

---

# JEUGDIGEN IN ZORG IN NOORDOOST BRABANT

*Inzicht in de gegevens over de zorg voor Jeugd in Noord Oost Brabant*

April 2013

De JeugdZaak

Wim de Jong

Zefanja van der Kolk

Annemiek van Woudenberg



## INHOUDSOPGAVE

Hoofdstuk 1 Vooraf .....	4
Inleiding .....	4
Opdracht.....	4
Aanpak en verloop van het onderzoek .....	5
Leeswijzer .....	7
Hoofdstuk 2 Bevindingen .....	8
Bevindingen: proces .....	8
Bevindingen: inhoud.....	8
Conclusies en aanbevelingen .....	9
Hoofdstuk 3 Het veld van de Jeugdzorg en de spelers.....	10
3.1 De aanbieders.....	10
Lokale voorzieningen.....	10
Jeugd- en Opvoedhulp.....	10
Jeugd GGZ.....	11
Jeugd (Licht)Verstandelijk Beperkten (LVB) .....	11
3.2 Financiers, prijsbepalers en inkopers .....	11
Het Rijk .....	12
De Provincie.....	12
De Zorgverzekeraar .....	12
Zorgverzekeringswet .....	12
Het Zorgkantoor .....	12
Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).....	13
Het Centraal Administratie Kantoor (CAK) .....	13
Het College voor zorgverzekeringen .....	13
De Nederlandse zorgautoriteit.....	13
De Gemeente.....	13
3.3 De toegang tot de zorg .....	14
Toegang Bureau Jeugdzorg .....	14
De huisarts.....	14
Het Centrum indicatiestellingen zorg (CIZ) .....	15
Hoofdstuk 4 Zorgvormen en zorgaanbieders.....	16
4.1 Lokale jeugdzorg.....	19
4.2 Bureau Jeugdzorg .....	19

4.3 Jeugd & Opvoedhulp .....	22
4.4 Jeugd-GGZ .....	26
4.5 Jeugd-LVB .....	31
Hoofdstuk 5 Cijfers .....	36
5.1 Bureau Jeugdzorg .....	39
5.2 Jeugd & Opvoedhulp .....	43
5.2 Jeugd-GGZ .....	46
5.3 Jeugd-LVB .....	54
5.4 Begeleiding in de Jeugd-GGZ en Jeugd-LVB .....	58
Bijlage 1: Belangrijke begrippen .....	63
Bijlage 2: Brief voor dataverzameling.....	65
Bijlage 3: Gevraagde en geleverde data.....	68
Bijlage 4: Aanbevelingen zorgaanbieders .....	70



- Een uitsplitsing naar regio en gemeente
- 2) Het zorgverbruik in NO Brabant
- Een inventarisatie van aantallen kinderen en jeugdigen dat gebruik maakt van de verschillende vormen van zorg, inclusief inzicht in aantallen kinderen en jeugdigen dat gebruik maakt van meerdere trajecten tegelijkertijd
- 3) Een analyse naar verhoudingen tussen gemeenten in NOB, regio's in NOB, provincie Brabant en Nederland

#### AANPAK EN VERLOOP VAN HET ONDERZOEK

Om antwoorden te krijgen op de bovengenoemde vragen is deskresearch gedaan naar de rol en taken van de huidige spelers in het jeugdzorgveld in Noordoost Brabant: bekostigende instellingen, uitvoerende instellingen en indicatieorganen. Vervolgens zijn zowel de bekostigende instellingen als de uitvoerende instellingen benaderd. De bekostigende instellingen zijn de zorgkantoren, zorgverzekeraars, de provincie Noord-Brabant en het Rijk. Indicerende partijen zijn de toegang van Bureau Jeugdzorg (BJZ), het Centrum Indicatiestellingen Zorg (CIZ) en de huisarts, jeugdarts of andere medisch specialist. De uitvoerende instellingen zijn de aanbieders van jeugd & opvoedhulp, jeugd-GGZ en jeugd-(L)VB<sup>1</sup>. Zij ontvingen een brief met daarin de uitleg van het onderzoek en de gewenste informatie die nodig is voor de dataverzameling (bijlage 2). Deze instellingen zijn vervolgens gebeld om contactpersonen te vinden bij de dataverzameling. Met de meeste instellingen is een afspraak gemaakt om de dataverzameling te bespreken. Ook zijn zorgkantoor en zorgverzekeraar benaderd. De gehele zorg voor jeugd omvat ook uit het lokale veld waar een belangrijke preventieve taak ligt. Deze basis draagt bij aan gezond en veilig opgroeien en opvoeden. Het in kaart brengen van deze zorg valt buiten het onderzoek. Graag benadrukken we echter het belang van het lokale veld en de versterking hiervan net als de aansluiting bij de meer gespecialiseerde zorg voor jeugdigen, om de transitie te laten slagen.

Bij de bekostigende instellingen (provincie, zorgverzekeraar, zorgkantoren en het Rijk) is nagegaan van welke instellingen zij zorg inkopen met betrekking tot de verschillende vormen van jeugdhulp, en welk budgetten hieraan verbonden zijn. Bij de uitvoerende instellingen is nagegaan welke kosten zij opvoeren voor het uitvoeren van de zorg. Om het zorggebruik in kaart te brengen is bij uitvoerende instellingen nagegaan hoeveel zorggebruikers uit elke gemeente gebruik maken van verschillende zorgvormen.

Het verkrijgen van gegevens over aantallen jeugdigen in zorg verliep, ondanks de gevoerde gesprekken, (zeer) moeizaam. Dit had verschillende oorzaken. Die varieerden van het eenvoudigweg niet voorhanden zijn van gegevens in de registraties en gebreken daarin tot weigering om gegevens te leveren vanwege redenen van privacy gevoeligheid, andere prioriteiten en/of bescherming van bedrijfsgegevens. In bijlage 3 staat een overzicht met hetgeen geleverd is per organisatie.

Ondanks incompleetheid en andere gebreken van de cijfers werd -in overleg met de opdrachtgever- gekozen voor het toch uitbrengen van de cijfers eind september 2012 in de vorm van een rapport om daarover in gesprek te gaan met gemeenten en de zