. *Welke gewenste en ongewenste tussentijdse effecten als gevolg van het NRJ-beleid ervaren uitvoerende professionals die problematiek bij ouders en jongeren signaleren, preventieve ondersteuning bieden, toeleiden naar jeugdhulp, en jeugdhulp bieden?*
3. *Welke tussentijdse effecten van het NRJ beleid ervaren jeugdigen en opvoeders (cliënten) die preventieve ondersteuning, basishulp of specialistische hulp ontvangen?*

Met deze hoofdvragen worden de eerder genoemde perspectieven gerepresenteerd. Binnen deze perspectieven wordt gefocust op de volgende zeven thema's:

- Beroep op eigen kracht en inzet van sociale netwerken en vrijwilligers
- Passende hulp
- Snelheid van beschikbaarheid van hulp
- Aanvaardbare kosten
- Bereik kwetsbare doelgroepen
- Vroegsignalering en vroegtijdig ingrijpen
- Samenwerking en integraal zorgaanbod

Deze thema's zijn expliciete of impliciete doelstellingen die aan het jeugdbeleid zijn verbonden.

### 1.3 Onderzoeksmethoden

Het onderzoek heeft grotendeels plaatsgevonden in 4 zgn. focuswijken: Afrikaanderwijk, Liskwartier, Oosterflank en Zuidwijk. Deze wijken zijn gekozen op basis van historisch zorggebruik en de discrepantie tussen de zorgvraag en het zorggebruik.

In dit onderzoek is een combinatie van kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethoden toegepast. De kwantitatieve methoden zijn voornamelijk ingezet om op gemeentelijk niveau inzicht te krijgen in respectievelijk a) het jeugdhulpgebruik en ontwikkelingen daarin en b) de cliënttevredenheid. Daarvoor zijn in concreto de volgende activiteiten ondernomen:

#### *Analyse databestanden*

Ten behoeve van de analyse van zowel het jeugdhulpgebruik als de daarmee gemoeide kosten is een aantal databestanden gebruikt. Daarvoor zijn onder meer diverse gemeentelijke registraties gebruikt, databestanden van het CBS en gegevens die van verschillende zorgaanbieders zijn verkregen.

#### *Enquête onder ouders en jeugdigen*

Om de ervaringen van cliënten te onderzoeken, is een telefonische enquête uitgevoerd onder jeugdigen (12+) en opvoeders (van jeugdigen jonger dan 12 jaar). De aselechte steekproef van deze cliënten is grotendeels afkomstig uit een bestand van mensen die via de wijkteams basishulp of specialistische hulp hebben gekregen. Uiteindelijk hebben 505 personen aan de enquête deelgenomen – een respons van 74%. In hoofdstuk 4 wordt de onderzoeksgroep nader beschreven.

Voorts hebben de kwantitatieve analyses ook specifieke gegevens opgeleverd voor de vier focuswijken, waarop het kwalitatieve onderzoeksdeel zich heeft gericht.

Het kwalitatieve onderzoeksdeel heeft drie functies: het vergaren van kennis over de ontwikkeling van het jeugdstelsel aanvullend op de kwantitatieve analyses, verdieping van het inzicht in de implementatie van het nieuwe jeugdstelsel en de ervaringen van de verschillende ‘stakeholders’ en het vinden van verklaringen voor ontwikkelingen die de kwantitatieve analyses laten zien. Het kwalitatieve onderzoek heeft zich grotendeels gericht op 4 zgn. focuswijken: Afrikaanderwijk, Liskwartier, Oosterflank en Zuidwijk. Deze wijken zijn gekozen op basis van hun variatie in historisch zorggebruik en in de discrepantie tussen de zorgvraag en het zorggebruik.

Uiteraard zijn de bevindingen van het kwalitatieve onderzoek niet (statistisch) ‘representatief’. We veronderstellen door de keuze van de gebieden op basis genoemde indicatoren voldoende variatie in onze sample te hebben ingebouwd. De bewijskracht van de bevindingen is gebaseerd op het mechanisme van triangulatie, door, in dit onderzoek, vergelijking van verschillende perspectieven (van verschillende ‘stakeholders’)<sup>1</sup>, van verschillende bronnen zoals interviews en beleidsdocumenten én toetsing aan de onderzoeksliteratuur.

Voor de beantwoording van de onderzoeksvragen is een aantal verschillende methoden toegepast. Deze worden hier kort toegelicht.

#### *Focusgroepen*

In elk van de vier focuswijken zijn focusgroep-gesprekken gehouden met vertegenwoordigers van het preventieve veld en medewerkers van de in die wijken werkzame wijkteams. Medewerkers uit het preventieve veld die eerder aan de nulmeting hebben deelgenomen, zijn weer benaderd.

---

<sup>1</sup> Voor een overzicht van de geraadpleegde ‘stakeholders’ zie Bijlage 3.



Indien de 'oude' sleutelinformanten niet deel konden nemen is gezocht naar vervangers uit dezelfde of een vergelijkbare organisatie. In deze gesprekken met het preventieve veld en de wijkteams is vooral het uitvoeringsperspectief op de effecten van NRJ aan de orde geweest.

Daarnaast is er een focusgroep-gesprek uitgevoerd met stedelijk vertegenwoordigers van diverse organisaties op het terrein van jeugdhulp. In dit gesprek is vooral het organisatie-perspectief centraal gesteld.

#### *Individuele interviews*

In de focuswijken zijn individuele interviews gehouden met de betrokken wijkteamleiders. Met hen is vooral gesproken over de organisatie van de uitvoering in het licht van de zeven thema's.

Voorts is met een aantal vertegenwoordigers van diverse zorgaanbieders die in Rotterdam betrokken zijn bij de jeugdhulp een individueel interview gehouden. Deze informanten zijn geworven onder degenen die eerder deelgenomen hebben aan de nulmeting. Indien zij niet bereikbaar waren is gezocht naar een passende vervanger. De interviews met deze sleutelinformanten hadden betrekking op een combinatie van het uitvoerings- en het organisatieperspectief.

Tot slot is met een aantal sleutelinformanten die op beleidsniveau werkzaam zijn een interview gehouden.

#### *Literatuurstudie*

Voor vergelijking met andere onderzoeksliteratuur is gebruik gemaakt van een literatuurstudie naar wijkteams die in de zomer van 2016 is afgerond (Hekelaar en Broere, nog te publiceren).

#### *Deskresearch*

Verzameling en analyse van beleidsdocumenten onder meer op het gebied van inkoop van jeugdhulp.

## **1.4 Opzet van het rapport**

De rapportage van dit onderzoek is als volgt opgebouwd. In Hoofdstuk 2 worden cijfers gepresenteerd over onder meer het gebruik en de kosten van preventieve hulp, jeugdhulp met en zonder verblijf en hulp in het gedwongen kader.

In het volgende hoofdstuk worden de ervaringen van professionals met de ontwikkeling van het Nieuw Rotterdams Jeugdstelsel gepresenteerd. Het gaat om het perspectief van professionals uit het preventieve veld, wijkteammedewerkers en professionals uit de specialistische hulpverlening of het gedwongen kader.

Hoofdstuk 4 is gewijd aan het cliëntperspectief op de jeugdhulp. Op basis van een survey onder ouders en kinderen worden hun ervaringen met de jeugdhulp beschreven.

In Hoofdstuk 5 ten slotte worden de belangrijkste bevindingen van dit onderzoek op een rij gezet en worden aanbevelingen gedaan voor de ontwikkeling van het jeugdstelsel.

Bijlage 1 geeft de in dit rapport gebruikte afkortingen weer. Bijlage 2 biedt een overzicht van kwantitatieve gegevens met betrekking tot preventieve ondersteuning, jeugdhulpgebruik en voorkomen van maatregelen in de focuswijken tijdens de nulmeting (2013). Bijlage 3 geeft een lijst met geraadpleegde 'stakeholders' voor de interviews en focusgroepen.



## 2 Ontwikkeling in het nieuwe jeugdstelsel na de decentralisatie

### 2.1 Inleiding

Met de decentralisatie wordt beoogd dat de bewoners van Rotterdam meer gebruik gaan maken van hun eigen kracht en het eigen sociale netwerk of vrijwilligers om de hulp eerder in te kunnen zetten en de druk op de specialistische hulpverlening te verlagen. In dit hoofdstuk wordt aan de hand van de cijfermatige ontwikkelingen in het jeugdhulp tussen 2013, toen de decentralisatie nog niet gestart was, en 2015 deze verandering in kaart gebracht voor de gemeente Rotterdam.

In de eerstvolgende paragraaf wordt de verandering in preventieve hulp in kaart gebracht. In de daarop volgende paragrafen wordt respectievelijk gekeken naar veranderingen in jeugdhulp, gedwongen jeugdhulp, verwijzers en wachttijden. Daarna worden de kosten van preventieve voorzieningen, jeugdhulp en hulp in gedwongen kader behandeld. In de paragraaf daarop wordt ingezoomd op het zorggebruik in de vier focuswijken die in dit onderzoek onder de loep worden genomen. Dit hoofdstuk eindigt met een concluderende paragraaf.

### 2.2 Preventieve ondersteuning en sociaal netwerk

In Tabel 1 is de ontwikkeling van de bevolking in Rotterdam weergegeven van 2013 tot 2015 voor een aantal demografische kenmerken. Hier is te zien dat de bevolking is toegenomen, maar de bevolkingssamenstelling niet veel is veranderd.

Tabel 1 Ontwikkeling van de bevolking in Rotterdam van 2013 naar 2015

	2013		2015		Verskil 2013-2015	
	Aantal	Percentage	Aantal	Percentage		
Aantal inwoners	616.319	100%	623.967	100%	7.648	1,2%
Aantal huishoudens	317.549	100%	321.337	100%	3.788	1,9%
Aantal jeugdigen (tot 18 jaar)	120.831	19,6%	121.930	19,5%	1.099	0,9%
Aantal niet-westers allochtoon	228.556	37,1%	233.385	37,4%	4.829	2,1%
Aantal eenouderhuishoudens	32.694	10,3%	33.808	10,5%	1.114	3,4%
Aantal gezinnen met kinderen	69.029	21,7%	69.878	21,7%	849	1,2%

In Tabel 2 is het bereik weergegeven van de twee preventieve voorzieningen (CJG en SMW), welke in Rotterdam het belangrijkste zijn als toeleider naar de wijkteams, voor het jaar 2013 en 2015, absoluut en als percentage van de (relevante) populatie. Daarnaast is het relatieve verschil per voorziening te zien tussen 2013 en 2015. Het aantal kinderen 'in beeld' bij het CJG wil zeggen dat het CJG deze kinderen óf heeft gezien (= consult), óf er heeft telefonisch contact plaats gehad óf bij het CJG is bekend dat er door een andere organisatie zorg wordt verleend. Consult voltooid is dat de jeugdige daadwerkelijk fysiek aanwezig was bij een consult van het CJG.

Over het algemeen lijken er nog geen grote verschuivingen te hebben plaats gevonden in het gebruik van preventieve voorzieningen als er wordt gekeken naar de percentages ten opzichte van de bevolking. Het aantal kinderen dat 'in beeld' is van het CJG is licht gestegen.

Bij het gebruik van SMW is met name in de oudere groep (12-18 jaar) een toename te zien. Bij het verschil in aantallen is wel een grote toename te zien bij aanmeldingen voor het pedagogisch spreekuur en SMW met resp. 18% en 16%.

Andere preventieve voorzieningen koopt de gemeente meestal in op aantallen te leveren producten of capaciteit. Dit zegt daardoor weinig over natuurlijke verschuivingen in aantallen bereikte jongeren of ouders. Ook hier zijn geen grote veranderingen waargenomen.

Daarnaast is het preventieve veld ook niet altijd goed in beeld, omdat dit door verschillende partijen kan worden ingekocht en aangeboden of geïnitieerd, bijvoorbeeld bewonersinitiatieven of sociale ondernemers. Voor het jongerenwerk waren er door het gebruik van verschillende registratiesystemen en door de overgang van deelgemeentelijke naar stedelijke inkoop en sturing geen betrouwbare en eenduidige cijfers voor 2013 en 2015 beschikbaar. Vanaf 2016 is de verwachting dat dit wel het geval is.

In dit onderzoek is ook getracht een beeld te krijgen van de mate waarin professionals het sociaal netwerk van cliënten en vrijwilligers inzetten of versterken. Dit bleek echter niet haalbaar, omdat registraties op dit gebied nog onvoldoende op orde zijn. Wel weten we dat 3% van de ouders mantelzorg verleent aan zijn of haar kinderen in de leeftijd van 0 tot 15 jaar in het jaar 2015. Daarnaast zijn ruim 200 ouders bereikt met Home-Start<sup>2</sup>, ongeveer 0,3% van de ouders. Dit is gelijk gebleven ten opzichte van 2013. Uit de focusgroepinterviews bleek wel dat er meer vraag is naar dit type vrijwilligerstrajecten dan er aanbod is.

---

<sup>2</sup> Home-Start is een programma van Humanitas waarin opvoedondersteuning wordt geboden door vrijwilligers en het eigen netwerk zoveel mogelijk wordt geactiveerd.

Tabel 2 Bereik van CJG en SMW in Rotterdam in 2013 en 2015 (en percentage t.o.v de relevante populatie)

	Aantal			Percentage t.o.v populatie		
	2013	2015	Vershil	2013	2015	Vershil
In beeld bij CJG <sup>3</sup> (0 tot 4 jr)	59.615	58.637	-1,6%	97,6%	98,3%	0,7%
In beeld bij CJG (4 tot 18 jr)	10.326	10.774	4,3%	97,0%	98,5%	1,5%
Voltooide consulten bij CJG (0 tot 4 jr)	56.517	56.084	0,8%	92,6%	94,0%	1,4%
Voltooide consulten bij CJG (4 tot 18 jr)	9.723	9.643	0,8%	91,4%	88,1%	-3,3%
Aanmeldingen pedagogisch spreekuur CJG	826	971	17,6%	1,2%	1,4%	0,2%
SMW voorschool en basisschool (2 tot 12 jr) <sup>4</sup>	4.542	4.748	4,5%	5,5%	5,7%	0,2%
SMW Voortgezet onderwijs en MBO (12 tot 18 jr) <sup>5</sup>	3.151	4.171	32,4%	8,3%	10,8%	2,6%
SMW totaal (2 tot 18 jaar)	7.693	8.919	15,9%	6,4%	7,3%	0,9%

Bronnen: CJG, SMW-aanbieders: Careyn, Centrum voor Dienstverlening (CVD), FlexusJeugdplein, MEE Rotterdam Rijnmond (speciaal onderwijs), Protestants Christelijk Basisonderwijs (PCBO), School Maatschappelijk Werk Rijnmond (SMWR)/Thermiek, Sol Netwerk, Stichting Dock, Stichting Maatschappelijke Dienstverlening Alexander (MDA), Flexus Jeugdplein (VO en MBO), MEE R'dam Rijnmond (speciaal onderwijs), Ver. voor Christelijk Voortgezet Onderwijs (CVO) en Wolfert Dalton (VO).

## 2.3 Jeugdhulp

Door de decentralisatie en het daarmee veranderde hulpaanbod, kunnen we de cijfers van 2013 en 2015 niet altijd goed vergelijken. De definitie van bijvoorbeeld basishulp en specialistische hulp is in deze jaren veranderd, maar ook zijn er in definities tussen gemeenten. Het CBS maakt daarom geen indeling in basishulp en specialistische hulp, maar alleen in jeugdhulp met en zonder verblijf. Het CBS gebruikt ook niet de indeling naar segmenten (Jeugd & Opvoedhulp, jeugd GGZ, jeugd met een beperking), zoals de gemeente Rotterdam die gebruikt. Het zal wel goed mogelijk zijn om de jeugdhulp cijfers van deze tussenmeting te vergelijken met de eindmeting.

Tabel 3 geeft voor 2013 en 2015 het aantal kinderen weer met jeugdhulp en/of een jeugdbeschermings- (JB) of jeugdreclasseringsmaatregel (JR). Wanneer het totaal aantal unieke jeugdigen met jeugdhulp in 2015 wordt vergeleken met 2013 is een absolute stijging te zien van 2,5%. Wanneer we kijken naar het relatieve verschil, het verschil in verhouding naar het aantal jeugdigen, is het verschil 0,2%.

De aantallen van 2015 zijn afkomstig van het CBS en gaan over unieke jeugdigen. Bij de aantallen over 2013 zijn verkregen vanuit het CBS en gecorrigeerd met bestanden van Vektis, MEE, Flexus en de gemeente Rotterdam. Hierbij is rekening gehouden met overlap tussen GGZ gefinancierd voor de Zorgverzekeringswet, Jeugd- en Opvoedhulp (inclusief de maatregelen) en de AWBZ-zorg<sup>6</sup>.

<sup>3</sup> "In beeld bij CJG" betekent dat kinderen op consult zijn geweest door het CJG, ze zijn dus gezien, of er is telefonisch contact geweest of bij het CJG is bekend dat een andere organisatie zorg verleent.

<sup>4</sup> Dit betreft de in Rotterdam schoolgaande jeugd dat contact heeft gehad met schoolmaatschappelijk werk. Hiervan woont in 2015 naar schatting 4% niet in Rotterdam. De SMW cliënten zijn inclusief de 2- of 3-jarigen van de voorschool (n=212). Bij 2 SMW aanbieders is deels uitgegaan van de postcode van de basisschool. Van deze kinderen is aangenomen dat zij in de buurt van de basisschool wonen.

<sup>5</sup> Dit betreft de in Rotterdam schoolgaande jeugd dat contact heeft gehad met schoolmaatschappelijk werk. Naar schatting woont 22% van deze VO- leerlingen en 46% van deze MBO studenten in 2015 niet in Rotterdam.

<sup>6</sup> Bron: Statline tabel: Jongeren in provinciaal, AWBZ- en Zvw-gefinancierde jeugdzorg; samenloop, regio

Bij de overige vormen van jeugdhulp (jongeren- en gezinscoaching, Opvoedhulp aan Huis, MEE cliënten en gesloten jeugdzorg) kon voor de aantallen in 2013 geen rekening gehouden worden met eventuele overlap aangezien deze gegevens op postcodegebied zijn verzameld. Dit betreft circa 18% van de jeugdigen met jeugdhulp in 2013. Dit kan geleid hebben tot een overschatting van het aantal jeugdigen met jeugdhulpgebruik in 2013.

*Tabel 3 Aantal en percentage jeugdigen met jeugdhulp inclusief jeugdbeschermings- en jeugdreclasseringsmaatregelen*

	Aantal			% van het aantal jeugdigen		
	2013	2015	Vershil	%	%	Vershil
Jeugdhulp (incl. JB en JR maatregelen)	14.651	15.020	2,5%	12,1%	12,3%	0,2%

Bron: Statline tabel: Jongeren met jeugdzorg en jeugdzorgtrajecten; wijken, 2015; Statline 2013, MEE, Flexus, Vektis King

In Tabel 4 is het aantal jeugdigen weergegeven met jeugdhulp in 2015 naar vorm van hulp (exclusief JB en JR maatregelen). Hierbij is gebruik gemaakt van de indeling naar hulpvorm zoals het CBS deze hanteert. Het CBS maakt een tweedeling in Jeugdhulp zonder en met verblijf. Deze zijn opgedeeld in elk vier vormen van hulp, namelijk:

1. Jeugdhulp zonder verblijf is volgens het CBS jeugdhulp waarbij de jongere thuis verblijft.
  - a. Uitgevoerd door het wijkteam
  - b. Ambulante jeugdhulp op locatie van de aanbieder. Niet uitgevoerd door het wijkteam
  - c. Daghulp op locatie van de aanbieder. Dagbesteding en -structurering vallen hier ook onder. Niet uitgevoerd door het wijkteam.
  - d. Jeugdhulp in het netwerk van de jongere. Niet uitgevoerd door het wijkteam. Jeugdhulp in het netwerk van de jongere vindt plaats bij de jongere thuis, op school of elders in het netwerk van de jongere. In ieder geval niet op locatie bij de aanbieder. De intensiteit kan variëren van één of enkele uren tot 24 uur per dag.
2. Jeugdhulp met verblijf betreft hulp waarbij de jongere formeel niet thuis in het eigen gezin slaapt.
  - a. Pleegzorg
  - b. Gezinsgericht (gezinshuizen, logeerhuizen en zorgboerderijen)
  - c. Gesloten plaatsing in jeugdzorg of psychiatrisch ziekenhuis
  - d. Overig verblijf: leefgroepen, begeleid wonen, kamertraining.

De percentages zijn berekend door het aantal jeugdigen met jeugdhulp te delen door het totale aantal 0 tot 18 jarigen met jeugdhulp en het totale aantal 0 tot 18 jarigen woonachtig in Rotterdam op 1 januari 2015. De percentages ten opzichte van het totaal aantal jeugdigen met jeugdhulp tellen niet op tot 100% doordat aantallen afgerond zijn op 5 talen en er overlappende trajecten in kunnen zitten.

*Tabel 4 Aantal jeugdigen met jeugdhulp naar type hulpvorm en het percentage ten opzichte van het totaal aantal jeugdigen met jeugdhulp en t.o.v. het aantal 0-18 jarigen*

	Aantal	% van het aantal jeugdigen met jeugdhulp	% van het aantal jeugdigen woonachtig in Rotterdam
Totaal jeugdhulp	13.040 <sup>7</sup>		10,7%
Jeugdhulp zonder verblijf	12.110	92,9%	9,9%
- uitgevoerd door het wijkteam	3.730	28,6%	3,1%
- niet uitgevoerd door het wijkteam:	9.150	70,2%	7,5%
➤ ambulante jeugdhulp op locatie v/d aanbieder	7.670	58,8%	6,3%
➤ daghulp op locatie van de aanbieder	600	4,6%	0,5%
➤ jeugdhulp in het netwerk van de jongere <sup>8</sup>	1.980	15,2%	1,6%
Jeugdhulp met verblijf:	1.855	14,2%	1,5%
- pleegzorg	1.005	7,7%	0,8%
- gezinsgericht	115	0,9%	0,1%
- gesloten plaatsing	160	1,2%	0,1%
- Overig verblijf: leefgroepen, begeleid wonen, kamertraining	780	6,0%	0,6%

Bron: Maatwerktabel CBS: Aantal jongeren in Rotterdam met jeugdhulp, 2015.

De percentages van het aantal jeugdigen ten op zichte van het totaal aantal jeugdigen met jeugdhulp tellen niet op tot 100%, omdat jeugdigen meerdere vormen van jeugdhulp tegelijkertijd kunnen ontvangen.

Het totaal aantal jeugdigen met jeugdhulp in 2015 was 13.040, bijna 11% van de Rotterdamse jeugdigen. De meeste jeugdigen ontvingen jeugdhulp zonder verblijf (92,9%, 9,9% van het totaal aantal jeugdigen). Dertig procent kreeg jeugdhulp van het wijkteam (3,1% ten opzichte van 0-18 jarigen). Van de Rotterdamse Jeugdigen kregen 1.855 jeugdigen jeugdhulp met verblijf (14,2% van het aantal jeugdigen met jeugdhulp), dat is 2% van alle Rotterdamse jeugdigen. Hiervan waren 1.005 jeugdigen in een pleeggezin opgenomen (0,8%) en 115 in een gezinsgerichte opvang (0,1%). Het zal dus goed mogelijk zijn om deze jeugdhulpcijfers te vergelijken met de eindmeting.

Het aantal jongeren met jeugdhulp in 2015 is lager dan in Tabel 3 (= 15.020), omdat in Tabel 3 ook de jongeren met een jeugdbeschermings- of een jeugdreclasseringsmaatregel zijn meegenomen. Het verschil is 1.980 jeugdigen. Deze jeugdigen hebben wel een JB en/of JR maatregel, maar ontvangen geen jeugdhulp.

<sup>7</sup> Het aantal jongeren met jeugdhulp in 2015 (= 13.040) is lager dan in Tabel 3 (= 15.020), omdat in Tabel 3 ook de jongeren met een jeugdbeschermings- of een jeugdreclasseringsmaatregel zijn meegenomen.

<sup>8</sup> Jeugdhulp in het netwerk van de jongere vindt plaats bij de jongere thuis, op school of elders in het netwerk van de jongere. In ieder geval niet op locatie bij de aanbieder. De intensiteit kan variëren van één of enkele uren tot 24 uur per dag. Niet uitgevoerd door het wijkteam.

## 2.4 Gedwongen kader

In Tabel 5 en Figuur 1 is het aantal jeugdigen per jaar met een gedwongen maatregel, een crisisinterventie of onderzoeken in het kader van veiligheid van het kind opgenomen. Het gaat hier om de volgende maatregelen, interventies en onderzoeken:

- Ondertoezichtstelling (OTS), afgegeven door de kinderrechter.
- Voogdij, hierbij is Jeugdbescherming Rotterdam Rijnmond volledig belast met het ouderlijk gezag.
- Jeugdreclasseringsmaatregel (JR)
- Crisisinterventie
- Jeugdigen waarvoor de Raad voor de Kinderbescherming een onderzoek uitvoert.

In Tabel 5 is te zien dat de verandering in relatieve verhouding t.o.v. het aantal jeugdigen niet groot is, maar dat er wel een aanzienlijke afname is van het totaal aantal jeugdigen met een gedwongen maatregel.

Bij het aantal jeugdigen met een OTS-maatregel (13%), met een jeugdreclasseringsmaatregel (19%) en met een machtiging uithuisplaatsing (UHP) gesloten verblijf (27%), is een flinke daling in de absolute cijfers te zien. Ook het aantal beschermingsonderzoeken van de Raad voor de Kinderbescherming is licht gedaald. Het aantal jeugdigen met een voogdij maatregel is echter gelijk gebleven. Het is lastig om hiervoor een verklaring te vinden. Het is bekend dat JBRR stuurt op het eerder afsluiten van OTS, er wordt gestreefd naar een maximale duur van 2 jaar. Uit de interviews zijn signalen van een toename aan drangzaken. Mogelijk is er een verschuiving van OTS (dwang) naar drang. Het aantal drangzaken was in 2013 50 (alleen Rotterdam-Zuid), in 2014 91 (Rotterdam (Zuid en Noord) en Maassluis, Vlaardingen, Schiedam en Lansingerland) en in 2015 301. Cijfermatig is er een enorme toename, maar dit kan ook te maken hebben met de groeiende bekendheid van het JB plein.

Het aantal machtigingen tot uithuisplaatsing in Tabel 5 verschilt van het aantal jeugdigen met een gesloten plaatsing in Tabel 4. Dit komt, doordat in Tabel 5 alleen gegevens van JBRR zijn vermeld. Machtigingen aangevraagd door andere gecertificeerde instellingen zoals de William Schrikker Groep en het Leger des Heils zijn hier niet in meegenomen.

Over het aantal AMK onderzoeken/onderzoeken Veilig Thuis kunnen de cijfers voor 2013 en 2015 niet goed vergeleken worden. De werkwijze van het vroegere AMK en Veilig Thuis is sterk veranderd in de periode 2013-2015, vanwege het samengaan van AMK en ASHG. Ook vindt de registratie sinds juli 2015 in een ander systeem en op een andere manier plaats. Zo wordt er nu onderscheid gemaakt tussen onderzoek naar kindermishandeling en onderzoek naar andere vormen van huiselijk geweld, waarbij kinderen betrokken zijn. Hierdoor kunnen de tellingen uit de verschillende jaren niet goed worden vergeleken. Dit is wel mogelijk vanaf 2016. Over het geheel is er de afgelopen jaren sprake van groei volgens betrokkenen, zowel in het aantal advies/consultatie aanvragen als in het aantal onderzoeken van Veilig Thuis (volwassenen en jeugd samen).

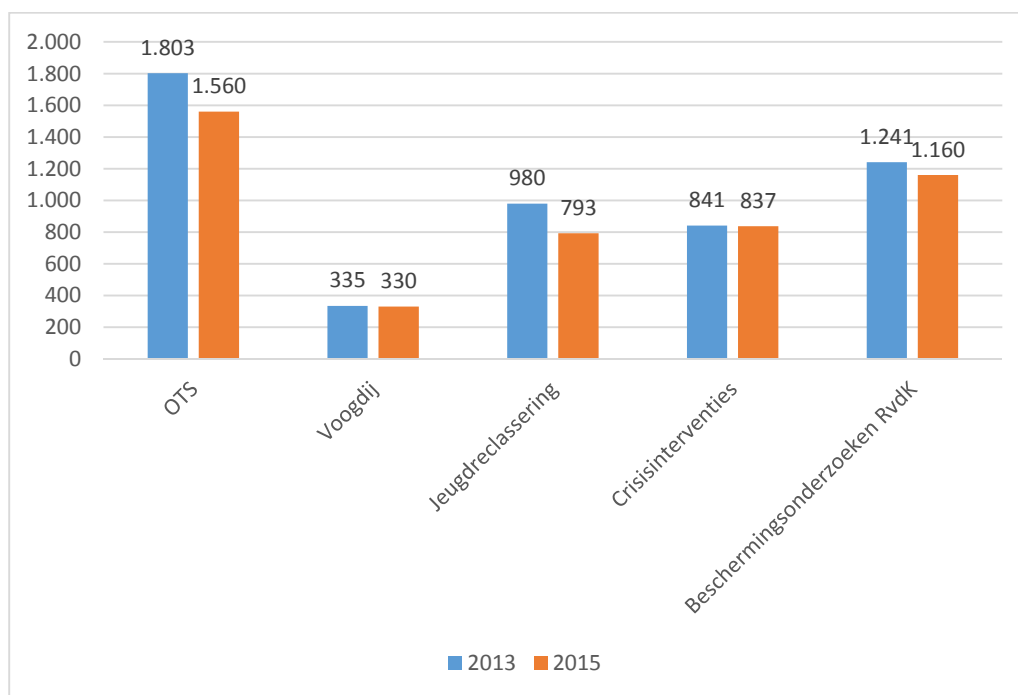
Het aantal jeugdigen met een crisisinterventie is gelijk gebleven. Uit de interviews met professionals komt een ander beeld naar voren. Zij ervaren een toename van het aantal casussen met crisisinterventie en geven een opening van extra crisisopvang aan. Begin 2015 heeft ook JBRR al vrij snel een signaal afgegeven over een sterk verhoogde instroom bij het CIT. In 2015 was het maandgemiddelde voor de hele Rijnmond regio 1507 crisisinterventies, terwijl de inschatting vooraf 1000 crisisinterventies was. Nadere analyse van de maandgemiddelden laat zien dat de grotere instroom bij het CIT vooral bij jeugdigen uit de regiogemeenten heeft plaatsgevonden en veel minder bij jeugdigen uit Rotterdam.

Het maandgemiddelde van het aantal politiezorgformulieren is toegenomen (van 2.604 in 2013 naar 2.744 in 2015). Functionarissen van de politie bevestigen deze trend in interviews en beoordelen het positief, omdat zij hier meer op sturen en er daardoor meer problematiek wordt gesignaleerd.

Tabel 5 Aantal jeugdigen per jaar met gedwongen maatregel, crisisinterventie en beschermingsonderzoeken in 2013 en 2015 en het percentage ten opzichte van het totaal aantal 0-18 jarigen<sup>9</sup>

	Aantal			% van het aantal 0-18 jeugdigen		
	2013	2015	Vershil	2013	2015	Vershil
Jeugdigen met OTS maatregel	1.803	1.560	-13,5%	1,5%	1,3%	-0,2%
Jeugdigen met voogdij maatregel	335	330	1,5%	0,3%	0,3%	0,0%
Jeugdigen met reclasseringsmaatregel (12 - 23 jr)	980	793	-19,0%	0,8%	0,7%	-0,2%
Jeugdigen met een crisisinterventie	841	837	0,5%	0,7%	0,7%	0,0%
Machtiging uithuisplaatsing gesloten verblijf	191	140	-26,7%	0,15	0,11	0,04
Machtiging uithuisplaatsing OTS	709	662	-6,6%	0,58	0,54	0,04
Beschermingsonderzoeken Raad voor de Kinderbescherming	1.241	1.160	-6,5%	1,0%	1,0%	0%

Bron: JBRR



Figuur 1 Aantal jeugdigen per jaar met een maatregel, crisisinterventie en beschermingsonderzoeken in 2013 en 2015

<sup>9</sup> M.u.v. het aantal jongeren met JR. Dit is afgezet tegen het aantal 12-23 jarigen



## 2.5 Verwijzers

In Tabel 6 en Figuur 2 is te zien welke organisatie of professional de jongere of zijn/haar ouder(s) heeft verwezen naar jeugdhulp in 2015. Het gaat in deze tabel en figuur om het aantal trajecten en niet om het aantal jeugdigen. Een jongere kan meerdere jeugdhulptrajecten hebben in een kalenderjaar.

In Tabel 6 en Figuur 2 is te zien dat in Rotterdam bijna de helft ( $n=5.520$ ) van het aantal jeugdhulptrajecten zijn gestart na verwijzing door een huisarts. Vermoedelijk gaat het hier om verwijzingen naar de jeugd-GGZ. Dit komt overeen met het landelijke beeld<sup>10</sup>. Daarnaast zijn 26% ( $n=3.235$ ) van de trajecten gestart via de gecertificeerde instellingen, in Rotterdam gaat het hier voornamelijk om JBRR, en 9% ( $n=1.095$ ) via de gemeentelijke toegang, in Rotterdam de wijkteams. Bij ruim een derde van het totaal aantal verwijzingen ( $n=18.715$ ) in Rotterdam is geen verwijzer bekend. Dit is niet opgenomen in de tabel. Dit is veel hoger dan landelijk, waar minder dan een vijfde van de verwijzers onbekend is. Het is mogelijk dat sommige aanbieders in Rotterdam de verwijzer niet (voldoende) registreren.

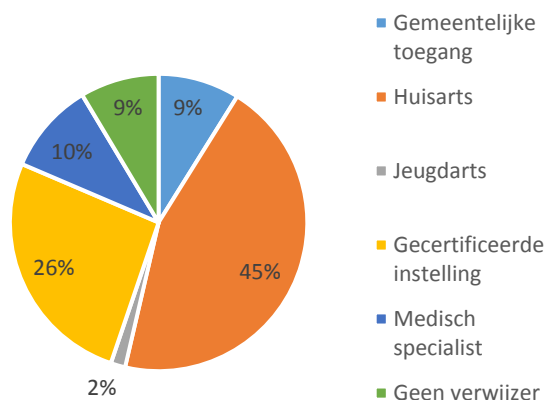
Opvallend is dat scholen en schoolmaatschappelijk werk niet voorkomen bij deze verwijzers, terwijl uit de cliëntenenquête (Hoofdstuk 7) blijkt dat dit belangrijke verwijzers zijn naar jeugdhulp in Rotterdam. Mogelijk vallen zij onder de categorie onbekend.

Uit gegevens van het Vraagontwikkelingsonderzoek<sup>11</sup> van de gemeente Rotterdam bleek dat in 2010 en 2011 bijna de helft (48%) van de verwijzingen naar de jeugd-GGZ plaatsvond via de huisarts, op afstand gevolgd door het ziekenhuis (17%) en een (andere) jeugd-GGZ instelling (10%). Hierbij is de aantekening dat ook in dit onderzoek bij een groot deel van de cliënten (47%) de wijze van aanmelding niet bekend was.

---

<sup>10</sup> CBS Statline; Jeugdhulp, verwijzers en perspectief. Voorlopige cijfers 2015

<sup>11</sup> Anschutz, J., Bus, A. Mieloo, C., Rietveld, L. (2014). Verdiepend onderzoek naar ontwikkeling zorggebruik, problematiek, stapeling van zorg en verwijzingen. Gemeente Rotterdam.



Figuur 2 Aantal en percentage jeugdhulptrajecten naar type verwijzer, Rotterdam, in 2015

Tabel 6 Aantal en percentage jeugdhulptrajecten naar type verwijzer in 2015

Verwijzer	Aantal trajecten*		Verdeling naar verwijzer*	
	Rotterdam	Landelijk	Rotterdam	Landelijk
Gemeentelijke toegang (wijkteams)	1.095	64.390	8,9%	15,9%
Huisarts	5.520	201.870	44,8%	49,8%
Jeugdarts	195	5.575	1,6%	1,4%
Gecertificeerde instelling	3.235	57.150	26,2%	14,1%
Medisch specialist	1.230	26.545	10,0%	6,6%
Geen verwijzer	1.060	49.455	8,6%	12,2%
Totaal verwijzer	12.335	404.985	100%	100%

\*exclusief verwijzer onbekend

Bron: Statline CBS, 2015

## 2.6 Snelheid en beschikbaarheid van hulp

In deze paragraaf zijn cijfers over het aantal wachtenden en wachttijden voor jeugdhulp verzameld om inzicht te krijgen in de snelheid van beschikbaarheid van hulp. Helaas is er geen inzicht in de wachttijden voor de wijkteams, omdat deze niet opgenomen zijn in het standaardregistratiesysteem.

Er is beperkt kwantitatief inzicht in het aantal wachtenden en wachttijden voor de specialistische jeugdhulp. De gemeente registreert deze naar segment, d.w.z. Jeugd- en Opvoedhulp, jeugd met een beperking en jeugd-GGZ. Hierbij moet eerst de kanttekening gemaakt worden dat er niet zomaar conclusies getrokken kunnen worden over verschillen tussen beide jaren. Tot op heden blijkt het lastig om een juiste indicatie te kunnen geven van het aantal wachtenden en de duur. Om dit te verbeteren is in 2016 een traject opgezet.

Het totaal aantal residentiële plekken binnen Jeugd- en Opvoedhulp is afgenomen met 29 bedden in 2016 (7%) en het aantal plekken voor dagbehandeling met 66 (36%). Bij de specialistische behandelgroep (3 milieu), een zorgvorm voor kinderen met zeer ernstige gedragsproblematiek op het snijvlak van LVB, is het aantal plekken echter met 46% toegenomen (52 plekken).

De capaciteit van pleegzorg is gelijk gebleven. Voor bepaalde vormen van jeugdhulp, zoals de leefgroepen 12+ en de zelfstandigheidstraining, is het aantal wachtenden toegenomen<sup>12</sup>. Ondanks de afname in capaciteit is het totaal aantal wachtenden afgenomen. Dit zou deels verklaard kunnen worden doordat deze jeugdigen uiteindelijk in de crisishulp terecht zijn gekomen, waar een forse toename is te zien in de hele regio.

Daarnaast hoeft het wachten niet per se negatieve gevolgen te hebben. Een jeugdige kan al (residentiële) hulp ontvangen en dan is het wachten gericht op een overgang van de ene vorm van hulp naar een andere. In dat geval is er mogelijk wel sprake van inefficiënte inzet van middelen, maar is er geen risico verbonden aan het wachten. In andere situaties zetten wijkteams of jeugdhulpaanbieders overbruggingszorg in tijdens de wachtperiode, totdat de passende hulp beschikbaar is.

Bij de hulp voor Jeugd met beperking varieert de wachttijd voor de intramurale zorg voor de jeugd met beperking tussen 4 en 8 maanden (in 2015). De gegevens voor 2014 zijn helaas niet volledig en worden daarom niet gebruikt ter vergelijking.

Over het aantal wachtenden binnen de jeugd-GGZ zijn geen cijfers bekend voor Rotterdam. Cijfers over wachttijden worden per instelling op hun website gepubliceerd. Uit de focusgroep- en individuele interviews komt naar voren dat de wachttijd bij de jeugd-GGZ niet veel verschilt van voor de decentralisatie, behalve de basishulp via de wijkteams. Deze laatste komt sneller beschikbaar, mits er jeugd-GGZ professionals in de wijkteams actief zijn.

De instellingen geven aan dat de wachttijden in de regio Rijnmond meevallen t.o.v. andere regio's en niet zijn toegenomen, omdat er relatief lage bezuinigingen zijn doorgevoerd in het domein. De jeugd-GGZ laat wel een divers beeld zien. Zo is de wachttijd bij aanbieder Yulius voor klinische opname afgenomen door een verkorting van de behandelduur (met als gevolg een verruiming van opname capaciteit). De wachttijd bij het Erasmus Medisch Centrum is niet gewijzigd en soms lang, omdat er naar een geschikt moment van opname wordt toegewerkt. De wachttijd bij De Fjord (Lucertis) is toegenomen, omdat er veel vraag is naar deze vorm van opname.

## 2.7 Kosten

In Tabel 7 is het financieel overzicht weergegeven van 2013 en 2015. Daarnaast wordt getoond welke ontwikkeling er in de budgetten heeft plaatsgevonden tussen 2013 en 2015.

In Tabel 7 is te zien dat de uitgaven voor zowel de preventieve voorzieningen als basishulp zijn gedaald tussen 2013 en 2015. De kosten voor preventieve hulp zijn gedaald met 0,9% en voor basishulp met 7%. De uitgaven voor specialistische hulp zijn min of meer gelijk gebleven. Er is wel bespaard op kosten binnen de Jeugd en Opvoedhulp, vooral Jeugdzorg Plus, maar niet op de jeugd met een beperking. Dit laatste is een vrij stabiele groep die een continue hulpbehoefte heeft. Bezuinigen op deze hulp was op een korte termijn daardoor niet haalbaar, volgens beleidsmedewerkers. Daarnaast speelt de afspraak van zorgcontinuïteit die het niet mogelijk maakt om veel te bezuinigen op de specialistische hulp. De kosten konden gecompenseerd worden met middelen die vrijkwamen uit de oude Stadsregio.

Omdat de specialistische hulp een veel grotere kostenpost is, is het totale budget slechts weinig afgenomen met 0,4% (695.575 euro).

---

<sup>12</sup> Gebaseerd op informatie van zorgaanbieders.

De verhouding basishulp versus specialistische hulp is niet veel gewijzigd. In 2013 29% versus 71% in 2013 naar 27% versus 73% in 2015. Wanneer je dit uitdrukt in een verhouding, is het in beide jaren 3 staat tot 7. Ook in de verhouding preventieve ondersteuning versus basishulp zijn geen grote verschillen te zien (5 staat tot 4 voor beide jaren).

Tabel 7 Financieel overzicht uitgaven jeugdhulp in 2013 en 2015

	Nulmeting	Tussenmeting
	2013	2015
<b>Preventieve ondersteuning</b>	€	€
Centrum voor Jeugd en Gezin (Jeugdgezondheidszorg en huisvesting)	23.131.757	21.614.835
Trajecten via het Jongerenloket	3.372.245	3.613.226
Preventieve GGZ <sup>13</sup>	891.002	895.798
SMW	5.081.029	5.320.386
Jongerenwerk	11.782.751	12.137.598
Andere uitgaven welzijn jeugd <sup>14</sup>	7.676.891	7.214.918
<b>Preventief</b>	<b>52.083.496</b>	<b>51.589.287</b>
<b>Basishulp<sup>15</sup></b>	<b>41.074.334</b>	<b>38.249.195</b>
<b>Specialistische hulp en gedwongen kader:</b>		
Specialistische jeugdhulp	73.606.818	74.314.886
BJZ/Jeugdbescherming R'dam Rijnmond <sup>16</sup>	27.975.910	27.226.382
<b>Totaal Specialistische hulp en gedwongen kader</b>	<b>101.582.729</b>	<b>101.541.269</b>
<b>Basis- en Specialistische hulp en gedwongen kader</b>	<b>142.657.062</b>	<b>139.790.464</b>
<b>Verhouding kosten preventieve hulp/basishulp</b>		
Preventieve hulp	56%	57%
Basishulp	44%	43%
Preventieve en Basishulp	100%	100%
<b>Verhouding kosten basis/specialistische hulp</b>		
Basishulp	29%	27%
Specialistische hulp	71%	73%
Basis- en Specialistische hulp	100%	100%

Bron: Anschutz et al. (2014), Realisatie 2013, Bureau Frontlijn 2013, Financiële afrekening Gemeente Rotterdam, cluster MO, afdeling Jeugd 2015 & GR rapportage 2015

<sup>13</sup> Exclusief uitgaven collectieve GGZ preventie

<sup>14</sup> Exclusief uitgaven voor gebouwen en peuterspeelzalen.

<sup>15</sup> Onder basishulp 2013 is gerekend: Children's Zone (Bureau Frontlijn), Gezinscoaching, Intensief Case management, MEE, AWBZ ZIN (dagbehandeling, ambulante begeleiding, ZP VG&LG), AWBZ PGB (begeleiding groep, begeleiding individueel, persoonlijke verzorging, verblijf tijdelijk), GGZ basis. De uitgaven voor PGB, circa 7 miljoen, zijn nog een raming.

<sup>16</sup> Uitgaven zijn inclusief een schatting van de kosten voor de William Schrikker Groep, exclusief Leger des Heils.

## 2.8 Jeugdhulp in de vier focuswijken in het nieuwe stelsel

Als onderdeel van de Evaluatie NRJ is besloten om in te zoomen op vier verschillende wijken en die als cases te gebruiken om dieper inzicht te verkrijgen in de processen en veranderingen de komende vier jaar. Aandacht voor de lokale context is van belang, omdat het nieuwe beleid in verschillende omgevingen verschillende uitwerkingen kan hebben. In deze case studie zijn kwantitatieve en kwalitatieve methodieken gecombineerd. Dit hoofdstuk gaat in op de resultaten van de Tussenmeting in de vier focuswijken: Afrikaanderwijk, Zuidwijk, Oosterflank en Liskwartier.

### 2.8.1 Achtergrondinformatie van de vier wijken

Bij de start van de nulmeting zijn vier wijken geselecteerd, op basis van het onderzoek naar jeugdhulpbehoefte (op basis van de Jeugdmonitor) en jeugdhulpgebruik (met Startfoto gegevens over Jeugd- en Opvoedhulp en jeugd-GGZ). De vier wijken zijn gekozen op basis van de hoogte van het jeugdhulpgebruik en de discrepantie tussen jeugdhulpbehoefte en jeugdhulpgebruik. Het gaat om Afrikaanderwijk, Zuidwijk, Oosterflank en Liskwartier.

Tabel 8 bevat een aantal sociaal-demografische gegevens over de vier wijken. Alle gegevens hebben betrekking op 2015 met uitzondering van de gegevens over het inkomen die gaan over 2013. In deze tabel is te zien dat de wijken verschillen in aantal inwoners, % niet-westers allochtonen, % eenouderhuishoudens en inkomen.

Tabel 8 Sociaal-demografische gegevens van de vier focuswijken

	Aantal inwoners	% kinderen (tot 18 jaar)	% niet-westerse allochtonen	% eenouder-huishoudens	% gezinnen met kinderen <18 jaar met laag inkomen
Afrikaanderwijk	8.221	23,3	80	15	42
Liskwartier	7.570	19,8	36	9	23
Oosterflank	10.512	17,5	33	12	18
Zuidwijk	12.194	20,4	43	12	32
Rotterdam	623.967	19,6	37	11	23

### 2.8.2 Samenvatting resultaten nulmeting voor de focuswijken

In het kwalitatieve onderzoek is aan professionals gevraagd of zij verschillende effecten van het nieuwe stelsel verwachten voor verschillende typen wijken. De professionals verschillen van mening over de mate waarin de 'betere wijken' baat hebben bij het nieuwe beleid. Enerzijds stellen sommigen dat de verschillen tussen wijken en sociale klassen groter zullen worden. Zo laten de betere wijken zich kenmerken door sterkere netwerken en zelfredzame en assertieve inwoners, die de weg naar de hulpverlening relatief eenvoudig kunnen vinden. Kwetsbare groepen in achterstandswijken ontbreekt het daarentegen juist aan functionele steunnetwerken met een permanent karakter, volgens sommige professionals. Zij wonen in wijken met een gebrekkige sociale cohesie. Het is kortom allerm minst vanzelfsprekend dat mensen hier op hulp van de burens kunnen rekenen. Ook weten ze de weg naar de hulpverlening juist moeilijker te vinden, waardoor de problemen verergeren. Professionals die werkzaam zijn in Afrikaanderwijk en Zuidwijk noemen deze wijken expliciet als risicowijken.

Anderzijds stellen anderen juist dat wijkgericht werken en vroegtijdig ingrijpen meer kans van slagen heeft bij gezinnen in wijken waar meer risico is op de ontwikkeling van probleemgedrag. Daarbij denken betrokkenen aan wijken waar relatief veel criminaliteit en armoede heerst.



Andersom zou het nieuwe beleid wel eens een negatief effect kunnen hebben op de betere wijken. In dit verband zeggen professionals dat er mogelijk te weinig aandacht uitgaat naar de toename van vechtscheidingen onder hoogopgeleide ouders. Een wijk als Afrikaanderwijk zou juist kunnen profiteren, omdat daar meer aandacht is voor de problematiek en er relatief veel zorgaanbod is.

Daarnaast zijn kwantitatieve gegevens van de vier focuswijken vergeleken. Daaruit bleek in de nulmeting dat de wijken verschilden in het gebruik van preventieve voorzieningen, vroegsignalering, jeugdhulpgebruik en het aantal maatregelen in het gedwongen kader. Zuidwijk sprong eruit door een relatief hoog jeugdhulpgebruik, veel maatregelen uit het gedwongen kader, veel gesignaleerde risico- en aandachtskinderen en een relatief hoog gebruik van preventieve voorzieningen.

De verschillen in het gebruik van preventieve voorzieningen, jeugdhulpgebruik en het aantal maatregelen in het gedwongen kader tussen Zuidwijk en Afrikaanderwijk zijn opvallend, omdat beide wijken veel achterstandskenmerken hebben. Het jeugdhulpgebruik en het voorkomen van maatregelen OTS en voogdij lag bij Zuidwijk hoger dan in Afrikaanderwijk. Een mogelijke verklaring was het hoge percentage niet-westers allochtonen in Afrikaanderwijk, dat vaak gepaard gaat met lager jeugdhulpgebruik.

### 2.8.3 Kwantitatieve informatie van de vier focuswijken

In Tabel 9 zijn de percentages voor jeugdhulpgebruik opgenomen voor Rotterdam totaal en de vier focuswijken, alsmede de percentages risico- en aandachtskinderen, het gebruik van preventieve voorzieningen, en het voorkomen van gedwongen kader, crisisinterventies en beschermingsonderzoeken. Data over kosten zijn niet op wijkniveau beschikbaar. Bijlage 2 laat alle cijfers voor jeugdhulpgebruik in 2013 (nulmeting) voor de focuswijken zien.

#### *Risico- en aandachtskinderen*

Het valt op dat Zuidwijk, evenals in 2013, de hoogste aandelen risico- en aandachtskinderen heeft in de focuswijken. Als we naar de ontwikkeling kijken, dan valt op dat in Zuidwijk het aandeel risicokinderen in de leeftijd van 0-4 jaar aan het dalen is, terwijl die aandelen in de andere focuswijken juist toenemen. Met name Oosterflank e.o. springt eruit met een toename van meer dan 10%. De toename van het aandeel risicokinderen in de leeftijdsklasse van 6 jaar is in Afrikaanderwijk e.o. het kleinst. In de andere wijken ligt die toename ruim boven het Rotterdams gemiddelde. Het percentage risicokinderen in Liskwartier e.o. ligt in genoemde leeftijdsklassen respectievelijk op en (flink) onder het Rotterdamse gemiddelde.

#### *Het preventieve veld*

Informatie over het preventieve veld is beperkt tot de jeugdgezondheidszorg (CJG) en het schoolmaatschappelijk werk (SMW). Daarnaast hebben we het gebruik van de politiezorgformulieren opgenomen. Hiermee wordt een groot gedeelte van het preventieve (gesubsidieerde) veld gedekt, behalve wat betreft jongeren. Betrouwbare cijfers over jongerenwerk en jongerencoaching door welzijnsorganisaties voor 2015 waren echter niet voorhanden.

Het aandeel kinderen tot 4 jaar dat in beeld is van het CJG schommelt in de wijken rond het Rotterdamse gemiddelde – ook wat betreft de lichte toename van deze aandelen. De variatie wat betreft de kinderen vanaf 4 jaar tot 18 jaar is wat groter. Het aandeel kinderen van 4 tot 18 jaar dat in beeld is bij het CJG in het Liskwartier is benedengemiddeld en ook niet toegenomen, terwijl dat in de andere drie focuswijken naar een bijna volledige ‘dekking’ door het CJG tendeert. Bezien we het aantal voltooide consulten in deze leeftijdscategorie, dan blijft dat, met uitzondering van Oosterflank e.o., achter bij het Rotterdamse gemiddelde. In Zuidwijk en het Liskwartier is de afname van het aandeel voltooide consulten groter dan gemiddeld.



Het bereik van het SMW onder kinderen tot 12 jaar is benedengemiddeld in de focuswijken en neemt, met uitzondering van het Liskwartier, ook af. Het bereik van het SMW onder leerlingen in het voortgezet onderwijs daarentegen ligt in de focuswijken ruim boven het stedelijk gemiddelde, met als hoogste aandeel Zuidwijk en het laagste aandeel in Oosterflank e.o. Er waren geen gegevens over SMW in het voortgezet onderwijs uit 2013 beschikbaar op postcode 4 niveau.

Ten aanzien van het gebruik van zorgformulieren door de politie zijn in de focuswijken slechts kleine veranderingen waarneembaar.

### *Jeugdhulp*

De jeugdhulpgegevens uit 2015 zijn helaas niet goed vergelijkbaar met 2013, dus we laten hier de ontwikkeling van het jeugdhulpgebruik in de focuswijken achterwege. De belangrijkste constatering is hier dat de jeugdhulp zonder verblijf in Liskwartier, Zuidwijk en Afrikaanderwijk beneden gemiddeld is. In Oosterflank e.o. is in 2015 gemiddeld gebruik gemaakt van deze jeugdhulp (10%). Dit kan te maken hebben met de relatief hogeropgeleide bevolking in Oosterflank en meer gebruik van jeugd-GGZ.

### *Gedwongen kader, crisisinterventies en veiligheid*

In het algemeen zijn de aandelen maatregelen in het gedwongen kader klein in vergelijking met andere vormen van ondersteuning, en zijn de veranderingen daarin sinds 2013 ook beperkt. Binnen de focuswijken kan worden geconstateerd dat in Zuidwijk relatief hoge aandelen jeugdigen gebruik maken van maatregelen in het gedwongen kader, met als goede tweede Afrikaanderwijk e.o.

Het is lastig om verklaringen te vinden voor de verschillen in gebruik van voorzieningen tussen de focuswijken. Ze lijken meer met de populatie en mogelijk het gedrag van huisartsen dan met de aanpak van de wijkteams te maken te hebben. De sterkste aanwijzing daarvoor is Oosterflank, dat het hoogste percentage jeugdhulpgebruik van de vier wijken heeft en tegelijkertijd het laagste aandeel lage inkomens en niet-westers allochtonen. Uit interviews in de Tussenmeting blijkt dat hogeropgeleide ouders een voorkeur hebben voor de route via de huisarts (richting jeugd-GGZ). Uit de Startfoto weten we dat de grootste aantallen jeugdigen met jeugdhulp in de jeugd-GGZ te vinden is. Uit literatuur weten we ook dat niet-westers allochtone jeugdigen ondervertegenwoordigd zijn in de jeugd-GGZ. Dus deze factoren samen bieden mogelijk een verklaring voor het hogere jeugdhulpgebruik in Oosterflank.

Tabel 9 Percentage en verandering in (preventief) jeugdhulpgebruik in de vier focuswijken in 2015 (tussen haakjes: verandering t.o.v. 2013)

	Rotterdam	Liskwartier Bergpolder	Zuidwijk	Afrikaanderwijk, Katendrecht, Kop van Zuid (-Entrepot)	Oosterflank, Prinsenland, Het Lage Land
Postcode4gebied		3037	3085	3072	3066, 3067
Gebied		Noord	Charlois	Feijenoord	Prins Alexander
0-18 jarigen	121.930	1.532	2.458	3.241	5.076
0 tot 18 jarigen tov alle bewoners	19,5%	20,0%	20,2%	21,8%	16,5%
Risico- en aandachtskinderen (0-4jr)	36% (0%)	35% (+5,5%)	51% (-3,1%)	49% (+6,2%)	44% (+11,3%)
Risico- en aandachtskinderen (6 jr)	46% (+1,4%)	34% (+7,6%)	64% (+7,9%)	41% (+1,4%)	54% (+7,5%)
<b>Preventief hulpgebruik</b>					
In beeld bij CJG (0-4jr)	98,3% (+0,7%)	98,3% (+1,2%)	98,6% (+1,2%)	97,6% (+0,1%)	98,3% (+0,1%)
In beeld bij CJG (4-18jr)	98,5% (+1,5%)	96,1% (0,0%)	100% (+4,0%)	100% (+6,2%)	99,1% (+0,0%)
Voltooide consulten (0-4jr)	94,0% (+1,4%)	94,2% (+0,7%)	92,7% (+3,1%)	93,2% (+2,5%)	94,9% (+1,4%)
Voltooide consulten (4-18jr)	88,1% (-3,3%)	83,9% (-7,7%)	85,4% (-8,0%)	85,1% (-1,1%)	93,3% (-0,9%)
SMW (0-12jr) <sup>17</sup>	5,3% (0%)	3,6% (+1,6%)	3,3% (-3,3%)	2,9% (-3,0%)	2,1% (-1,5%)
SMW voortgezet onderwijs <sup>18</sup>	6,1%	10,5%	16,2%	13,3%	8,1%
Zorgformulieren politie (0-18jr)	2,3% (+0,1%)	2,3% (+1,1%)	2,8% (+0,1%)	2,4% (+1,2%)	2,4% (+0,3%)

<sup>17</sup> Het percentage voor Rotterdam Totaal in deze tabel is lager dan in Tabel 2, omdat hier is uitgegaan van de leerlingen die in Rotterdam wonen en waarvan dus de postcode van het woonadres bekend is. Bij twee SMW aanbieders is deels uitgegaan van de postcode van de basisschool. Bij 8% mist de postcode van het woonadres.

<sup>18</sup> Dit is het aantal leerlingen op het voortgezet onderwijs met SMW waarvan de postcode van het woonadres bekend is en die wonen in Rotterdam. Bij 17% mist de postcode van het woonadres.

	Rotterdam	Liskwartier Bergpolder	Zuidwijk	Afrikaanderwijk Katendrecht Kop van Zuid (-Entrepot)	Oosterflank Prinsenland Het Lage Land
<b>Jeugdhulp<sup>19</sup></b>					
% jeugdhulp zonder verblijf (0-18)	10%	6%	7%	6%	10%
% jeugdhulp met verblijf (0-18)	2%	1%	2%	1%	2%
% jeugdhulp (0-18)	11%	7%	8%	7%	11%
<b>Gedwongen kader</b>					
OTS en voogdij (0-18jr)	1,2% (-0,3%)	0,9% (-0,2%)	2,6% (+0,4%)	1,5% (+0,5%)	1,6% (+0,1%)
Jeugdreclassering (12-23jr)	1,2% (+0,4%)	0,5% (-0,2%)	1,6% (-0,1%)	1,7% (+0,1%)	0,8% (+0,3%)
Crisisinterventie (0-18jr)	0,7% (+0,1%)	0,5% (+0,3%)	1,0% (+0,2%)	0,8% (+0,3%)	0,7% (+0,2%)
Uithuisplaatsing op 1-1-2013/1-1-2016 (0-18jr)	0,4%	0,1%	0,7%	0,5%	0,4%

<sup>19</sup> Bij circa 23% is de postcode van het woonadres onbekend.

## 2.9 Deelconclusies Hoofdstuk 2

Hoofdstuk 2 van de rapportage schetst een beeld van de ontwikkelingen in het gebruik van (preventieve) jeugdhulp, het gebruik van het gedwongen kader, wachtenden, verwijzingen en kosten, alsmede kwantitatieve ontwikkelingen in de vier focuswijken.

Over het algemeen zijn er geen grote verschuivingen in het jeugdhulpgebruik of de kosten van jeugdhulp te zien. De gewenste “verschuiving naar voren” is nog niet zichtbaar. Wel zijn er meer kinderen met minder financiering geholpen en is het aantal jeugdigen met OTS en jeugdreclassering fors gedaald. De gemeente kan deze ontwikkeling verder stimuleren door meer te investeren in basishulp en preventieve ondersteuning.

Wat opvalt bij het gebruik van preventieve hulp is dat er een toename is van het bereik van het pedagogisch spreekuur en SMW. Dit laatste lijkt vooral te komen door een toename van het bereik onder adolescenten door het SMW. Echter, niet alle preventieve ondersteuning is goed in beeld vanwege registratieproblematiek en aanbod gefinancierd door andere partijen dan de gemeente.

Door verandering in de indeling van het aanbod kon er geen goede vergelijking gemaakt worden tussen 2013 en 2015 voor het aantal cliënten in de jeugdhulp. Dit heeft onder andere te maken met verschillen in definitie van basishulp en specialistische hulp, maar ook doordat nog niet alle registratiesystemen optimaal functioneerden en gegevens daardoor niet geschikt waren voor analyse. Echter, het zal bij de eindmeting wel mogelijk zijn om een goede vergelijking met de cijfers van de tussenmeting te maken. Bijna 11% van de Rotterdamse jeugdigen ontving in 2015 jeugdhulp. Hiervan ontvingen de meeste jeugdigen jeugdhulp zonder verblijf (93%) en 30% procent van de cliënten kreeg jeugdhulp vanuit het wijkteam. Van de Rotterdamse jeugdigen met jeugdhulp kreeg 14% jeugdhulp met verblijf, dat is 2% van alle Rotterdamse jeugdigen.

Bij het aantal jeugdigen met een OTS-maatregel, met jeugdreclassering, met een machtiging uithuisplaatsing en met een beschermingsonderzoek is een (flinke) daling te zien. Het aantal jeugdigen met een voogdijmaatregel is gelijk gebleven. Het aantal jeugdigen met een crisisinterventie is gelijk gebleven. Over het aantal AMK onderzoeken/onderzoeken Veilig Thuis kunnen de cijfers voor 2013 en 2015 niet goed vergeleken worden, vanwege verandering in werkwijze en registratie in deze periode.

Bij de verwijzers is te zien dat het grootste deel van instroom in de jeugdhulp in Rotterdam via de huisarts en gecertificeerde instellingen (JBRR) loopt. Wat betreft de huisarts is dit conform het landelijke beeld. In Rotterdam loopt 9% van de instroom bij jeugdhulp via de wijkteams. Echter, een groot deel van de verwijzers in Rotterdam is onbekend. Het feit dat een relatief klein aantal verwijzingen via de wijkteams loopt, komt mogelijk voort uit het feit dat het hier gaat om de verwijzers voor trajecten die lopen in 2015. Een groot deel van deze trajecten bestaat nog uit kinderen met overgangsrecht. Hun verwijzing dateert daardoor van voor de wijzigingen in het jeugdstelsel.

Over het algemeen is de capaciteit in de (semi) residentiële zorg afgenomen, in ieder geval bij Jeugd- en Opvoedhulp. Toch is het aantal wachtenden gedaald. Mogelijk is dit een gevolg van verschuivingen naar andere vormen van hulp, ook binnen de residentiële setting. Het inzicht in het aantal wachtenden en wachttijden in de jeugd-GGZ is nog beperkt. Voor jeugd met een beperking waren geen goede cijfers voor een nulmeting voor handen.

Als gekeken wordt naar de kosten is er geen grote verschuiving zichtbaar. Wat opvalt, is dat de uitgaven in het preventieve veld en de basishulp zijn gedaald. De uitgaven voor specialistische hulp zijn min of meer gelijk gebleven. Bezuinigen op deze hulp was op de korte termijn niet haalbaar, omdat veel jeugdigen nog vallen onder het overgangsrecht. De kosten konden gecompenseerd worden met middelen die vrijkwamen uit de oude Stadsregio.

Wat betreft de ontwikkelingen in de focuswijken, kunnen we stellen dat in 2015 Liskwartier het meest naar het Rotterdamse gemiddelde tendeert. Deze wijk kent ook lage aandelen aandachts- en risicokinderen. In Zuidwijk en in iets mindere mate in Afrikaanderwijk e.o. zien we hoge aandelen gebruik van preventieve ondersteuning en maatregelen in het gedwongen kader.

In Oosterflank, met een relatief flinke toename van aandachts- en risicokinderen, zien we een relatief hoog gebruik van jeugdhulp zonder verblijf. Het is lastig om verklaringen te vinden voor de verschillen in gebruik van voorzieningen tussen de focuswijken. De verschillen lijken meer met de populatie samen te hangen en mogelijk met het gedrag van huisartsen dan met de aanpak van de wijkteams.

## 3 Ervaringen van professionals met het nieuwe stelsel

### 3.1 Inleiding

Hoofdstuk 3 beschrijft de ervaringen van professionals uit de gehele jeugdketen met het nieuwe stelsel. Deze zijn gebaseerd op focusgroepen en interviews met 23 professionals uit het preventieve veld en de toeleiding naar jeugdhulp die werkzaam zijn in de focuswijken Afrikaanderwijk, Liskwartier, Oosterflank en Zuidwijk. Dit betreft schoolmaatschappelijk werkers, orthopedagogen en jeugdverpleegkundigen, vertegenwoordigers uit de kinderopvang, het jongerenwerk, scholen, huisartsen en politie. Daarnaast hebben de onderzoekers de wijkteamleiders en 20 medewerkers uit de wijkteams werkzaam in de focuswijken Afrikaanderwijk, Liskwartier, Oosterflank en Zuidwijk geïnterviewd, individueel en in focusgroepen.

Op stedelijk niveau zijn er interviews geweest met negen professionals uit de specialistische hulp, jeugdbescherming/jeugdreclassering, Veilig Thuis en het Crisisinterventieteam. Deze worden in het vervolg aangeduid als "specialistische hulp en gedwongen kader". Daarnaast is er nog een stedelijke focusgroep georganiseerd met negen managers en kwaliteitsmedewerkers uit de hele jeugdketen. De focus van dit kwalitatieve deel van het onderzoek ligt op de ervaren effecten van het nieuwe jeugdstelsel in algemene zin en specifieke ervaren effecten op de zeven thema's.

Dit kwalitatieve onderzoeksdeel richt zich op de inventarisatie van ervaringen met het jeugdstelsel, zoals eerder in de nulmeting ook is gedaan. Het levert aanvullende kennis op bij de kwantitatieve analyses, verdiepend inzicht in hoe de implementatie van het jeugdstelsel wordt ervaren en draagt bij aan mogelijke verklaringen voor ontwikkelingen die in het kwantitatieve deel zijn gesignaleerd. Door het kwalitatieve deel vooral te richten op vier zgn. focuswijken is gepoogd een zo groot mogelijke variatie in contexten te representeren. Op basis van gegevens over zorggebruik en de discrepantie tussen zorgbehoeften en gebruik zijn deze verschillende wijken gekozen – en is voldoende variatie in onze sample geborgd.

De bewijskracht van het kwalitatieve onderzoek is gebaseerd op het mechanisme van triangulatie. Dat wil zeggen dat de kracht van de onderbouwing wordt gevonden in een systematische vergelijking van verschillende perspectieven (van verschillende categorieën stakeholders), van verschillende databronnen, gecombineerd met het gebruik van onderzoeksliteratuur (m.n. ten aanzien van de wijkteams)

Bijlage 3 geeft een overzicht van het aantal en type professionals die deel hebben genomen aan de interviews en focusgroepen

### 3.2 Algemeen

De algemene teneur in de gesprekken met professionals uit zowel het preventieve veld, als de wijkteams en de specialistische hulp is dat men de *richting* van het nieuwe jeugdstelsel ondersteunt, dat de huidige *inrichting* van het stelsel mogelijkheden biedt om de nieuwe jeugdhulp uit te voeren, maar ook elementen mist, en dat de *verrichting* van de jeugdhulp volgens de nieuwe uitgangspunten nog verder kan worden ontwikkeld.

De meeste geïnterviewde professionals ondersteunen de zorginhoudelijke uitgangspunten van de transformatie (hulp dichtbij, minder hulpverleners in een gezin, regie meer bij cliënt). Daarbij constateren zij dat de toegankelijkheid van met name basishulp door de interdisciplinaire samenwerking in de wijkteams is verbeterd. Ook het gebiedsgericht werken wordt als pluspunt genoemd (het beter kennen en kunnen benutten van de lokale sociale infrastructuur voor de ondersteuning van cliënten).

Daarnaast is er waardering voor de samenwerking tussen ketenpartners, al nemen zij nog wel wat hindernissen en onduidelijkheden waar.

Tegelijkertijd wordt door professionals uit de verschillende velden ervaren dat ‘kaders en eenduidigheid’ ontbreken. Daarmee wordt onder meer bedoeld dat op operationeel niveau in ieder geval niet altijd bekend is hoe de verantwoordelijkheden binnen het stelsel zijn verdeeld, welke organisatie of functionaris verantwoordelijk is voor welke onderdelen van de hulp of voor welke doelgroep en bijvoorbeeld wie de casusregie dient te voeren. Daarnaast geeft men aan dat werkprocessen niet altijd op dezelfde manier worden geïmplementeerd, met name bij wijkteams, waardoor burgers in gelijke omstandigheden verschillend behandeld kunnen worden.

Tegenover de verbeterde toegankelijkheid van de basishulp staat de constatering van professionals uit verschillende velden, ook van wijkteams zelf, dat de professie op diverse onderdelen verder ontwikkeling behoeft teneinde betere ondersteuning te kunnen verlenen. Voorts ervaren professionals leemtes in het ondersteuningsaanbod, zowel in het preventieve aanbod als in bepaalde vormen van jeugdhulp.

Tot slot maken professionals uit de verschillende velden zich zorgen om het bereik van de jeugdhulp onder kwetsbare groepen. Met name de doelgroep van ouders en/of jeugdigen met een licht verstandelijke beperking (LVB) vormt in de ogen van de professionals vanuit het oogpunt van bereik binnen het nieuwe stelsel een risicogroep.

### **3.3 Versterken eigen kracht en sociale netwerken**

Het versterken van de eigen kracht gebeurde ook al in het oude stelsel, maar professionals in zowel het preventieve veld, de basishulp als de specialistische hulp geven aan nu bewuster bezig te zijn met het benutten van ‘eigen kracht’ en het inzetten van sociale netwerken. Daarbij kan worden geconstateerd dat er in de jeugdketen geen eenduidige opvattingen zijn over wat onder ‘eigen kracht’, of een vergelijkbare term als zelfredzaamheid, verstaan moet worden. Zo zijn er professionals die aangeven ‘competentiegericht’ te werken: vooral zoekend naar mogelijkheden om de kennis en vaardigheden van cliënten te ontwikkelen. Anderen geven aan meer gericht te zijn op de inventarisatie van sociale netwerken en op de inschakeling van sleutelpersonen daaruit. Sommige professionals hebben het idee dat ze noodgedwongen, vanwege bezuinigingen en omdat voorzieningen wegvallen, burgers meer op hun eigen kracht moeten wijzen. Zij beschouwen “eigen kracht” als iets negatiefs.

Dat betekent ook dat de aanpakken gericht op de versterking van ‘eigen kracht’ verschillen, zowel tussen organisaties als tussen medewerkers. Dat betekent dat er in het algemeen ook niet sprake is van een systematische of methodische benadering van ‘eigen kracht’ of de inzet van sociale netwerken binnen de jeugdketen. Slechts op enkele plekken binnen het jeugdstelsel (bij drangzaken binnen de jeugdbescherming en bij Veilig Thuis) is sprake van de keuze voor en introductie van een specifieke methodiek. In Oosterflank kunnen preventieve professionals zogenaamde netwerkcoaches inzetten (die helpen het netwerk in kaart te brengen en te verbreden met behulp van methodieken).

Daarnaast wordt in de hele keten ervaren dat er grenzen zijn aan het inzetten van ‘eigen kracht’. Het versterken van eigen kracht werkt bijvoorbeeld niet goed voor cliënten die zorg mijden, omdat dan enige drang nodig is en geen ‘vrijblijvendheid’. Professionals merken ook weerstand bij sommige cliënten tegen deze benadering (cliënten voelen zich soms niet gesteund met het beroep op eigen kracht). Vaak wordt opgemerkt dat veel cliënten geen of geen geschikt sociaal netwerk hebben, net als bij de nulmeting. Anderen hebben begeleiding nodig om tot meer zelfredzaamheid te komen. Preventieve professionals en wijkteams geven aan zorgen te hebben over juiste doorverwijzing bij de toegang, zoals de Vraagwijzers.

Tot slot van dit thema zij opgemerkt dat de aandacht voor de inzet van vrijwilligers voor de ondersteuning van jeugdigen en gezinnen gering is.



Dat geldt wat minder voor welzijnsorganisaties en bijvoorbeeld het CJG, maar professionals van andere organisaties zijn daar niet erg op gericht. Welzijnsorganisaties zetten al langer vrijwilligers in, voor klusjes zoals boodschappen doen of hulp bij de administratie. Ook binnen de jeugdgezondheidszorg is er enige vertrouwdheid met de inzet van vrijwilligers, met name bij interventies als Ouders in Actie en Home-Start. Preventieve professionals merken op dat zij schaarste ervaren aan vrijwilligersaanbod.

### 3.4 Passende hulp

Professionals in de hele jeugdketen proberen ondersteuning op maat te bieden, die aansluit bij de situatie en wensen van de cliënt. Een dergelijke vraaggerichte benadering is echter als zodanig niet nieuw. Dat geldt wel voor de bredere benadering (integraal of generalistisch werken, breed naar problematiek kijken) in met name de basishulp, maar ook in andere onderdelen van de keten (zoals de jeugdbescherming) en bijvoorbeeld de gerichtheid op 'eigen kracht', zoals we hiervoor zagen.

Preventieve professionals ervaren het bieden van hulp thuis door wijkteams als een vooruitgang in vergelijking met het oude jeugdstelsel. Ook de laagdrempelige benadering van Bureau Frontlijn in de Children's Zone helpt volgens professionals om zicht te krijgen op de problematiek van sommige gezinnen.

Wijkteammedewerkers ervaren het integraal werken als positief. Door het multidisciplinaire karakter van het wijkteam kan beter aangesloten worden bij de vraag van de cliënt en kan er sneller toegang worden verkregen tot bepaalde typen ondersteuning zonder te hoeven doorverwijzen. De integrale benadering helpt de wijkteams om beter en sneller op de vraag van de cliënt in te spelen. Daar tegenover staat dat de cliënt niet altijd gemotiveerd is voor een integrale benadering. Een algemene ervaring is dat de aanpak van materiële problemen nogal dominant is, ten koste van bijvoorbeeld opvoedingsondersteuning. Dat heeft vaak te maken met de motivatie van de klant en soms de urgentie van de problematiek (bij dreigende huisuitzetting bijvoorbeeld).

Professionals uit het specialistische veld ervaren bovendien dat jeugdzorgaanbieders creatiever zijn geworden in het creëren van nieuw hulpaanbod, aansluitend bij de vraag van cliënten.

Professionals vanuit de diverse velden signaleren wel een aantal belemmeringen om optimale, passende hulp te kunnen bieden. Deze betreffen in het algemeen drie onderwerpen: de professie, het aanbod aan voorzieningen en de samenwerking met ketenpartners.

Elementen die met de uitvoering van de *professie* te maken hebben, zijn voor de wijkteammedewerkers: methodische vaardigheden in verband met generalistisch werken (zonder de specialistische kennis te verwaarlozen), de veranderende klantrelatie in de basishulp, specifieke expertise om problemen te kunnen signaleren (bijvoorbeeld LVB, GGZ), kennis van het toekennen van PGB's en het stellen van indicaties, expertise in het omgaan met cliënten waarbij drang of een sturende aanpak nodig is, en kennis van de sociale kaart van het werkgebied. Zowel de preventieve professionals als degenen uit de specialistische hulp ervaren grote verschillen tussen wijkteams en zelfs binnen wijkteams voor wat betreft de expertise. Professionals uit het preventieve veld en het gedwongen kader ervaren dat de expertise van wijkteams met betrekking tot multiprobleem gezinnen en het bieden van een meer sturende en vasthoudende aanpak soms nog te weinig ontwikkeld is.

Lacunes in het aanbod aan voorzieningen zijn hiervoor al genoemd. Professionals missen laagdrempelige, preventieve groepsaanpakken (zoals SoVa-trainingen, MEE-trainingen, lotgenotengroepen, onderwijsvoorzieningen zoals de Wijkschool, vrijwilligersaanbod) en bepaalde vormen van jeugdhulp (zoals kamertraining/begeleid wonen, RAP-team, intensieve gezinsbegeleiding voor allochtone gezinnen). Er wordt door enkele specialistische professionals gesignaleerd dat collega's in de basishulp of het preventieve veld ook niet altijd bekend zijn met voorzieningen.

In verband met de samenwerking in de keten kan worden geconstateerd dat de triage nog niet altijd soepel verloopt. Preventieve professionals vinden dat het wijkteam hun werk soms overdoet. Wijkteams vinden dat preventieve professionals soms te lang “voortmodderen”. Specialistische hulpverleners vinden dat wijkteams het soms te lang zelf proberen, voor ze doorverwijzen.

Bij de nulmeting was een aantal professionals bang dat het aandeel kleinere jeugdhulpaanbieders zou verminderen in het nieuwe stelsel. Dit mogelijke effect hebben we onderzocht. Voor de vrijgevestigde GGZ zijn hiervoor weinig aanwijzingen. Er zijn minder dan vijf aanbieders gestopt in 2015. De betalingscondities (bevoorschotting) zijn gunstiger voor de GGZ aanbieders dan in het oude stelsel, volgens een beleidsmedewerker. Wel was een deel van de vrijgevestigde GGZ in 2015 snel door hun budget heen.

### **3.5 Snelheid van beschikbaarheid van hulp**

Volgens de professionals komt met name basishulp sneller op gang dan in het oude stelsel, vanwege het wegvallen van de indicatie en de inzet van psychologen in de wijkteams. Het hele aanmeld- en intakeproces is korter dan in het oude stelsel. Volgens preventieve professionals en wijkteammedewerkers zelf helpen wijkteams de meeste cliënten binnen 2-3 weken. Ze geven echter aan dat in het oude stelsel, via Bureau Jeugdzorg, het proces van aanmelding tot start van de hulp vaak vier maanden duurde. Bij specialistische hulp zien de geïnterviewde professionals weinig verschil met het oude stelsel. Preventieve professionals geven wel aan dat de route via de huisarts sneller gaat dan via het wijkteam, met name bij jeugd-GGZ problematiek. Tijdens de periode van het onderzoek was er sprake van wachtlijsten bij Veilig Thuis, vanwege een werkachterstand door capaciteitsproblemen, en ook een minder goede bereikbaarheid van het Crisisinterventieteam (CIT).

In verband met de tijdige inzet van hulp wordt een aantal problemen genoemd. Professionals geven aan dat verschillen in werkprocessen (van met name wijkteams) en administratieve procedures vertragend werken. Dit geldt ook op het niveau van zorgaanbieders. Zij ervaren meer administratieve belasting, omdat verschillende gemeenten werken met elk hun eigen procedures en formulieren. Voorts noemen professionals, waaronder wijkteammedewerkers, dat men soms nog te weinig expertise heeft om tijdig problemen te herkennen of snel te kunnen beoordelen wat een geschikte aanpak van problemen is. Het niet goed om weten te gaan met financiële problematiek, PGB-aanvragen en indicatiestellingen kan leiden tot vertraging in de organisatie van de hulpverlening aan gezinnen. Daarnaast heeft de samenvoeging van jeugdbescherming en jeugdreclassering volgens professionals geleid tot organisatorische problemen en meer wachttijd bij jeugdbescherming, ten tijde van het onderzoek (eerste kwartaal 2016). Ook kost het volgens professionals van Veilig Thuis soms meer tijd dan nodig als een casus langs het Jeugdbeschermingsplein moet, omdat een wijkteam te weinig vasthoudend is in de zwaardere casussen. Uiteindelijk komen deze casussen vaak toch weer terug bij het wijkteam voor ondersteuning.

Tot slot, het is bij passende hulp al aan de orde gekomen, maken wijkteammedewerkers melding van het schaarser worden van preventief aanbod.

### **3.6 Aanvaardbare kosten**

De kosten van hulp en ondersteuning lijken meer op het netvlies te staan van professionals, in ieder geval bij wijkteams, en ook bij specialistische hulp aanbieders. Professionals zien echter nog mogelijkheden tot meer kostenbeheersing.

Overwegingen van kosten van ondersteuning lijken wat meer in de wijkteams te spelen dan in het preventieve en specialistische veld. Dat heeft wellicht ook te maken met de sturing door de wijkteamleiders, die dat onderwerp geregeld agenderen in de bespreking van ondersteuningstrajecten en bij bestellingen. Niet alle wijkteammedewerkers hebben zicht op de kosten van bestellingen (van specialistische hulp), omdat er vaak sprake is van een arbeidsdeling in een wijkteam.

Preventieve professionals hebben over het algemeen weinig zicht op de kosten van hulp en ondersteuning. Een klein deel gaat bewuster om met de inzet van hulp dan in het verleden. Aanvragen van diagnostisch onderzoek voor GGZ problematiek door (veelal hoogopgeleide) ouders zijn een aandachtspunt volgens hen.

Een belangrijke mogelijkheid tot meer kostenbeheersing ligt volgens professionals in de optimalisering van de op- en afschaling. Professionals uit de verschillende velden geven te kennen dat soms te laat wordt opgeschaald, waardoor dure zorg onontkoombaar is geworden. In sommige andere gevallen wordt juist weerodeloos snel opgeschaald. En afschalen naar lichtere vormen van hulp en meer inzet van het wijknetwerk verdient in het algemeen nog meer aandacht.

In de ogen van de preventieve professionals is een betere bekendheid van het aanbod binnen het wijknetwerk nodig, bij wijkteams en binnen het wijknetwerk zelf. Daardoor zouden professionals meer kunnen doorverwijzen en afschalen naar partners in het wijknetwerk. Zo weten bijvoorbeeld huisartsen soms niet goed wat CJG's bieden.

Een specifieke kwestie in deze is de toekenning van PGB's door wijkteammedewerkers. Gebrek aan kennis, ervaring en leidraden leveren risico's op kosten-ineffectiviteit op dit vlak op.

Professionals zien ook mogelijkheden om de efficiëntie in het werkproces te verbeteren. Sommige wijkteammedewerkers ervaren een hoge administratieve belasting. Ook ervaren specialistische professionals soms dubbelingen in het werk in het werk tussen bijvoorbeeld wijkteam en specialistische hulp, omdat rollen en verantwoordelijkheden nog niet altijd duidelijk zijn.

Vanuit de specialistische hulp geven instellingen aan dat er meer flexibiliteit is in het nieuwe stelsel en meer mogelijkheden om samen met de gemeente en andere organisaties na te denken over ander en goedkoper aanbod.

De professionals zien nog mogelijkheden voor verbeteringen wat betreft kosten door te investeren in de expertise van wijkteams, bijvoorbeeld op het gebied van cliënten met een (licht) verstandelijke beperking. Als de wijkteams zelf meer vaardigheden ontwikkelen om ouders met een kind met een verstandelijke beperking te begeleiden, dan is er volgens specialistische aanbieders minder specialistische hulp nodig. Ook bij gezinnen met huiselijk geweld speelt dit. Als wijkteams vasthoudender zouden zijn bij deze gezinnen, zou volgens Veilig Thuis medewerkers minder onderzoek van Veilig Thuis en minder Raadsonderzoeken nodig zijn.

### **3.7 Bereik van kwetsbare groepen**

In het bereik van kwetsbare groepen is weinig veranderd volgens professionals in de verschillende velden. Er zijn (nog steeds) zorgen bij professionals over het bereik van kwetsbare groepen. Met name de LVB-groep wordt door verschillende professionals genoemd, maar daarnaast ook zorgmijders, bewoners met een migratie-achtergrond, mensen die in armoede leven en personen met psychiatrische problemen. Hier en daar zijn er aanwijzingen dat sommige groepen beter bereikt worden.

Sommige aspecten van de wijkteams lijken positief te werken op het bereik van kwetsbare groepen. Zo melden wijkteams positieve ervaringen met het werken met schoolcontactpersonen, waardoor kinderen en hun ouders naar wijkteams worden verwezen, die in het verleden wellicht minder snel bij jeugdhulp terecht waren gekomen. Een behulpzame factor daarbij is dat het wijkteam laagdrempelig een specialist kan betrekken, bijvoorbeeld een psycholoog in het wijkteam. Een doorverwijzing naar een psychologenpraktijk zou een te hoge drempel voor veel gezinnen vormen, mede vanwege het stigma.

Wat betreft de LVB groep, uit preventieve professionals en wijkteams zorgen over de minder zichtbare toegang tot de jeugdhulp voor deze groep, via de Vraagwijzers en het centrale telefoonnummer 14010.

Sommige preventieve professionals hebben twijfels over de expertise van Vraagwijzers en wijkteams wat betreft omgang en herkenning van de LVB groep. Wijkteams vrezen daarnaast dat de toegang ook voor andere groepen mogelijk niet goed werkt, zoals burgers die de Nederlandse taal slecht beheersen en voor mensen met beladen problemen zoals huiselijk geweld. Sommige organisaties die zorg bieden aan jeugd met een verstandelijke beperking zijn bereid om welzijnsinstellingen en andere wijknetwerkorganisaties te ondersteunen bij de herkenning van de verstandelijk beperkten groep, omdat zij daar een lacune ervaren. Het is echter lastig om hiervoor een financieringsmodel te ontwerpen.

Wat betreft multi-problem gezinnen, signaleren preventieve professionals dat de een gezin-een plan aanpak beter werkt voor deze groep, dan voorheen. Wel hebben zowel sommige preventieve professionals als professionals uit de specialistische hulp/gedwongen kader zorgen over de expertise van wijkteams om om te gaan met multi-problem gezinnen en in het algemeen met gezinnen die geen hulpverlening willen.

Wat betreft migranten, lijkt er weinig veranderd in het bereik volgens preventieve professionals.

Voor een beter bereik onder kwetsbare bewoners vestigen zowel de professionals in het preventieve veld als in de wijkteams hun hoop op de versterking van de wijknetwerken. Ook versterking van de relaties van het wijkteams met partners in het wijknetwerk zoals scholen, CJG, huisartsen en woningbouwcorporaties vinden zij belangrijk. Preventieve professionals en wijkteams geven verder aan dat een betere zichtbaarheid van wijkteams op scholen (bijv bij voorlichtingsavonden, of door trainingen te geven) voor bredere bekendheid bij ouders kan zorgen. Op die manier kan meer vorm gegeven worden aan het outreachend werken, ook al heeft het wijkteam zelf geen toegangsfunctie.

Volgens preventieve professionals staan steeds meer ouders positief tegenover het wijkteam. Maar er heerst ook nog onbekendheid bij veel ouders. De preventieve professionals moeten het wijkteam soms "een beetje verkopen". Wijkteammedewerkers bevestigen dat zowel bij wijknetwerkpartners als bij burgers vaak niet of niet goed bekend is wat het wijkteam doet. Wijkteammedewerkers en preventieve professionals geven aan dat het imago van de jeugdhulp wijkteams soms parten speelt: ze hebben de indruk dat ouders soms bang zijn het gezag over hun kinderen kwijt te raken. Hulp op het gebied van opvoeding ligt volgens hen gevoeliger dan hulp van wijkteams aan volwassenen (bijv. financiële hulp). Sommige preventieve professionals spelen hierop in door hun cliënten naar het wijkteam te begeleiden en voor een warme overdracht te zorgen.

Volgens preventieve en specialistische professionals ervaren sommige (vooral hogeropgeleide) ouders weerstand tegen doorverwijzing naar het wijkteam, omdat zij bemoeienis van een heel team te zwaar vinden, hulp aan huis bedreigend vinden of bang zijn de regie kwijt te raken.

### **3.8 Vroegsignalering en vroegtijdig ingrijpen**

Wat betreft het signaleren en ingrijpen bij problematiek zijn er in de ogen van de meeste professionals geen grote veranderingen. Sommigen ervaren verbeteringen, anderen zien nog veel belemmeringen of ervaren een verslechtering.

Volgens preventieve professionals, die de grootste rol te hebben in de signalering van problematiek, is er niet wezenlijk veel veranderd op het gebied van signalering. Alleen CJG professionals geven aan dat het werken op dezelfde locatie als de wijkteams het contact vergemakkelijkt. Het is minder op een afstand dan Bureau Jeugdzorg destijds.

Wijkteams verwachten veel van verdergaande ontwikkeling van het wijknetwerk, waardoor een beter bereik en tijdiger signalering mogelijk worden. Wijkteammedewerkers merken hierbij een minder positieve ontwikkeling op: het sluiten van traditionele ontmoetingsplekken in de wijk, zoals buurthuizen. Wijkteammedewerkers hopen dat de toekomstige instelling van 'huizen van de wijk' deze ontmoetingsfuncties kunnen revitaliseren, waardoor ze meer outreachend kunnen werken.

De professionals uit het specialistische hulp en gedwongen kader hebben gemengde ervaringen met signalering van problematiek. Sommige professionals ervaren dat de wijkteams door goede contacten met scholen en SMW eerder problematiek oppakken. De professionals uit het gedwongen kader en het CIT ervaren dat wijkteams eerder zaken bij het JB-plein melden.

Andere professionals uit de specialistische hulp en het gedwongen kader zien belemmeringen voor het signaleren bij organisaties in het wijknetwerk zoals scholen, artsen en CJG: zij weten door de veranderingen in het stelsel soms niet waar ze terecht kunnen. Er lijkt met name verwarring over de rol van het JB-plein, Veilig Thuis en het CIT bij gesignaleerde problematiek. Daardoor komt er mogelijk ook meer problematiek bij het CIT terecht dan nodig. Bij scholen is er volgens deze professionals soms sprake van handelingsverlegenheid bij gesignaleerde problematiek.

Volgens preventieve professionals en professionals uit specialistische hulp en gedwongen kader kennen burgers soms de weg naar het wijkteam via het wijknetwerk niet en weten niet goed wat het wijkteam precies te bieden heeft. Dit bemoeilijkt vroegsignalering en tijdig ingrijpen. In sommige wijken zoals Afrikaanderwijk wordt hier actief in geïnvesteerd door de zichtbaarheid van de wijkteams vooral op scholen te vergroten.

Tot slot blijft volgens de verschillende professionals de route via de huisarts naar jeugdhulp populair, vooral bij hoger opgeleide ouders en bij jeugd-GGZ problematiek. Ouders gaan nog steeds vaak naar hun huisarts met problemen met hun kinderen. Dit komt deels omdat professionals ervaren dat de route via de huisarts sneller is dan die via het wijkteam, deels omdat de route vertrouwd is en sommige ouders hier de voorkeur aan geven. Ook speelt een rol dat sommige ouders het wijkteam te zwaar vinden.

Wat betreft het ingrijpen na een gesignaleerd probleem, vinden preventieve professionals dat het aanmeld- en intakeproces sneller gaat bij de wijkteams dan in het oude stelsel. Vooral als jeugd-GGZ professionals onderdeel uitmaken van het wijkteam, lijkt het wijkteam sneller te handelen.

Preventieve professionals geven zelf aan dat zij het vanwege de houding van ouders soms lastig vinden om signalering en ingrijpen vorm te geven. Sommige ouders zijn huiverig voor hulpverlening, willen niet over problemen praten of erkennen de problemen niet die professionals zien.

Wijkteammedewerkers ervaren soms dat casussen, in hun optiek, te lang door de partners uit het preventieve veld onder zich gehouden worden. Vanwege de vertrouwensband vinden preventieve professionals het soms lastig om overdracht naar het wijkteam aan te kaarten met hun cliënten. Daardoor zijn op het moment van doorverwijzing naar het wijkteam de problemen vaak geëscaleerd en rest het wijkteam niet meer dan doorverwijzing naar specialistische hulp.

Preventieve professionals geven verder aan dat privacywetgeving soms de informatie-uitwisseling belemmert, vooral van wijkteams met het CJG, politie en huisartsen. Daardoor weet het CJG soms niet wat wijkteams met de door hen gesignaleerde problematiek doet. De politie heeft geen directe relatie met het wijkteam, maar rapporteert via zorgformulieren aan Veilig Thuis. Ook zij hebben weinig zicht op wat er met hun signalen gebeurt. Dit ervaren zij als een gemis.

Wijkteammedewerkers geven aan dat het moeilijk is om zicht te krijgen op de hulpverleningsgeschiedenis van een gezin en dat dit eerder ingrijpen soms belemmert. Dit wordt bevestigd door signalen uit de specialistische hulp en het gedwongen kader. Het gaat dan bijvoorbeeld om informatie die bij het voormalig Bureau Jeugdzorg bekend was of bij DOSA.

De eerder genoemde werkachterstand bij Veilig Thuis is ook een hindernis voor snel ingrijpen volgens professionals, evenals de minder goede bereikbaarheid van het CIT. Voor Veilig Thuis is al een verbeterplan in gang gezet.

Een professional uit het CIT signaleert dat cliënten vaker terug komen bij het CIT. Deze professional verklaart dit uit de verkorting van de OTS duur en de samenwerking tussen jeugdbescherming en de wijkteams die nog niet altijd goed loopt.

### **3.9 Samenwerking**

Over de samenwerking in het nieuwe stelsel zijn de meeste professionals positief en zien verbeteringen ten opzichte van het oude stelsel. We onderscheiden verschillende typen samenwerking:

- Samenwerking binnen het wijknetwerk
- Samenwerking en leren binnen het wijkteam
- Samenwerking wijkteam-specialistische hulp
- Samenwerking wijkteam-gedwongen kader
- Casusregie, '1 gezin, 1 plan, 1 regisseur'

#### **3.9.1 Samenwerking binnen het wijknetwerk**

In alle onderzochte gebieden zijn wijknetwerken voortgezet, doorontwikkeld of in ontwikkeling. De wijknetwerken zijn verschillend van aard en soms zoeken de partners nog naar een goede invulling van het wijknetwerk. De geïnterviewde wijkteams zijn alle gericht op netwerkvorming in de wijk.

De ontwikkeling van het wijknetwerk wordt door professionals in het preventieve veld en in de wijkteams als belangrijk ervaren, met name met het oog op het bereik van de jeugdhulp, de vroegsignalering en voor mogelijkheden in verband met afschaling.

De ontwikkeling van de wijknetwerken kan nog wel verder worden gebracht. Zo zijn huisartsen en bijvoorbeeld kinderopvang nog minder betrokken in de netwerken dan bijvoorbeeld scholen, schoolmaatschappelijk werk en het CJG. Bij scholen lijkt de samenwerking vooral bij basisscholen goed te verlopen. De onderzoeksresultaten bieden minder zicht op de samenwerking met het voortgezet onderwijs en MBO.

De samenwerking tussen het wijknetwerk en de wijkteams gaat volgens de geïnterviewde professionals steeds beter, door bijvoorbeeld meer persoonlijke contacten, gezamenlijke huisbezoeken en spreekuren van wijkteamleiders voor preventieve professionals. De focus ligt wel meer op opschalen dan op afschalen, volgens wijkteammedewerkers.

Alle wijkteams lijken in ieder geval samen te werken met scholen, met het CJG, de Vraagwijzers en met lokale welzijnspartijen. Daarnaast zijn er per wijk wisselende contacten met partijen als de politie, woningbouwcorporaties, huisartsen, kinderopvang, e.d. Kenmerkend is dat het veelal professionele organisaties betreft. Contacten met vrijwilligersorganisaties, zoals bewonersorganisaties, zijn minder ontwikkeld.

Volgens wijkteammedewerkers is een frequenter contact nodig met preventieve partners om de samenwerking te verdiepen. Er heerst soms nog onduidelijkheid bij preventieve professionals over samenstelling, doelgroep en werkproces van de wijkteams. Ook zijn er onduidelijkheden over taken en verantwoordelijkheden van wijkteams, 'waar het wijkteam precies van is', volgens wijkteammedewerkers en preventieve professionals. Dit leidt soms tot overlap en zelfs concurrentie, volgens bijvoorbeeld CJG pedagogen en SMW-ers.

Aanmeldprocedures en werkwijzen van wijkteams zijn niet eenduidig. Die belemmeren samenwerking met partners in het wijknetwerk die met meerdere wijkteams te maken hebben.

Preventieve professionals geven aan dat voldoende terugkoppeling vanuit de wijkteams een ontwikkelpunt is.



Daarnaast zijn er belemmeringen voor het delen van cliëntinformatie met wijkteams, zoals eerder vermeld, voor huisartsen, politie en CJG. Inmiddels zijn er enige stappen gezet in de communicatie met huisartsen door middel van een beveiligd emailsysteem voor wijkteams.

De samenwerking tussen huisarts en wijkteams heeft meer aandacht nodig volgens betrokkenen. De praktijkondersteuners GGZ spelen in deze samenwerking een prominente rol.

### **3.9.2 Samenwerking en leren binnen het wijkteam**

Het werken in multidisciplinaire teams kan op veel waardering van de wijkteamleden rekenen. Wijkteamleden vinden het prettig dat expertise van anderen snel benut kan worden en dat kennisuitwisseling en –overdracht zo gemakkelijk kan worden georganiseerd.

De samenstelling van de wijkteams in de onderzochte focuswijken verschilt. Daarnaast zijn er (in wisselende mate) experts in de wijkteams actief die een ondersteunende en consultatieve rol vervullen, bijvoorbeeld psychologen en orthopedagogen.

Door diverse wijkteamleden wordt beschreven dat teamontwikkeling nog volop gaande is, maar dat men al een aardig eind op weg is. Wijkteammedewerkers hebben nog leerbehoeften op verschillende terreinen, waaronder specifieke kennis over het herkennen en omgaan met specifieke problemen zoals LVB of GGZ, het stellen van indicaties, het toekennen van persoonsgebonden budgetten, soms algemene methodische vaardigheden zoals ambulant werken in de wijk en de uitvoering van casusregie.

De belangrijkste manieren volgens wijkteammedewerkers waarop op dit moment wordt bijgedragen aan uitwisseling en overdracht van kennis zijn:

- Met elkaar meegaan op huisbezoeken;
- Casuïstiek-overleggen;
- Intervisie;<sup>20</sup>
- Consultatie van individuele collega's op de werkvloer;
- Consultatie van experts en gedragsdeskundigen (soms gaan experts ook mee naar een klant);
- Consultatie van wijkteamleiders.

Wijkteamleden hebben daarnaast soms scholing gekregen vanuit de moederorganisaties en vooral vanuit de gemeente. Niet alle wijkteamleden hebben dezelfde scholing of trainingen van de gemeente gevolgd. Er worden met name bij het scholingsaanbod van de gemeente nog wel een aantal kanttekeningen geplaatst:

- De scholing is generiek en er wordt geen rekening gehouden met bagage die professionals wel of niet hebben;
- De onderwerpen (als voorbeeld wordt genoemd 'veiligheid') worden niet door alle wijkteamleden als even urgent ervaren;
- De onderwerpen geven ergernis omdat scholing betreft in systemen die nog niet goed functioneren (registratie);
- Onderwerpen zijn gewaardeerd (herkennen LVB, GGZ) maar vormen nog maar een klein begin van wat nodig is;
- Er is (gedifferentieerd naar medewerkers) scholingsaanbod nodig in basisvaardigheden als ambulant werken in de wijk, casusregie, etc.

### **3.9.3 Samenwerking wijkteam-specialistische hulp**

De samenwerking van wijkteams met het specialistische veld wordt vaak als positief ervaren. Positieve punten die genoemd zijn betreffen een duidelijke taakverdeling, goed onderling overleg, aanvullend werken, en snel schakelen. Soms wordt persoonlijk contact bij de overdracht vanuit wijkteams gemist.

---

<sup>20</sup> Op het moment van dataverzameling nog niet systematisch geïmplementeerd bij de wijkteams.



Specialisten en hulpverleners in het gedwongen kader geven aan dat ervaringen met de wijkteams wel wisselend zijn.

De ervaring van wijkteams met de inschakeling van specialistische hulp was ten tijde van het onderzoek overigens nog beperkt, naar schatting 10 tot 30 casussen per jaar per wijkteam. De problemen van wijkteams met het inschakelen van specialistische hulp hebben vaak een financieel-administratief karakter. Administratieve processen kosten tijd en de afwikkeling daarvan levert wachttijden op voor de inzet van de zo gewenste hulp. Daarnaast zijn er soms verschillen van inzicht met organisaties die een meer medisch model hanteren, in plaats van de bredere psychosociale blik waarmee wijkteams proberen te kijken.

Een heel praktisch bezwaar dat professionals uit de specialistische hulp uiten, is dat de bereikbaarheid van de wijkteams te wensen overlaat: het is moeilijk om contactgegevens van medewerkers te vinden en men ervaart veel personeelwisselingen.

In het algemeen geldt dat de informatie-uitwisseling binnen de jeugdketen beter kan volgens verschillende professionals. Dan gaat het om informatieverstrekking bij aanmelding of doorverwijzing, maar ook om terugkoppeling zodat de partners op de hoogte zijn welke hulp wordt ingezet.

### **3.9.4 Samenwerking wijkteam-gedwongen kader**

Bezien we de samenwerking met jeugdbescherming en jeugdreclassering (met name JBRR) in het kader van dwang, dan blijken de ervaringen van de wijkteammedewerkers wisselend te zijn. De verdeling van taken, rollen en verantwoordelijkheden tussen jeugdbescherming/jeugdreclassering en de wijkteams lijkt niet altijd even duidelijk te zijn. Beide typen professionals geven dit knelpunt aan.

Binnen Veilig Thuis is meer integraal werken, in de zin van het ontwikkelen van een brede blik en aandacht geven aan problematiek van kinderen en volwassenen, een doel geworden de afgelopen jaren. Daarvoor is veel aandacht en scholing, die positief wordt gewaardeerd.

Binnen jeugdbescherming/jeugdreclassering krijgt integraal werken een andere invulling: het integreren van jeugdbeschermings- en jeugdreclasseringstaken. Dit loopt in de praktijk niet altijd soepel, omdat werkwijze en doelgroep sterk verschillen en de benodigde expertise moet worden opgebouwd. Soms krijgen JB en JR weer hun eigen taakaccent binnen teams.

### **3.9.5 Casusregie, '1 gezin, 1 plan, 1 regisseur'**

Eén van de centrale doelen van de transitie is om een betere coördinatie te organiseren in gezinnen met (multi-)problematiek, onder het motto '1 gezin, 1 plan, 1 regisseur'. Uit ons onderzoek blijkt dat de casusregie is niet altijd duidelijk belegd is en dat de ervaring met de invulling van casusregie varieert.

Het wijkteam wordt geacht in veel gevallen die regiefunctie, op casusniveau, te vervullen. Bij gedwongen hulpverlening vervult de jeugdbeschermers of jeugdreclasserders deze regierol. We zagen hiervoor al dat dat, vanuit de optiek van wijkteammedewerkers en vanuit JB en JR zelf, vaak met de nodige onduidelijkheid gepaard gaat.

Uit de interviews blijkt dat de kennis en ervaring met het voeren van casusregie zeer ongelijk verdeeld is in de wijkteams. Dat hangt sterk samen met de werkervaring van betrokkenen. De praktijkervaringen met het voeren van casusregie zijn wisselend. Een algemene positieve ervaring is dat de bereikbaarheid en het contact met andere partijen sneller tot stand komt. De invulling van de samenwerking en casusregie echter, is van wisselende kwaliteit.

### 3.10 Deelconclusies Hoofdstuk 3

Hoofdstuk 3 beschrijft de ervaringen van professionals met het nieuwe jeugdstelsel. Het betreft professionals uit het preventieve veld, uit de toeleiding naar jeugdhulp, uit wijkteams, specialistische hulp, jeugdbescherming/jeugdreclassering, Veilig Thuis en het Crisisinterventieteam. De focus van het onderzoek lag op ervaren effecten van het nieuwe jeugdstelsel in algemene zin en specifieke ervaren effecten op de zeven thema's.

#### **Algemeen**

De algemene teneur in de gesprekken met professionals uit zowel het preventieve veld, als de wijkteams en de specialistische hulp is dat men de *richting* van het nieuwe jeugdstelsel ondersteunt, dat de huidige *inrichting* van het stelsel mogelijkheden biedt om de nieuwe jeugdhulp uit te voeren, maar ook elementen mist, en dat de *verrichting* van de jeugdhulp volgens de nieuwe uitgangspunten nog verder kan worden ontwikkeld.

Zoals elders en eerder ook al is geconstateerd, ondersteunen de meeste professionals de zorginhoudelijke uitgangspunten van de transformatie (hulp dichtbij, minder hulpverleners in een gezin, regie meer bij cliënt). Daarbij constateren zij dat de toegankelijkheid van met name basishulp door de interdisciplinaire samenwerking in de wijkteams is verbeterd. Ook is er waardering voor de samenwerking tussen ketenpartners, al nemen zij nog wel wat hindernissen en onduidelijkheden waar.

Tegelijkertijd wordt door professionals uit de verschillende velden ervaren dat 'kaders en eenduidigheid' ontbreken. Daarmee wordt onder meer bedoeld dat op operationeel niveau in ieder geval niet altijd bekend is hoe de verantwoordelijkheden binnen het stelsel zijn verdeeld, welke organisatie of functionaris verantwoordelijk is voor welke onderdelen van de hulp of voor welke doelgroep en bijvoorbeeld wie de casusregie dient te voeren. Daarnaast geeft men aan dat werkprocessen niet altijd op dezelfde manier worden geïmplementeerd, met name bij wijkteams.

Tegenover de verbeterde toegankelijkheid van de basishulp staat de constatering van professionals uit verschillende velden, ook van wijkteams zelf, dat de professie op diverse onderdelen verder ontwikkeling behoeft teneinde betere ondersteuning te kunnen verlenen.

Voorts ervaren professionals leemtes in het ondersteuningsaanbod. Het gaat onder meer om laagdrempelige, preventieve groepsaanpakken (zoals SoVa-trainingen, MEE-trainingen, lotgenotengroepen, onderwijsvoorzieningen zoals de Wijschool, vrijwilligersaanbod) en om bepaalde vormen van jeugdhulp (zoals kamertraining/begeleid wonen, RAP-team, intensieve gezinsbegeleiding voor allochtone gezinnen).

Tot slot maken professionals uit de verschillende velden zich zorgen om het bereik van de jeugdhulp onder kwetsbare groepen. Met name de doelgroep van ouders en/of jeugdigen met een licht verstandelijke beperking (LVB) vormt in de ogen van de professionals vanuit het oogpunt van bereik binnen het nieuwe stelsel een risicogroep.

#### **Versterken eigen kracht en sociale netwerken**

Professionals in zowel het preventieve veld, de basishulp als de specialistische hulp geven aan bewuster bezig te zijn met het benutten van 'eigen kracht' en het inzetten van sociale netwerken. Daarbij kan worden geconstateerd dat er in de jeugdketen geen eenduidige opvattingen zijn over wat onder 'eigen kracht', of een vergelijkbare term als zelfredzaamheid, verstaan moet worden. Verschillende professionals geven aan dat ze reeds voor de transformatie gericht waren op 'eigen kracht' maar de aanpakken verschillen, zowel tussen organisaties als tussen medewerkers.

Dat betekent dat er in het algemeen ook niet sprake is van een systematische of methodische benadering van 'eigen kracht' of de inzet van sociale netwerken. Slechts op enkele plekken binnen het jeugdstelsel (bij drangzaken binnen de jeugdbescherming en bij Veilig Thuis) is sprake van de keuze voor en introductie van een specifieke methodiek.

Daarnaast wordt in de hele keten ervaren dat er grenzen zijn aan het inzetten van 'eigen kracht'. Professionals merken weerstand bij sommige cliënten tegen deze benadering en vaak wordt opgemerkt dat er cliëntgroepen zijn die geen of geen geschikt sociaal netwerk hebben. Anderen hebben begeleiding nodig hebben om tot meer zelfredzaamheid te komen.

Tot slot van dit thema zij opgemerkt dat de aandacht voor de inzet van vrijwilligers voor de ondersteuning van jeugdigen en gezinnen gering is. Dat geldt wat minder voor welzijnsorganisaties en bijvoorbeeld het CJG, maar professionals van andere organisaties zijn daar niet erg op gericht.

### **Passende hulp**

Professionals in de hele jeugdketen proberen ondersteuning op maat te bieden, die aansluit bij de situatie en wensen van de cliënt. Een dergelijke vraaggerichte benadering is als zodanig niet nieuw. Dat geldt wel voor de bredere benadering (integraal of generalistisch werken, breed naar problematiek kijken) in met name de basishulp, maar ook in andere onderdelen van de keten (zoals de jeugdbescherming) en bijvoorbeeld de gerichtheid op 'eigen kracht', zoals we hiervoor zagen.

Professionals vanuit de diverse velden signaleren wel een aantal belemmeringen om optimale, passende hulp te kunnen bieden. Deze betreffen in het algemeen drie onderwerpen: de professie, het aanbod aan voorzieningen en de samenwerking met ketenpartners.

Elementen die met de uitvoering van de professie te maken hebben, zijn onder meer methodische vaardigheden in verband met generalistisch werken (zonder de specialistische kennis te verwaarlozen), de veranderende klantrelatie in de basishulp, specifieke expertise om problemen te kunnen signaleren (bijvoorbeeld LVB, GGZ), expertise in het omgaan met cliënten waarbij drang of een sturende aanpak nodig is, en kennis van de sociale kaart van het werkgebied.

Lacunes in het aanbod aan voorzieningen zijn hiervoor al genoemd. Professionals missen kortgezegd laagdrempelige groepsbenaderingen en specifiek specialistisch aanbod.

In verband met de samenwerking kan worden geconstateerd dat de triage nog niet altijd soepel verloopt. Preventieve professionals vinden dat het wijkteam hun werk soms overdoet. Wijkteams vinden dat preventieve professionals soms te lang "voortmodderen". Specialistische hulpverleners vinden dat wijkteams het soms te lang zelf proberen, voor ze doorverwijzen.

### **Snelheid van beschikbaarheid van hulp**

Volgens de professionals komt met name basishulp sneller op gang dan in het oude stelsel, vanwege het wegvallen van de indicatie en de inzet van psychologen in de wijkteams. Bij specialistische hulp zien de geïnterviewde professionals weinig verschil met het oude stelsel. Tijdens de periode van het onderzoek was er sprake van wachtlijsten bij Veilig Thuis, vanwege een werkachterstand door capaciteitsproblemen, en ook een minder goede bereikbaarheid van het Crisisinterventieteam (CIT).

In verband met de tijdige inzet van hulp wordt een aantal problemen genoemd. Naast de wachtlijsten als gevolg van organisatorische problemen bij Veilig Thuis (en ook de jeugdbescherming) geven professionals aan dat verschillen in werkprocessen (van met name wijkteams) en administratieve procedures vertragend werken. Voorts noemen professionals, ook wijkteammedewerkers zelf, dat men soms nog te weinig expertise heeft om tijdig problemen te herkennen of snel te kunnen beoordelen wat een geschikte aanpak van problemen is.

### **Aanvaardbare kosten**

Overwegingen van kosten van ondersteuning lijken wat meer in de wijkteams te spelen dan in het preventieve en specialistische veld. Dat heeft wellicht ook te maken met de sturing door de wijkteamleiders, die dat onderwerp geregeld agenderen in de bespreking van ondersteuningstrajecten.

Een belangrijke mogelijkheid tot meer kostenbeheersing lijkt te liggen de optimalisering van de op- en afschaling. Professionals uit de verschillende velden geven te kennen dat soms te laat wordt opgeschaald, waardoor dure zorg onontkoombaar is geworden. In sommige andere gevallen wordt juist weerodeloos snel opgeschaald. En afschalen naar lichtere vormen van hulp verdient in het algemeen nog meer aandacht.

Een specifieke kwestie in deze is de toekenning van PGB's door wijkteammedewerkers. Gebrek aan kennis, ervaring en leidraden leveren risico's op kosten-ineffectiviteit op dit vlak op.

### **Bereik van kwetsbare groepen**

In het bereik van kwetsbare groepen is weinig veranderd volgens professionals in de verschillende velden. Er zijn (nog steeds) zorgen over het bereik van kwetsbare groepen. Met name de LVB-groep wordt door verschillende professionals genoemd, maar daarnaast ook zorgmijders, bewoners met een migratie-achtergrond en personen met psychiatrische problemen.

Voor een beter bereik onder kwetsbare bewoners vestigen zowel de professionals in het preventieve veld als in de wijkteams hun hoop op de versterking van de wijknetwerken. De wijkteammedewerkers geven aan het imago van de jeugdhulp hen parten speelt: ze hebben de indruk dat ouders soms bang zijn het gezag over hun kinderen kwijt te raken. Sommige preventieve professionals spelen hierop in door hun cliënten naar het wijkteam te begeleiden en voor een warme overdracht te zorgen.

### **Vroegsignalering en vroegtijdig ingrijpen**

In het signaleren van problematiek is in de ogen van professionals niet veel veranderd. Het ingrijpen na een gesignaleerd probleem gaat sneller bij de wijkteams dan in het oude stelsel, volgens preventieve professionals. Echter, privacywetgeving belemmert soms de informatie-uitwisseling van wijkteams met het CJG, politie en huisartsen en daarmee het ingrijpen. Wijkteammedewerkers geven aan dat het moeilijk is om zicht te krijgen op de hulpverleningsgeschiedenis van een gezin. De eerder genoemde werkachterstand bij Veilig Thuis is ook een hindernis voor snel ingrijpen, evenals de minder goede bereikbaarheid van het CIT. Voor Veilig Thuis is al een verbeterplan voor in gang gezet.

Als positief punt wordt de korte lijn tussen de scholen en de wijkteams genoemd. Daarentegen is het voor het wijknetwerk nog niet altijd duidelijk waar signalen gemeld moeten worden.

### **Samenwerking**

De ontwikkeling van het wijknetwerk wordt door professionals in het preventieve veld en in de wijkteams als belangrijk ervaren, met name met het oog op het bereik van de jeugdhulp, de vroegsignalering en voor mogelijkheden in verband met afschaling. De ontwikkeling van de wijknetwerken kan nog wel verder worden gebracht. Zo zijn huisartsen en bijvoorbeeld kinderopvang nog minder betrokken in de netwerken dan bijvoorbeeld scholen (met name basisonderwijs), schoolmaatschappelijk werk en het CJG.

De samenwerking van wijkteams met het specialistische veld wordt vaak als positief ervaren, hoewel daarbij door specialisten en hulpverleners in het gedwongen kader wordt aangegeven dat ervaringen met de wijkteams wel wat kunnen wisselen. Een heel praktisch bezwaar dat wordt geuit is dat de bereikbaarheid van de wijkteams te wensen overlaat: het is moeilijk om contactgegevens van medewerkers te vinden en men ervaart veel personeelwisselingen.

In het algemeen geldt dat de informatie-uitwisseling binnen de jeugdketen beter kan volgens de professionals. Dan gaat het om informatieverstrekking bij aanmelding of doorverwijzing, maar ook om terugkoppeling zodat de partners op de hoogte zijn welke hulp wordt ingezet.

Aansluitend, en in bredere zin, kan worden vastgesteld dat de casusregie niet altijd duidelijk belegd is en wordt ingevuld. In dit opzicht wordt het doel van '1 gezin, 1 plan, 1 regisseur' niet altijd verwezenlijkt.

## 4 Het perspectief van jeugdhulpcliënten

### 4.1 Inleiding

Voor de Tussenmeting hebben we een enquête onder jeugdhulpcliënten laten uitvoeren. In de Nulmeting is dit niet gebeurd. In de vragenlijst hebben we naar de ervaringen voor en na de decentralisatie gevraagd. Met de eindmeting willen we weer een enquête uitvoeren en kunnen dan een vergelijking maken met deze tussenmeting.

In de eerste helft van dit jaar hebben we een telefonische enquête laten uitvoeren onder jeugdhulpcliënten en hun ouders. In totaal deden 505 respondenten mee aan de enquête. De respons was met 74% hoog. Het totale bestand dat we hebben gebruikt voor het trekken van een aselechte steekproef bestond grotendeels uit cliënten die in 2015 via de wijkteams basishulp en/of specialistische hulp hebben ontvangen. Slechts een klein gedeelte van de cliënten dat via de huisarts is verwezen naar JGGZ hulp ontbreekt in dat bestand. De respons was onder ouders met een kind van 12 jaar of ouder hoger (82%) dan onder ouders met een jonger kind (71%). Datzelfde geldt voor ouders met een kind dat specialistische hulp krijgt (79%) ten opzichte van ouders met een kind met basishulp (70%).

Jongeren van 12 jaar en ouder zijn zoveel mogelijk zelf bevraagd over de hulp die zij ontvangen. Als zij niet wilden of konden zijn de ouders/verzorgers geënquêteerd. Van kinderen jonger dan 12 jaar zijn altijd de ouders/verzorgers geënquêteerd.

In onderstaande tabel staat een overzicht van de responsgroep naar een aantal kenmerken. Met basishulp bedoelen wij de hulp die gegeven is door de wijkteams. Onder jeugdhulp vanwege een beperking, J&O hulp en JGGZ hulp verstaan we de specialistische hulp vanwege een beperking, Jeugd & Opvoedingshulp en de Jeugd GGZ. Als er in de volgende paragrafen significante verschillen zijn tussen de respondenten naar één van de in de tabel genoemde kenmerken dan zullen we dat telkens *expliciet* weergeven. Alle belangrijke verbanden tussen variabelen hebben we getoetst op verschillen tussen deze kenmerken (behalve Woonsituatie, vanwege de scheve verdeling hiervan). Noemen we een verschil *niet* dan heeft een statistische toets uitgewezen dat het op toeval berust.

Tabel 10 Kenmerken respondenten (N=505)

Soort hulp (n=478)	20% Jeugdhulp vanwege een beperking 13% J&O hulp 22% JGGZ hulp 46% Basishulp
Nieuwe/ bestaande cliënt (n=497)	51% nieuw 49% bestaand (al voor 2015 hulp)
Leeftijd cliënt	64% < 12 jaar 36% >= 12 jaar
Woonsituatie	91% Bij de ouders (of één van de ouders) 1% In een pleeggezin 1% Kind woont op zichzelf 2% Bij familie 5% In een instelling of vorm van begeleid wonen
Wie beantwoordt vragen?	81% ouder 19% jongere >= 12 jaar

In de hier opvolgende paragrafen presenteren we de resultaten van de enquête. Allereerst bespreken we de toeleiding tot jeugdhulp en mogelijke wachttijden die daarbij kunnen optreden (4.2). Vervolgens komen de tevredenheid en ervaren kwaliteit van cliënten aan de orde (4.3).

Vervolgens gaan we in op de enquêtevragen die aansluiten bij enkele doelen van het NRJ: integrale zorg (4.4), passende zorg (4.5) en eigen kracht en sociale netwerk (4.6). Na een vergelijking van vóór en na 1-1-2015 (4.7) trekken we conclusies (4.8).

## 4.2 Toeleiding

Aan de respondenten is gevraagd via wie zij bij de huidige hulpverlener(s) van hun kind zijn terechtgekomen (of hun eigen hulpverlener indien een jongere van 12 jaar of ouder de vragen zelf heeft beantwoord). De antwoorden hierop staan in de volgende tabel.

*Tabel 11 Via wie bent u bij de hulpverlening terechtgekomen\*? Percentage Antwoorden Totaal en naar soort hulp (N=478)*

	Totaal	Soort hulp			
		Jeugd met een beperking	J&O	JGGZ	Basishulp
Via school of het Schoolmaatschappelijk Werk	32%	21%	32%	40%	33%
Via de huisarts	15%	9%	14%	31%	11%
Via een specialist	9%	16%	6%	9%	7%
Via de schoolarts of het Centrum voor Jeugd en Gezin (consultatiebureau)	9%	8%	6%	5%	12%
Via iemand van de gemeente of het wijkteam	8%	13%	3%	8%	6%
Via Stichting MEE	4%	14%	5%	2%	0%
Via Bureau Jeugdzorg / gezinsvoogd	7%	5%	17%	2%	7%
Weet niet meer	6%	4%	8%	1%	8%
Anders	11%	11%	9%	4%	15%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%

\* Meerdere antwoorden zijn mogelijk

Een derde van de respondenten noemt school of het schoolmaatschappelijk werk als kanaal waardoor de hulpverlening in gang is gezet. De huisarts en specialist worden ook vaak door respondenten genoemd (zie tabel).

Opmerkelijke verschillen zijn er tussen respondenten onderscheiden naar soort hulp. School of schoolmaatschappelijk werk blijft bij alle vier de subgroepen het belangrijkste toegangskanaal tot jeugdhulp. Maar bij jongeren met een beperking zijn ook de specialist en MEE belangrijke toegangskanalen; bij jongeren met Jeugd & Opvoedondersteuning is het voormalige Bureau Jeugdzorg/ gezinsvoogd ook een belangrijk toegangskanaal en bij jongeren die in de Jeugd GGZ terechtkomen is de huisarts een belangrijke verwijzer. Respondenten met kinderen met basishulp antwoorden ongeveer hetzelfde als de totale groep.

Omdat gemeenten sinds 2015 verantwoordelijk zijn voor de jeugdhulp hebben we de respondenten ingedeeld in nieuwe (voor het eerst jeugdhulp in 2015) en bestaande cliënten (al vóór 2015 jeugdhulp). De nieuwe cliënten zijn vaker doorverwezen door school of schoolmaatschappelijk werk dan de bestaande cliënten (38% tegen 24%). Dit zou er op kunnen wijzen dat scholen sinds 2015 een belangrijker rol in de doorverwijzing zijn gaan spelen. Hoe dit te beoordelen is onduidelijk, omdat van scholen ook een grotere rol in het bieden van passend onderwijs aan jongeren met een 'vlekje' wordt verwacht.

Het merendeel van de respondenten is uitermate tevreden over de doorverwijzing en de zorgvuldigheid waarmee dat ging (87%). Iets minder respondenten (78%) waren tevreden over de snelheid van de doorverwijzing (zie 3<sup>e</sup> uitspraak in tabel hieronder). Significanter meer nieuwe cliënten waren tevreden over de snelheid van de doorverwijzing dan bestaande cliënten (83% tegenover 73%; cijfers niet in tabel). Dit geldt ook voor de respondenten met basishulp ten opzichte van degenen met specialistische hulp (84% tegenover 74%; cijfers niet in tabel).

*Tabel 12 Doorverwijzingen (% respondenten (zeer mee) eens, N=409)*

Ik ben tevreden over de doorverwijzing naar de hulpverlener(s) van mijn kind.	87%
De doorverwijzing naar de hulpverlener(s) van mijn kind is zorgvuldig gebeurd.	87%
De doorverwijzing naar de hulpverlener(s) van mijn kind ging snel genoeg.	78%

Bijna een kwart van de respondenten (23%) geeft aan dat de doorverwijzing kan worden verbeterd. Cliënten met specialistische hulp geven dit vaker aan dan cliënten met alleen basishulp (28% tegenover 16%). Binnen de specialistische hulp geven respondenten met kinderen met JGGZ vaker aan dat de doorverwijzing kan verbeteren (33%).

Aan de nieuwe cliënten die in 2015 voor het eerst hulp hebben ontvangen hebben we de vraag gesteld 'Hoeveel maanden vanaf het moment van aanmelding bij het wijkteam of een organisatie heeft uw kind moeten wachten totdat de hulp is gestart?'. Op deze vraag antwoordden 59% van de respondenten één maand of minder (N=238). De gemiddelde wachttijd lag op 1,8 maand. Voor cliënten met specialistische hulp is de gemiddelde wachttijd 2,3 maanden tegenover 1,4 voor basishulp (binnen de groep specialistische hulp zijn er geen significante verschillen). Cliënten jonger dan 12 jaar wachtten gemiddeld 2 maanden; die van 12 jaar en ouder 1,2 maand. De groep cliënten met specialistische hulp én jonger dan 12 jaar moet zelfs gemiddeld 2,5 maanden wachten op start van de hulp.

Toch is de tevredenheid over de tijd tussen het moment van aanmelding van het kind en de start van de hulp groot. 80% is daar (zeer) tevreden over.

Cliënten met specialistische zorg zijn iets minder vaak (zeer) tevreden dan degenen met basishulp (71% tegenover 88%). Verschillen naar andere kenmerken zijn er niet.

De respondenten die (heel) ontevreden zijn over de lange tijd eer de hulp kon starten hebben een aantal suggesties gedaan ter verbetering. Zij wijzen op eenvoudigere en snellere aanvraagprocedures (bij bijvoorbeeld het afgeven van een dyslexieverklaring) en kortere wachttijden voor bijvoorbeeld observatiecentra, buitenschoolse opvang en de Kleine Plantage<sup>21</sup>.

### 4.3 Kwaliteit en tevredenheid

Het merendeel (91%) van de respondenten is over het algemeen tevreden over de hulp die hun kind krijgt. Alleen respondenten met specialistische hulp zijn iets minder vaak tevreden dan respondenten met basishulp (89% tegenover 94%).

<sup>21</sup> De Kleine Plantage biedt dagbehandeling aan kinderen in de leeftijd van 1,6 tot 7,6 jaar en ondersteuning aan de ouders. Het gaat hierbij om hulp die op de normale peuter- en kleuteropvang niet of onvoldoende kan worden gegeven.



Ook geven respondenten met specialistische hulp iets vaker een lager rapportcijfer voor hun tevredenheid met de hulp dan die met basishulp (gemiddeld 7,6 tegenover 7,9). Er zijn geen significante verschillen naar nieuwe/bestaande cliënten, leeftijd of binnen de groep specialistische hulp.

Vergeleken met de rapporten van de Kinderombudsman zijn cliënten in Rotterdam tevredener over hun hulp dan voor Nederland als totaal. In het 3<sup>e</sup> onderzoek van de Kinderombudsman gaven cliënten hun tevredenheid gemiddeld een 6,7 (in het 2<sup>e</sup> onderzoek was dit nog 7,4). Ook op de diverse aspecten van tevredenheid die we hieronder bespreken scoren cliënten in Rotterdam positiever dan in het landelijke onderzoek van de Kinderombudsman.

In de tabel hieronder staat de verdeling van de uitspraken van respondenten over Contact en Bejegening en Deskundigheid en Inspraak.

*Tabel 13 Tevredenheid en cliëntervaringen Deel I (% respondenten (zeer) mee eens of (heel) tevreden)*

	Totaal (N=505)	Soort hulp (N=478)			
		Jeugd met een beperking	J&O	JGGZ	Basishulp
<b>Contact en Bejegening</b>					
De hulpverlener neemt mijn kind serieus.	90%	88%*	90%*	95%*	88%*
Het contact tussen mijn kind en de hulpverlener is goed.	86%	77%*	98%*	92%*	86%*
De bereikbaarheid van de hulpverlener?	89%	85%	84%	91%	91%
De vriendelijkheid van de hulpverlener?	96%	92%	94%	97%	98%
De tijd die de hulpverlener neemt voor uw kind?	91%	87%	82%	96%	92%
<b>Deskundigheid en Inspraak</b>					
De hulpverlener luistert goed naar mijn kind.	86%	77%*	87%*	93%*	86%*
De hulpverlener houdt zich aan de gemaakte afspraken.	92%	91%*	85%*	87%*	92%*
De hulpverlener gaat uit van de dingen die mijn kind al goed kan en van de dingen die al goed gaan.	86%	77%*	86%*	86%*	87%*
Mijn kind weet wat het doel is van de hulp.	67%	42%*	66%*	83%*	71%*
Mijn kind beslist mee over de hulp die hij/zij krijgt.	48%	32%*	48%*	56%*	54%*
Ik beslis mee over de hulp die hij/zij krijgt.	90%	85%*	86%*	88%*	92%*
De duidelijkheid over wat uw kind kan verwachten van de hulpverlener?	84%	75%*	76%*	89%*	86%*

*\*Deze verschillen zijn significant.*

Op vrijwel alle aspecten van tevredenheid en cliëntervaringen zijn de scores in onze enquête hoog. Over het contact met de hulpverlener en de bejegening door de hulpverlener zijn 86% tot 96% van de respondenten (heel) tevreden. Ook over de deskundigheid van de hulpverlener zijn de meesten (heel) tevreden. Minder hoog scoren 'het meebeslissen over de hulp door het kind' (48%) en 'het weten wat het doel is van de hulp' (67%).

De opvattingen van de respondenten over het effect van de hulp en de zelfredzaamheid die het oplevert voor het kind zijn minder vaak (heel) positief. De verdeling over uitspraken daaromtrent staat in de tabel hieronder.

De grootste verschillen in tevredenheid en cliëntervaringen hebben we waargenomen tussen cliënten die verschillen naar soort hulp. Cliënten met JGGZ hulp zijn over het algemeen vaker (heel) tevreden of antwoorden vaker (zeer) mee eens dan de andere drie groepen (overigens geldt dit niet voor alle items in de tabel). Cliënten met hulp vanwege een beperking zijn minder vaak (heel) tevreden of antwoorden minder vaak (zeer) mee eens. Bij dit laatste kan meespelen dat deze groep over het algemeen minder zelfredzaam is, dus een aantal doelen mogelijk minder realistisch is.

Nieuwe cliënten zijn op de meeste aspecten even tevreden als bestaande cliënten.

*Tabel 14 Tevredenheid en cliëntervaringen Deel II (% respondenten (zeer) mee eens of (heel) tevreden)*

	<b>Totaal (N=505)</b>	<b>Soort hulp (N=478)</b>			
		<b>Jeugd met een beperking</b>	<b>J&amp;O</b>	<b>JGGZ</b>	<b>Basishulp</b>
<b><i>Effect en Zelfredzaamheid</i></b>					
De hulp die mijn kind krijgt, helpt hem/haar goed.	77%	73%	75%	78%	78%
Door de hulp kan mijn kind beter zijn/haar problemen oplossen.	65%	64%*	56%*	80%*	63%*
Door de hulp kan mijn kind beter voor zichzelf opkomen.	64%	44%*	58%*	64%*	53%*
Door de hulp heeft mijn kind meer vertrouwen in de toekomst.	55%	40%*	58%*	70%*	57%*
Door de hulp zegt mijn kind vaker wat hij/zij nodig heeft.	55%	45%*	66%*	56%*	57%*

*\*Deze verschillen zijn significant.*

#### **4.4 Integrale zorg**

Een belangrijke doelstelling van het NRJ is dat de zorg integraler wordt, dat hulpverleners meer samenwerken en dat het principe van één gezin-één plan wordt toegepast. Over een aantal van deze onderwerpen hebben we in de enquête vragen gesteld.

We hebben gevraagd of er in 2015 of 2016 met iemand van de gemeente of van het wijkteam een gesprek is geweest over de hulp die het kind ontvangt. Bijna twee derde (66%) van de respondenten heeft hierop positief geantwoord (zie tabel). Er is geen verschil tussen nieuwe en bestaande cliënten. Wel zijn er verschillen naar soort hulp. Respondenten met basishulp zeggen vaker dat er zo'n gesprek geweest is (75% tegenover 69% voor respondenten met hulp vanwege beperkingen, 55% voor respondenten met J&O hulp en 43% voor JGGZ hulp).

Tabel 15 Integrale zorg (% respondenten dat 'ja' zegt)

	% ja
Is er met iemand van de gemeente of van het wijkteam een gesprek geweest over de hulp die uw kind ontvangt ? (n=505)	66%
Is er samen met iemand van het wijkteam een ondersteuningsplan gemaakt ? (n=469)	64%
Staat in het ondersteuningsplan ook beschreven welke hulp u zelf krijgt als ouder? (n=290)	69%
Krijgt uw kind hulp van meerdere hulpverleners? (n=505)	39%
(Heel)tevreden over de samenwerking tussen de hulpverleners waarvan uw kind hulp krijgt ? (n=194)	79%
Kan de samenwerking tussen hulpverleners worden verbeterd (n=188)	20%

Eveneens bijna twee derde (64%) van de respondenten zegt dat er samen met het kind en iemand van het wijkteam een ondersteuningsplan is gemaakt waarin staat welke hulp het kind krijgt en van wie. Er zijn hier geen verschillen tussen bestaande en nieuwe cliënten, dat wil zeggen dat ongeveer een derde van de nieuwe cliënten zegt dat er geen ondersteuningsplan is gemaakt.

Ook bestaande cliënten met een herindicatie hebben niet altijd een ondersteuningsplan: een kwart zegt geen ondersteuningsplan te hebben. Mogelijk kennen niet alle cliënten de term "ondersteuningsplan", of gebruiken zorgaanbieders andere termen.

Wel zijn er verschillen tussen respondenten al naargelang de soort hulp. Cliënten met basishulp zeggen vaker dat er zo'n plan is gemaakt (75% tegenover 45% voor cliënten met JGGZ hulp als laagste; de andere twee groepen antwoorden tussen deze uitersten: 66% voor J&O en 60% voor Beperkingen).

In het ondersteuningsplan staat niet alleen de hulp die het kind ontvangt beschreven, maar ook de hulp die de *ouder(s)* ontvangen. 69% van de respondenten die een ondersteuningsplan hebben zeggen dat er ook in staat welke hulp zij als ouder(s) ontvangen. Nieuwe cliënten zeggen dit vaker dan bestaande cliënten (75% tegenover 61%). Ook respondenten die basishulp ontvangen zeggen dit vaker (83% tegenover 66% voor J&O, 57% voor JGGZ en 43% voor respondenten die hulp voor een kind met beperkingen hebben).

Als er meerdere hulpverleners bij een kind betrokken zijn is het van belang dat deze hulpverleners goed samenwerken. 39% van de respondenten zegt dat hun kind meerdere hulpverleners heeft. Kinderen jonger dan 12 jaar, kinderen die al vóór 2015 hulp hadden en kinderen die hulp vanwege een beperking ontvangen hebben vaker meerdere hulpverleners (respectievelijk 42%, 49% en 50%) dan andere groepen.

(Heel) tevreden over de samenwerking tussen de hulpverleners van hun kind is vier op de vijf respondenten (79%). Maar één op de vijf zegt dat deze samenwerking kan worden verbeterd. Bestaande cliënten zeggen dit iets vaker dan nieuwe cliënten (26% tegenover 10%). Tussen alle andere eerder genoemde groepen zijn geen significante verschillen.

De belangrijkste manier om de samenwerking tussen hulpverleners te verbeteren is volgens cliënten door de communicatie tussen hulpverleners en instellingen te verbeteren. In de praktijk schort het hieraan, aldus cliënten.

## 4.5 Passende zorg

Past de zorg die cliënten ontvangen bij hun hulpbehoeften en is het maatwerk? Ook hierover hebben we enkele vragen gesteld. 83% van de respondenten vindt dat hun kind voldoende of de juiste soort hulp ontvangt. Cliënten die basishulp ontvangen zeggen dit vaker dan cliënten met specialistische hulp voor hun kind (87% tegenover 80%). Er zijn geen verschillen binnen de groep specialistische hulp en tussen nieuwe en bestaande cliënten. Wel zijn er verschillen tussen de ouders (of verzorgers) en de jongeren die de vragenlijst hebben ingevuld. De jongeren van 12 jaar en ouder die zelf de vragenlijst invullen over hun eigen hulp antwoorden vaker dat ze voldoende of de juiste soort hulp hebben dan de ouders die de vragenlijst voor hun kind invullen (93% tegenover 81%).

Meer dan de helft (56%) van de respondenten die niet voldoende of niet de juiste hulp ontvangt geeft aan dat hun kind zowel meer als een andere soort hulp nodig heeft. Er zijn geen verschillen naar kenmerk.

Iets meer dan één op de vijf respondenten (21%) geeft aan dat er iets verbeterd kan worden aan de hulp die hun kind krijgt. Verschillen zijn er alleen tussen cliënten met specialistische hulp en basishulp (25% tegenover 15%).

## 4.6 Eigen kracht en sociale netwerk

Een groter beroep op eigen kracht en de inzet van het eigen sociale netwerk zijn twee doelen die met het nieuwe jeugdstelsel worden nagestreefd.

Meer dan een derde (34%) van de respondenten krijgt behalve de jeugdhulp die ze ontvangt ook hulp en ondersteuning van anderen (familie, vrienden, burens of vrijwilligers). Er zijn forse verschillen naar soort hulp. 40% van de cliënten met basishulp heeft die ondersteuning van het eigen netwerk, 39% van de J&O cliënten, 29% van de cliënten met beperkingen en 21% van de JGGZ cliënten. Opvallend is dat de jongeren van 12 jaar en ouder die de vragen hebben beantwoord veel vaker zeggen deze hulp van het eigen netwerk te ontvangen dan de ouders/verzorgers die de enquête invullen (51% tegenover 30%).

Uit welke personen bestaat het sociale netwerk? De meeste respondenten noemen familie (63% van de antwoorden), gevolgd door vrienden (28% van de antwoorden).

Respondenten die voor een kind met beperkingen zorgen noemen vaker familie (76%) dan de overige respondenten. Cliënten met J&O hulp noemen relatief vaak vrienden, burens en vrijwilligers die meehelpen. Cliënten met JGGZ hulp noemen vaker de burens dan de overige respondenten (zie tabel).

*Tabel 16 Van wie krijgt uw kind ondersteuning naast de jeugdhulp\*?  
(Totaal en naar soort hulp (N=160))*

	Totaal	Soort hulp			
		Jeugd met een beperking	J&O	JGGZ	Basishulp
Familie	63%	76%	55%	63%	62%
Vrienden	28%	24%	32%	23%	30%
Burens	5%	0%	5%	13%	5%
Vrijwilligers	3%	0%	8%	0%	3%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%

*\* Meerdere antwoorden zijn mogelijk*

Een belangrijk instrument om de hulp voor een jongere op gang te brengen en om de inbreng van het netwerk van de jongere te stimuleren is een Eigen Kracht Conferentie of een Familie-netwerk beraad. Beide benamingen hebben betrekking op een bijeenkomst van familie, vrienden of burens die met zijn allen bespreken hoe zij de jongere en hun ouder(s) of verzorger(s) het beste kunnen helpen. Bijna één op de tien respondenten (9%) geeft aan dat er in 2015 of 2016 zo'n conferentie of beraad is georganiseerd. Er zijn geen verschillen naar één van de kenmerken van de respondenten.

Naast deze directe vraag aan de respondenten over een Eigen Kracht Conferentie of Familieberaad zijn er ook op basis van andere vragen uit de enquête conclusies te trekken over de mate waarin de eigen kracht van respondenten wordt gestimuleerd of wordt aangesproken. In paragraaf 5.4 Kwaliteit en Tevredenheid staan in de tabel de antwoorden van respondenten over uitspraken over Deskundigheid (van de hulpverlener) en Inspraak (van henzelf). Een aantal van deze uitspraken, dat ook betrekking heeft op eigen kracht, hebben we hieronder bij elkaar gezet.

*Tabel 17 Eigen kracht (% respondenten (zeer) mee eens of (heel) tevreden*

	<b>Totaal (N=505)</b>	<b>Soort hulp (N=478)</b>			
		<b>Jeugd met een beperking</b>	<b>J&amp;O</b>	<b>JGGZ</b>	<b>Basishulp</b>
De hulpverlener gaat uit van de dingen die mijn kind al goed kan en van de dingen die al goed gaan.	86%	77%	86%	86%	87%
Mijn kind beslist mee over de hulp die hij/zij krijgt.	48%	32%	48%	56%	54%
Ik beslis mee over de hulp die hij/zij krijgt.	90%	85%	86%	88%	92%

Opvallend is dat de overgrote meerderheid (90%) van de respondenten het (zeer) eens is met de uitspraak dat zichzelf meebeslist over de hulp, maar dat slechts iets minder dan de helft (48%) het eens is met de uitspraak dat hun kind meebeslist.

#### **4.7 Vergelijking vóór en na 1-1-2015**

Omdat op 1 januari 2015 de gemeenten verantwoordelijk zijn geworden voor de jeugdhulp hebben we in de enquête vragen gesteld over wat er is veranderd sinds die datum. Deze vragen hebben we alleen gesteld aan degenen die al vóór 2015 hulp hadden (ongeveer de helft van alle respondenten). Meer dan een derde (36%) van deze respondenten geeft aan dat de indicatie of het toekenningsbesluit voor de hoeveelheid en de vorm van de zorg, verkregen van CIZ of gemeente, is veranderd.

De helft van de respondenten heeft in 2015 evenveel hulp gekregen als in 2014. Een derde heeft meer hulp ontvangen. Iets meer dan drie kwart (76%) vindt de kwaliteit van de hulp in 2015 'ongeveer hetzelfde' gebleven als daarvoor. Eén op de vijf (21%) vindt de kwaliteit 'beter'. Slechts 3% vindt de kwaliteit (veel) slechter dan daarvoor.

We hebben de respondenten ook gevraagd of er in 2015 nog een andere verandering heeft plaatsgevonden in de hulp. Telkens ongeveer een derde geeft aan dat het hulpprogramma of de methodiek van werken is veranderd (31%), of dat de soort hulp is veranderd (30%), of dat er een andere hulpverlener is gekomen (38%) of dat de hulp door een andere organisatie is gegeven (31%). In totaal heeft één of meer van deze veranderingen plaatsgevonden bij circa de helft (53%) van de respondenten die vóór 2015 al hulp had.

Aan de respondenten bij wie een verandering in de hulp heeft plaatsgevonden hebben we ook een vraag over wachttijden gesteld. De vraag luidde: 'Hoeveel maanden heeft uw kind moeten wachten totdat deze andere hulp (een ander soort hulp, een andere hulpverlener of een andere organisatie) is gestart?'. Op deze vraag antwoordden 52% van de respondenten één maand of minder (N=79). De gemiddelde wachttijd lag op exact 2 maanden. Er is een verschil tussen de gemiddelden naar leeftijd (2,2 maanden wachttijd voor jonger dan 12 jaar tegenover 1,4 maand voor 12 jaar en ouder). Ook ligt de gemiddelde wachttijd hoger voor cliënten die in 2015 van organisatie wisselden (2,3 maanden tegen 1,4 maand voor cliënten die van hulpverlener of van soort hulp wisselden).

62% van de respondenten is (zeer) tevreden over 'de tijd die uw kind heeft moeten wachten totdat deze andere hulp (een ander soort hulp, een andere hulpverlener of een andere organisatie) is gestart?' Er zijn geen significante verschillen naar soort hulp of leeftijd.

#### **4.8 Deelconclusies Hoofdstuk 4**

Hoofdstuk 4 bevat de resultaten van de telefonische enquête onder ruim 500 Rotterdamse cliënten van jeugdhulp. De respons was hoog, met 74%. Het merendeel van de cliënten is (zeer) tevreden over de jeugdhulp, maar er zijn ook kritische geluiden.

##### **Toeleiding**

Scholen en Schoolmaatschappelijk Werk zijn belangrijke toeleiders voor jeugdhulp volgens cliënten. Cliënten die in 2015 voor het eerst jeugdhulp ontvingen worden vaker door school of schoolmaatschappelijk werk doorverwezen dan kinderen die al jeugdhulp hadden. Dit zou er op kunnen wijzen dat scholen sinds 2015 een belangrijker rol in de doorverwijzing zijn gaan spelen. Hoe dit te beoordelen is onduidelijk. Het kan wijzen op een betere vroegsignalering van problematiek. Het kan ook samenhangen met de grotere rol die van scholen wordt verwacht in het kader van passend onderwijs. Scholen verwijzen kinderen met JGGZ problematiek vaker door dan andere groepen; ook de huisarts speelt bij de JGGZ doorverwijzing een grote rol.

De gemiddelde wachttijd vanaf aanmelding bij een wijkteam of organisatie tot de start van de hulp is 1,8 maand. Cliënten met specialistische hulp moeten iets langer wachten. Vier op de vijf respondenten is (zeer) tevreden over de tijd tussen het moment van aanmelding en start van de hulp. Cliënten met specialistische hulp zijn over de wachttijd iets minder tevreden dan cliënten met alleen basishulp.

##### **Kwaliteit en tevredenheid**

Een zeer grote meerderheid (86% tot 96%) van de cliënten is tevreden tot zeer tevreden over de hulp die zij ontvangen en over de bejegening door en de deskundigheid van de hulpverlener. Cliënten met JGGZ hulp zijn op de meeste onderdelen iets vaker tevreden dan cliënten met hulp vanwege een beperking. Nieuwe cliënten zijn op de meeste aspecten even tevreden als oude cliënten.

De helft tot driekwart van de respondenten is positief over het effect van de hulp en de zelfredzaamheid die het oplevert voor het kind. Daarmee zijn zij over het algemeen wat minder positief over de effecten van de hulp op kinderen dan over de bejegening en deskundigheid van de hulpverlener.

##### **Integrale zorg**

Bijna twee derde van de cliënten zegt dat er bezoek van het wijkteam is geweest (66%), dat er een ondersteuningsplan is gemaakt (64%) en dat ook zij als ouder/verzorger hulp krijgen (69% van degenen met een ondersteuningsplan). Daarbij past de aantekening dat er een lichte ondervertegenwoordiging is van cliënten die via de huisarts zijn verwezen. Cliënten met basishulp beantwoorden vragen hierover vaker bevestigend dan cliënten met specialistische hulp. Nieuwe cliënten zeggen vaker dat zijzelf als ouder/verzorger ook hulp krijgen. Vier op de vijf respondenten is heel tevreden over de samenwerking tussen de hulpverleners van hun kind.

**Passende hulp, eigen kracht en sociale netwerk**

Vier op de vijf respondenten (83%) vindt dat hun kind voldoende of de juiste soort hulp ontvangt. Meer dan een derde (34%) van de cliënten krijgt behalve jeugdhulp ook hulp en ondersteuning van anderen. Familie en vrienden worden het meest genoemd. Eén op de tien respondenten geeft aan ervaring te hebben met een Eigen Kracht Conferentie of Familie Netwerk Beraad.

**Vergelijking vóór en na 1-1-2015**

De helft van de respondenten heeft in 2015 evenveel hulp gekregen als in 2014. Een derde heeft meer hulp ontvangen. Iets meer dan drie kwart (76%) vindt de kwaliteit van de hulp in 2015 'ongeveer hetzelfde' gebleven als daarvoor. Eén op de vijf (21%) vindt de kwaliteit 'beter'. Slechts 3% vindt de kwaliteit (veel) slechter dan daarvoor. Als er iets verandert in de hulp (andere soort hulp, andere organisatie of hulpverlener) dan duurt het gemiddeld 2 maanden voordat die andere hulp is gestart.

# 5 Conclusies en aanbevelingen

## 5.1 Inleiding

Deze rapportage bevat de resultaten van de Tussenmeting van het langjarig onderzoek naar de werking van het Nieuw Rotterdams Jeugdstelsel (NRJ). De ambitie van dit onderzoek is om in drie metingen tot 2018 de effecten van de veranderingen in het jeugdstelsel zichtbaar te maken. De Tussenmeting is uiteraard het vervolg op een Nulmeting die in 2014 is uitgevoerd. De afdeling Onderzoek en Business Intelligence voert dit onderzoek uit in opdracht van de gemeente Rotterdam.

De onderzoeksmethoden omvatten:

- Kwantitatieve analyse van registratiegegevens en gegevens over kosten
- Een enquête onder 505 jeugdhulpcliënten
- Focusgroepen en interviews met bijna 50 professionals uit de preventieve ondersteuning, basishulp en specialistische jeugdhulp, waarbij de nadruk lag op 4 zgn. focuswijken (Afrikaanderwijk, Liskwartier, Oosterflank en Zuidwijk)
- Interviews met een aantal professionals "rondom" de jeugdhulp (huisartsen, jeugdbescherming en jeugdreclassering, Veilig Thuis, Crisisinterventieteam)
- Interviews met een aantal sleutelinformanten op beleidsniveau
- Deskresearch

Er is kortom een combinatie van kwantitatieve en kwalitatieve methoden toegepast. Deze methoden leveren aanvullende kennis op onder meer over de verschillende perspectieven van 'belanghebbenden' bij het nieuwe jeugdstelsel. Het is van belang om daarbij in acht te nemen dat voor de inventarisatie van het 'cliëntperspectief' een andere methode is gebruikt dan voor het onderzoek onder andere 'stakeholders' – dit staat een strikte vergelijking over bijvoorbeeld de tevredenheid met het stelsel in de weg.

De dataverzameling voor het onderzoek voor de Tussenmeting heeft merendeels plaatsgevonden in december 2015 en het eerste kwartaal van 2016. Een deel van de cliëntenenquête (12+), de interviews met beleidsmedewerkers en de stedelijke focusgroep hebben in het tweede kwartaal 2016 plaatsgevonden.

De hoofdvragen van de Tussenmeting zijn:

1. *Wat zijn de gewenste en ongewenste tussentijdse effecten van het NRJ-beleid?*
2. *Welke gewenste en ongewenste tussentijdse effecten als gevolg van het NRJ-beleid ervaren uitvoerende professionals die problematiek bij ouders en jongeren signaleren, preventieve ondersteuning bieden, toeleiden naar jeugdhulp, en jeugdhulp bieden?*
3. *Welke tussentijdse effecten van het NRJ beleid ervaren jeugdigen en opvoeders (cliënten) die preventieve ondersteuning, basishulp of specialistische hulp ontvangen?*

Met deze hoofdvragen worden de eerder genoemde perspectieven gerepresenteerd. Binnen deze perspectieven wordt gefocust op de volgende zeven thema's:

- Beroep op eigen kracht en inzet van sociale netwerken en vrijwilligers
- Passende hulp
- Snelheid van beschikbaarheid van hulp
- Aanvaardbare kosten
- Bereik kwetsbare doelgroepen
- Vroegsignalering en vroegtijdig ingrijpen
- Samenwerking en integraal zorgaanbod



## 5.2 Overall conclusies

### **Algemeen: continuïteit in een veranderend speelveld**

Deze tussenmeting is uitgevoerd in 2015. Dat is het jaar dat de decentralisatie van de jeugdhulp een feit is, maar de transformatie zich nog in de eerste fase bevindt. Dat wil zeggen dat er nog hard gewerkt wordt aan de (praktische) inrichting van het nieuwe jeugdstelsel en aan de implementatie van nieuwe werkwijzen op alle onderdelen van de jeugdhulp. Het is dan ook niet verwonderlijk dat als we op hoofdlijnen de uitkomsten van het NRJ bezien er nog veelal sprake is van continuïteit. Dit zien we bijvoorbeeld in de kosten en het gebruik van jeugdhulp.

Hoewel het in 2015 gelukt is om met minder budget iets meer jeugdigen te ondersteunen, zijn grote verschuivingen in de verhouding tussen preventieve hulp, basishulp en specialistische hulp uitgebleven. Dat betekent dat de beweging naar meer basishulp en preventie ('neerwaartse druk') nog niet heel zichtbaar is. Dat komt overigens ook omdat het deels om doorlopende hulptrajecten ('overgangsrecht') gaat van voor de decentralisatie.

Dit laatste speelt eveneens een rol als we naar de verwijzers naar jeugdhulp kijken. Daarin zijn, op hoofdlijnen, de oude verhoudingen nog terug te vinden met de huisartsen als belangrijkste verwijzers, en op de tweede plaats de gecertificeerde instellingen. De gemeente is een kleine verwijzer, maar dat komt deels, omdat het hierbij vooral om specialistische hulp gaat. De meeste jeugdigen ontvangen jeugdhulp zonder verblijf en bijna een derde krijgt jeugdhulp vanuit het wijkteam.

Voorts biedt ook de analyse van de cliëntervaringen een eerste indruk van continuïteit. Er zijn weinig verschillen tussen bestaande en nieuwe cliënten ten aanzien van de algemene tevredenheid met de hulp (9 van de 10 cliënten zijn tevreden), ervaringen met contact, bejegening en deskundigheid van de hulpverlener, met inspraak, de passendheid van de hulp, de inzet van eigen kracht en het sociale netwerk. Driekwart van de bestaande cliënten vindt dat de kwaliteit van de hulp in 2015 'ongeveer hetzelfde' is gebleven.

Uiteraard zien we onder dit globale oppervlak wel dynamiek als we inzoomen op onderdelen of specifieke elementen van het stelsel. Zo blijkt het aantal jongeren met een OTS-maatregel of met jeugdreclassering sinds 2013 flink afgenomen met resp. 14% en 19%. In het preventieve veld zien we dat het bereik van het schoolmaatschappelijk werk (SMW) is vergroot – en er zijn aanwijzingen dat de rol van het SMW in de toeleiding naar de jeugdhulp belangrijker is geworden.

Tot slot constateren wij dat weliswaar de bedoelde effecten van het stelsel nog niet heel erg zichtbaar zijn, maar dat er andersom ook geen sprake lijkt van grootscheepse tegenbedoelde of 'perverse' effecten. Zo is het aantal crisisinterventies stabiel en is bijvoorbeeld het totaal aantal personen op de wachtlijst voor residentiële en semi-residentiële hulp afgenomen ondanks vermindering van de capaciteit (al blijven er fricties tussen vraag en aanbod). Hiervoor is al vermeld dat de algemene cliënttevredenheid stabiel is. De cliënttevredenheid is door de veranderingen die nu worden doorgevoerd dus ook niet verminderd.

In het vervolg van de conclusies worden kort de thema's nagelopen. Daarbij zal worden geschetst hoe, los van de effecten van het stelsel, de veranderingen in het speelveld zich voltrekken.

### **Versterken eigen kracht en inzet van sociale netwerken en vrijwilligers**

Meer dan tijdens de nulmeting in 2014 lijkt de 'eigen kracht'-filosofie doorgedrongen te zijn in de gehele jeugdhulpketen. Professionals geven aan meer en bewuster aandacht te hebben voor het versterken van eigen kracht en het inzetten van sociale netwerken. Uit het onderzoek komt echter naar voren dat er geen eenduidige, breed gedeelde opvattingen zijn over wat 'eigen kracht' is, dat professionals in verschillende mate ervaring hebben met het inzetten van eigen kracht en dat professionals in het algemeen geen gedeelde methodische aanpak hanteren.

Dit lijken leerpunten te zijn voor de verdere transformatie, zie ook bij de Aanbevelingen. Uitzonderingen hierop zijn Veilig Thuis en jeugdbescherming/jeugdreclassering die wel een gedeelde methodische aanpak hiervoor hebben.

De professionals geven aan dat een benadering uitgaande van eigen kracht en het sociale netwerk van de cliënt niet voor alle doelgroepen geschikt is, dat cliënten er soms weerstand tegen hebben en de netwerken van cliënten soms zwak zijn.

Een derde van jeugdhulpcliënten zegt dat zij ondersteuning krijgen vanuit het netwerk, meestal van familieleden en in minder mate van vrienden. Dat is bij nieuwe cliënten, van na de transitie, niet meer dan bij cliënten die al hulp kregen voor de transitie.

De inzet van vrijwilligers lijkt een ondergeschoven kindje. Professionals melden een schaarste aan aanbod voor het inzetten van vrijwilligers en lijken hier nog weinig ervaring mee te hebben, behalve welzijnsorganisaties en het CJG.

### **Passende hulp**

Samengevat biedt de huidige situatie in de optiek van professionals mogelijkheden om betere aansluiting te zoeken bij de vraag van de cliënten, maatwerk te leveren en integraal te werken. Nieuwe cliënten zeggen vaker dan bestaande cliënten dat zijzelf als ouder/verzorger ook hulp krijgen. Er is in de jeugdhulpketen een meer generalistische oriëntatie, die qua organisatie vooral geborgd is in het multidisciplinaire wijkteam. Ook zijn er signalen van meer creativiteit bij zorgaanbieders in het realiseren van nieuw of aangepast aanbod.

Tegelijkertijd zijn er op dit moment nog diverse belemmeringen die een betere aansluiting bij de vraag in de weg staan:

- a) De nieuwe professionele eisen die aan medewerkers in de gehele keten worden gesteld. Professionals geven aan daar nog niet altijd aan te kunnen voldoen. Het gaat onder meer om inzetten van eigen kracht, integraal werken en casusregie voeren. Daarnaast betreft het specifiek bij wijkteams expertise in het omgaan met ouders die geen hulpverlening willen, het herkennen en begeleiden van verstandelijk beperkte cliënten en een balans zoeken bij multi-problem gezinnen tussen hulp aan de ouders en hulp aan de kinderen.
- b) Het samenspel in de keten verloopt beter, maar zeker nog niet geolied. Aan nieuwe structuren in het preventieve veld wordt nog hard gebouwd anno 2015, professionals hebben nog geen gedeelde opvatting over wanneer moet worden opgeschaald (er zijn in de hele keten veel zorgen dat 'andere organisaties' te lang voortmodderen), en er is meer aandacht nodig voor afschaling. Ook kan de uitvoering van de afstemming op casusniveau nog beter. Casusregie roept soms nog onduidelijkheden op.
- c) Ervaren verschraving van het hulpaanbod op onderdelen. Los van de wachtlijsten in de gespecialiseerde jeugdhulp missen professionals laagdrempelige groepsbenaderingen op wijkniveau (zoals sociale vaardigheidstrainingen, lotgenotengroepen). Ook toegankelijk aanbod tussen de basishulp en de gespecialiseerde residentiële hulp (bijv. kamertraining) en gespecialiseerd aanbod voor specifieke groepen zoals gezinsbegeleiding van allochtone gezinnen vormen een gemis.

In de nulmeting bleek er angst te bestaan voor een kleiner aandeel kleinere jeugdhulpaanbieders vanwege de grotere administratieve belasting. Dit lijkt zich echter niet op grote schaal voor te doen. Wel zijn sommige vrijgevestigde GGZ aanbieders relatief snel door hun budget heen. Er lijkt relatief meer behoefte te zijn aan hun aanbod vanwege de korte lijnen. Sommige aanbieders voor jeugd met een beperking hebben last van krimp, mogelijk door onbekendheid van hun aanbod bij de wijkteams.

Professionals, zowel van de wijkteams als in het preventieve veld, specialistische hulp en gedwongen kader geven aan dat er grote verschillen zijn in werkervaring en competenties tussen professionals in de wijkteams. Hierdoor is het soms moeilijk om passende hulp te bieden.

Sommige professionals zijn bezorgd over mogelijke rechtsongelijkheid, waarbij de behandeling van cliënten eerder bepaald wordt door de competenties van de betrokken professional in plaats van door de kenmerken van hun (probleem)situatie.

Ruim vier van de vijf cliënten vinden dat hun kind voldoende hulp of de juiste soort hulp ontvangt. Cliënten met basishulp vinden dat wat vaker dan cliënten met specialistische hulp. Er zijn geen verschillen tussen cliënten die voor de transitie al hulp kregen en nieuwe cliënten. Nieuwe cliënten geven vaker dan bestaande cliënten aan dat zowel hulp voor de jeugdige als voor de ouders wordt georganiseerd.

### **Snelheid van beschikbaarheid van hulp**

Volgens de professionals komt met name basishulp sneller op gang dan in het oude stelsel. Dat is te danken aan het wegvallen van de indicatie en de korte lijnen tussen verschillende disciplines in de wijkteams. Dit is een van de doelen van het nieuwe jeugdstelsel, waar duidelijk resultaten zijn geboekt.

Bij specialistische hulp is er nog niet veel verschil met het oude stelsel volgens professionals. Tijdens de periode van het onderzoek was er volgens professionals tevens sprake van forse wachtlijsten bij Veilig Thuis, vanwege een werkachterstand in verband met capaciteitsproblemen. Hiervoor is wel in 2016 een verbeterplan opgesteld. Vanwege de organisatorische veranderingen is er ook geen goed beeld van het aantal onderzoeken in 2015 ten opzichte van 2013.

Professionals uit het specialistische veld noemen daarnaast dat de bureaucratie veel tijd kost (verschillende registratiesystemen en formulieren), dat er in sommige wijkteams een gebrek aan expertise is en dat het generalisten meer tijd kost om bij de juiste hulp uit te komen dan specialisten.

Van de cliënten die na de transitie zijn aangemeld is 80% tevreden over de tijd tussen aanmelding en de start van de hulp – cliënten met basishulp iets meer dan cliënten met specialistische hulp. Deze cliënten rapporteren een gemiddelde wachttijd van 1,8 maanden, waarbij 60% binnen een maand de eerste hulp kreeg. 80% van bestaande en nieuwe cliënten is tevreden over de snelheid van doorverwijzing naar hulpverleners. Daarbij is wel een significant verschil tussen bestaande en nieuwe cliënten te constateren: cliënten van na de transitie zijn veel vaker tevreden over de snelheid waarmee de doorverwijzing plaatsvond – de cliënten die uiteindelijk basishulp kregen nog het meest. Ook dit wijst in de richting van het behalen van het doel van snellere beschikbaarheid van hulp.

### **Aanvaardbare kosten**

De kosten voor de jeugdhulp (preventief, basis en specialistisch) zijn ten opzichte van 2013 met ca. 3,5 miljoen afgenomen in 2015. Deze besparing betreft vooral de basishulp.

We hebben geconstateerd dat uitvoerend professionals lang niet altijd precies inzicht hebben in de kosten van de hulpverlening, maar dat er op de werkvloer wel een sterk besef is van de opgave om ondersteuning efficiënt in te zetten. Dat geldt mogelijk het sterkst voor de wijkteams, maar ook in het preventieve en specialistische veld lijken professionals bewuster met kosten of efficiëntie bezig.

Professionals zien mogelijkheden voor meer kostenbesparingen in meer preventief werken en vooral een optimale op- en afschaling. Nu leven er zorgen dat enerzijds te snel wordt opgeschaald naar dure zorg en anderzijds te lang wordt 'voortgemodderd' waardoor later dure zorg nodig is.

### **Bereik van kwetsbare groepen**

Er zijn geen exacte cijfers over de mate waarin bepaalde groepen met ondersteuningsbehoeften wel of niet worden bereikt door de jeugdhulp. Groepen waarover professionals zich zorgen maken in verband met onder-bereik zijn nog steeds dezelfde. Prominent wordt daarbij de LVB-groep genoemd, omdat professionals signaleren dat de toegang tot de hulp minder zichtbaar is (cliënten kunnen niet direct naar wijkteams toe gaan, zoals voorheen naar MEE) of er vrees is dat 'poortwachters' zoals de Vraagwijzer hen niet altijd goed herkennen.

De professionals zien wel mogelijkheden om het bereik onder kwetsbare groepen te verbeteren. Vooral de verbetering van de aansluiting van de wijkteams op het preventieve veld zou daarbij behulpzaam kunnen zijn. Zij opperen ook een meer outreachende ‘presentie’ van wijkteams in de buurt of bij lokale organisaties.

### **Vroegsignalering en vroegtijdig ingrijpen**

In het verlengde van het ‘bereik van kwetsbare groepen’ wordt een belangrijke rol verwacht van het preventieve veld in vroegsignalering. In vergelijking met de nulmeting zien we bij de tussenmeting verbeteringen op dit vlak. Met name de intensivering van de contacten van wijkteams met de basisscholen en het SMW lijkt te leiden tot een betere vroegsignalering. Ook de toepassing van de zorgformulieren van de politie is verbeterd en de route voor meldingen huiselijk geweld en kindermishandeling is nu duidelijk. Ondanks dat wordt er nog een aantal belemmeringen ervaren: sommige ketenpartners in de wijk zijn nog onvoldoende aangesloten (bijv. huisartsen, kinderopvang, woningbouwcorporaties) en de informatie-uitwisseling over cliënten tussen ketenpartners kan nog verbeterd worden (met name tussen wijkteams enerzijds en CJG, politie en huisartsen anderzijds).

Steeds meer ouders staan positief tegenover het wijkteam. Er ligt echter nog wel winst in het meer bekendheid geven aan de wijkteams bij veel ouders. Sommige ouders ervaren het wijkteam als te zwaar of associëren het met dwang en drang. Het wijknetwerk speelt een motiverende rol om ouders met het wijkteam in contact te brengen. Door de aanwezigheid van verschillende disciplines in het wijkteam wordt ervaren dat de toegankelijkheid van verschillende vormen van (basis)hulp is verbeterd – door ‘korte lijnen’ kan tijdiger ondersteuning worden georganiseerd.

### **Samenwerking**

Professionals staan in het algemeen positief tegenover samenwerking in de jeugdhulpketen en zijn over het algemeen tevreden over de ontwikkeling van de samenwerking tot nu toe. Zij geven aan dat er nog verdere stappen te zetten zijn:

- De netwerkvorming staat nog aan het begin en kan veel verder worden ontwikkeld. In het preventieve veld zijn er relevante partners die beter kunnen worden aangehaakt. De samenwerking met dwang- en drangorganisaties heeft verbetering nodig na de organisatieveranderingen aldaar. De samenwerking met het specialistische veld lijkt vooral te worden gehinderd door bureaucratische procedures;
- De taken en verantwoordelijkheden van betrokken ketenpartners zijn niet altijd duidelijk;
- De werkprocessen variëren per wijkteam en kunnen eenduidiger;
- De informatie-voorziening en –uitwisseling is niet altijd op orde, onder meer door onvoldoende juridische borging;
- De casusregie kan nog beter uit de verf komen door meer duidelijkheid in verantwoordelijkheden en het stimuleren van ontwikkeling van competenties.

Speciale aandacht vragen hierbij huisartsen. De route via de huisarts naar jeugdhulp blijft een vertrouwde route, vooral bij hogeropgeleide ouders en bij jeugd-GGZ problematiek. De invloed van de gemeente op deze route is beperkt, maar in ieder geval kan de samenwerking tussen huisartsen en wijkteams nog verbeterd worden.

## **5.3 Aanbevelingen**

Wat betekenen deze conclusies? Aan welke “knoppen” kan het beleid nu draaien om het nieuwe stelsel nog meer te versterken? Op basis van de resultaten van het onderzoek hebben wij als onderzoekers de volgende aanbevelingen geformuleerd, met in het achterhoofd de zeven thema’s die onderzocht zijn.

We begonnen de conclusies met de constatering dat er sprake is van 'continuïteit in een veranderend speelveld'. De continuïteit heeft in deze zin vooral betrekking op de tot nu toe bereikte resultaten. Echter, de wijze waarop geprobeerd wordt die resultaten te behalen, levert een pluriform beeld op van opvattingen en werkwijzen.

Nu is pluriformiteit niet per definitie negatief: de uitvoerders moeten immers in verschillende contexten generiek beleid naar particuliere situaties kunnen vertalen, maatwerk kunnen leveren. Tegelijkertijd is de organisatie en ondersteuning van de uitvoering gebaat bij een fundament van 'doorleefde' consensus, een '**gedeelde interventiestrategie**' in de jeugdhulpketen. We constateren dat dat fundament nog kan worden versterkt. We kunnen nog verdere winst behalen door:

- Te streven naar gezamenlijke concepties van wat 'eigen kracht' is, integrale ondersteuning, passende hulp en dergelijke: het verder ontwikkelen van een gemeenschappelijke taal;
- Het ontwikkelen van een kennisfundament van bewezen effectieve methodieken, die aansluiten bij de uitgangspunten van beleid (zoals 'eigen kracht');
- Het verschaffen van duidelijkheid over doelen, doelgroepen, taken en verantwoordelijkheden van verschillende partijen in de jeugdhulpketen;
- Competentieversterking van uitvoerende professionals op onderwerpen als eigen kracht, integraal werken, op- en afschalen én het voeren van casusregie.

Naast het werken aan een 'gedeelde interventiestrategie' kunnen nog enkele aanbevelingen worden gedaan die bijdragen aan de versterking van de uitvoering. Hierboven wordt de ontwikkeling van een kennisfundament van 'bewezen effectieve methodieken' genoemd als een belangrijk onderdeel van een gedeelde interventiestrategie. Echter, we weten dat er in de databases van bijvoorbeeld NJI en Movisie slechts een handvol wetenschappelijk onderbouwde methodieken te vinden is. Dat betekent dat er zelf ontwikkelingswerk verricht moet worden, waarbij op basis van praktijkervaringen, bestaande wetenschappelijke kennis en evaluatie-onderzoek inzicht wordt verkregen in 'wat werkt en wat niet'. Dit vergt de opbouw van een **lerende organisatie**: een organisatie die met het veld de nodige kennis opbouwt en die kennis vervolgens over de gehele keten verspreidt.

Bevorder de **netwerkontwikkeling** in de keten. De eerste ervaringen zijn positief, hoeveel praktische problemen er ook nog zijn. De professionals verwachten dat de verdere ontwikkeling van het netwerk zowel bijdraagt aan de doelstelling om kwetsbare groepen in de Rotterdamse samenleving beter te bereiken, als aan de doelstelling om preventiever te werken. Hoe kan daaraan worden bijgedragen?

- Bevorder de aansluiting van partijen in het preventieve veld bij lokale netwerken die nu niet of niet altijd participeren in de keten, zoals huisartsen, kinderopvang, woningcorporaties, politie, e.d.
- Faciliteer de informatie-uitwisseling in de keten, onder meer door juridische borging voor zover daarin nog niet is voorzien;
- Bestrijd de ervaren bureaucratische belemmeringen voor samenwerking, onder meer door ontwerp en systematische toepassing van eenduidige procedures en werkprocessen.

Voorts kan bijgedragen worden aan het **vervolmaken van het ondersteuningsaanbod** voor jeugdigen. Uit het onderzoek komen twee 'zwakke plekken' in het huidige aanbod naar voren:

- Er ligt met de wijkteams veel nadruk op ambulante, individuele hulpverlening. Professionals ervaren een verschriving van laagdrempelige groepsbenaderingen, die gemakkelijk toegankelijk zijn, waar lotgenoten getroffen kunnen worden en die efficiënt zijn in hun toepassing. Dit ligt op de grens van het lokale welzijnswerk en de wijkteams – in beide organisaties zijn professionals werkzaam die ervaring hebben met dergelijk groepswork;
- Professionals geven aan dat 'tussenvormen' van ondersteuning tussen enerzijds basishulp en anderzijds dure (semi-) residentiële hulp worden gemist. Nu heeft het onderzoek hierover geen systematische informatie opgeleverd. De opgevangen signalen rechtvaardigen een nader onderzoek naar wat deze ervaren zwakke plek in het aanbod precies is – welke ondersteuning wordt gemist?

**Triage**, het maken van een goede inschatting van de ernst en de aard van problematiek bij cliënten en dan naar de juiste hulp of ondersteuning door te verwijzen, lijkt op veel punten nog niet soepel te lopen. Onze aanbeveling is dan ook om vaardigheden, afspraken en ondersteuning (intervisie, consultatie) op het gebied van triage te versterken, in ieder geval bij de preventieve voorzieningen en de wijkteams. Daar horen afspraken over de afbakening van taken tussen wijkteams, CJG pedagoog en schoolmaatschappelijk werker bij. De kennis van wijkteams van het specialistische aanbod, beoordeling en indicering van PGBs en dyslexie zijn ook aandachtspunten. Wijkteams kunnen het Consultatie- den Diagnoseteam mogelijk nog meer inschakelen voor ondersteuning bij de triage.

## Referenties

Anschutz, J., S. van Zeele, J. Omlo en L. Rietveld (2015), *Nulmeting Evaluatie Nieuw Rotterdams Jeugdstelsel*. Rotterdam: Onderzoek en Business Intelligence, gemeente Rotterdam.

Butte, D. en C. Mieloo (2016), *Procesevaluatie Zorgbemiddeling Jeugd 2015*. Rotterdam: Onderzoek en Business Intelligence, gemeente Rotterdam.

Distelbrink, M., R. Gilsing, T. Pels, J. Schone, en D. Wind (2014), *Proeftuinen Om het Kind: een kwalitatieve verkenning*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Dijk, D. van (2014), *Procesevaluatie wijkteams Childrens Zone*. Rotterdam: Onderzoek en Business Intelligence, gemeente Rotterdam.

Heering, L., L. Rietveld, D. Butte, T. Wentink en T. Scholtens (2015), *Verkenning integrale wijkteams in worden. Ervaringen van drie Rotterdamse wijkteams in het eerste kwartaal van 2015* [interne notitie]. Rotterdam: Onderzoek en Business Intelligence, gemeente Rotterdam.

Hekelaar, A., F. Moors en T. Wentink (2014), *De basis op orde. Evaluatie-onderzoek Sociale Teams Rotterdam. Eindrapport*. Rotterdam: Onderzoek en Business Intelligence, gemeente Rotterdam.

Hekelaar, A. en R. Broere (te publiceren, 2016), *Literatuuronderzoek Wijkteams*. Rotterdam: Onderzoek en Business Intelligence, gemeente Rotterdam.

Lans, J. van der, en P. Hilhorst (2015), *Mogelijk maken wat nodig is*. Den Haag: Transitiecommissie Sociaal Domein.

Lieshout, I. van, V. Linssen, H. Polman, J. van Raaij en L. Tammenga (2014), *Buurtteams – Teams Jeugd en Gezin. Monitor 2014*. Utrecht: afdeling Onderzoek, gemeente Utrecht.

Matthijssen, M. en H. van Adrichem (2016), *Tussenrapportage Wijkgerichte steun aan jongeren (12 – 23 jaar) in de gemeente Rotterdam*. Rotterdam: Hogeschool InHolland.

Prakken, J. (2015), *Samen om het kind. In de wijk*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Spit, W., A. Hamdi en J. Verheijen (2016), *Businesscase Wijkteams Rotterdam 2016*. Rotterdam: Ecorys.

Steijn, B., J. van der Voet, B. Kuipers en L. Tummers (2015), *Werken in de Rotterdamse wijkteams: de wittebroodsweken van jeugdprofessionals*. Rotterdam: Erasmusuniversiteit Rotterdam.

Waal, V. de, J. Brinkhorst en I. Schreijmans (2014), *De ontwikkeling van nieuw vormen van integraal wijkgericht werken. Voortgangsrapportage integraal wijkgericht werken in Utrecht, Zeist, Wijk bij Duurstede en Nieuwegein*. Utrecht: Kenniscentrum Sociale Innovatie, Hogeschool Utrecht.

Wentink, T. (2016), *Ervaringen met het CDT. Methodiek en bijdrage aan de transformatiedoelen*. Rotterdam: Onderzoek en Business Intelligence, gemeente Rotterdam.

Wijngaarden, J. van en R. Huijsman (2015), *Rapport evaluatie proeftuin Langdurige Zorg Rotterdam*. Rotterdam: instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmusuniversiteit Rotterdam.

## Bijlage 1 Afkortingen

AMK	Advies- en Meldpunt Kindermishandeling
AMW	Algemeen Maatschappelijk Werk
ASHG	Advies- en Steunpunt Huiselijk Geweld
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
AWBZ PGB	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten Persoons Gebonden Budget
AWBZ ZIN	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten Zorg in Natura
BJZ	Bureau Jeugdzorg
BSO	Buitenschoolse Opvang
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CDT	Consultatie- en Diagnoseteam
CIT	Crisisinterventieteam
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
CJG	Centrum voor Jeugd en Gezin
DOSA	Deelgemeentelijke Organisatie Sluitende Aanpak
FG	Focusgroep
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
J&O	Jeugd en Opvoedhulp
JB	Jeugdbescherming
JB plein	Jeugdbeschermingsplein
JBRR	Jeugdbescherming Rotterdam Rijnmond
JGGZ	Jeugd Geestelijke Gezondheidszorg
JR	Jeugdreclassering
LVB	Licht Verstandelijk Beperkt
LZN	Lokale Zorgnetwerken
NRJ	Nieuw Rotterdams Jeugdstelsel
OTS	Ondertoezichtstelling
PGB	Persoonsgebonden Budget
POH	Praktijkondersteuner huisartsenzorg
SMW	School Maatschappelijk Werk
TZB	Team Zorgbemiddeling
WT	Wijkteam



## Bijlage 2 Jeugdhulp gebruik in de focuswijken in 2013 (nulmeting)

Tabel 1 Vroegsignalering, jeugdhulpgebruik en voorkomen gedwongen kader in de vier focuswijken in 2013  
(cijfers in rood zijn hoger dan het stedelijk gemiddelde)

	Rotterdam	Liskwartier Bergpolder	Zuidwijk	Afrikaanderwijk Katendrecht Kop van Zuid (-Entrepot)	Oosterflank Prinsenland Het Lage Land
<b>Algemeen</b>					
Postcode4gebied		3037 <sup>22</sup>	3085 <sup>23</sup>	3072 <sup>24</sup>	3066, 3067 <sup>25</sup>
Gebied		Noord	Charlois	Feijenoord	Prins Alexander
0-18 jarigen	120.822	1.510	2.406	3.255	5.029
0 tot 18 jarigen tov alle bewoners	19,6%	19,9%	20,0%	22,3%	16,3%
<b>Preventieve veld, vroegsignalering</b>					
Gezien door CJG (0-18jr)	84%	86,1%	85,8%	84,4%	84,2%
Gezien door CJG (0-4jr)	98%	97,8%	97,6%	97,9%	97,9%
Risico- en aandachtskinderen (0-4jr)	36,1%	29,5%	54,1%	42,8%	32,7%
Gezien door CJG (6 jr)	97%	97,8%	99,2%	97,1%	99,2%
Risico- en aandachtskinderen (6 jr)	44,6%	26,4%	56,1%	39,6%	46,5%
SMW (0-12jr)	5,3%	2,0%	6,6%	5,9%	3,5%
Pak je kans (12-18jr) (jongerentraject)	0,7%	1,1%	0,8%	0,7%	0,3%
Zorgformulieren politie (0-18jr)	2,2%	1,2%	2,7%	1,2%	2,1%

<sup>22</sup> In het postcode4gebied 3037 woont 98% van de 0- tot 18-jarigen in het Liskwartier en 2% in Bergpolder. Dit gebied valt onder wijkteam 'Liskwartier-Bergpolder-Blijdorpsepolder-Blijdorp'.

<sup>23</sup> Het postcode4gebied 3085 valt onder wijkteam 'Zuidwijk-Charlois Zuidrand'.

<sup>24</sup> In het postcode4gebied 3072 woont 61% van de 0- tot 18-jarigen in de Afrikaanderwijk, 34% in Katendrecht, 3% in Kop van Zuid-Entrepot en 2% in Kop van Zuid. Dit gebied valt onder 3 wijkteams: Afrikaanderwijk, Katendrecht-Noordereiland en Kop van Zuid en Entrepot.

<sup>25</sup> In de postcode4gebieden 3066 en 3067 samen woont 37% van de 0- tot 18-jarigen in Oosterflank, 32% in Prinsenland en 31% in het Lage Land. Dit gebied valt onder 3 wijkteams: Oosterflank, Het Lage Land en sGravenland-Kralingseveer-Prinsenland.

	Rotterdam	Liskwartier Bergpolder	Zuidwijk	Afrikaanderwijk Katendrecht Kop van Zuid (-Entrepot)	Oosterflank Prinsenland Het Lage Land
<b>Jeugdhulp</b>					
Jongerencoaching basishulp (12-23jr)	0,4%	0,6%	0,4%	0,4%	0,1%
Gezinscoaching basishulp (0-18jr)	0,5%	0,6%	0,5%	0,4%	0,3%
MEE (0-18jr)	1,0%	0,6%	1,3%	1,0%	1,0%
Jeugd- en Opvoedhulp (0-18jr)	3,0%	1,0%	3,7%	1,8%	2,3%
GGZ 2012 (0-18jr)	5,5%	4,3%	6,0%	3,5%	6,5%
AWBZ ZIN (0-18jr)	0,7%	0,3%	1,2%	0,6%	0,5%
AWBZ PGB (0-18jr)	0,6%	0,7%	0,9%	0,4%	0,9%
<b>Gedwongen kader</b>					
OTS en voogdij (0-18jr)	1,5%	1,1%	2,2%	1,0%	1,5%
Jeugdreclassering (12-23jr)	0,8%	0,7%	1,7%	1,6%	0,5%
Crisisinterventie (0-18jr)	0,6%	0,2%	0,8%	0,5%	0,5%
Raadmelding (0-18jr)	0,4%	0,3%	0,8%	0,2%	0,3%
AMK (0-18jr)	1,1%	0,9%	1,5%	0,3%	0,9%
Uithuisplaatsing 1-1-2013 (0-18jr)	0,6%	0,5%	1,1%	0,5%	0,7%

## Bijlage 3 Lijst met geraadpleegde organisaties

*Tabel 18 Focusgroepen*

<b>Preventieve veld/Toeleiding naar jeugdhulp</b>	<b>Wijkteams</b>
In totaal 23 medewerkers: <ul style="list-style-type: none"> <li>- SMW-ers (PO)</li> <li>- CJG (orthopedagogen en jeugdverpleegkundigen)</li> <li>- Kinderopvang</li> <li>- Jongerenwerk/jongerencoaching</li> <li>- Scholen (IB-ers)</li> <li>- Huisartsen (2 uit Zuid, 3 uit Noord)</li> <li>- Politie (jeugdcoördinatoren)</li> </ul>	In totaal 20 medewerkers: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jeugd- &amp; Gezinscoaches</li> <li>- GZ-psycholoog</li> <li>- Jongerenwerker</li> <li>- Wijkteamleiders</li> <li>- Clientondersteuner</li> <li>- Stagiairs</li> </ul>

Respondenten afkomstig uit de focuswijken Afrikaanderwijk, Liskwartier, Oosterflank en Zuidwijk.

*Tabel 19 Stedelijke focusgroep*

In totaal 9 medewerkers uit: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Preventieve voorziening</li> <li>- Basishulp</li> <li>- Jeugd- en opvoedhulp</li> <li>- Gesloten jeugdzorg</li> <li>- Jeugd GGZ</li> <li>- Forensische zorg</li> <li>- Zorg voor jeugdigen met een beperking</li> </ul>
---

*Tabel 20 Individuele interviews*

<b>Vier wijkteamleiders</b>
<b>Beleidsmedewerkers van:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inkoop</li> <li>- MOW</li> <li>- SMW</li> <li>- Wijknetwerken en Wijkprogrammering</li> <li>- Veilig Thuis</li> </ul>
<b>Professionals specialistische hulp en gedwongen kader:</b> JBRR; 4 medewerkers: <ul style="list-style-type: none"> <li>- jeugdreclassering</li> <li>- jeugdbescherming</li> <li>- Crisisinterventie Team (CIT)</li> <li>- Veilig Thuis</li> </ul> Vrijgevestigde GGZ Zorg voor verstandelijk beperkten (2 medewerkers)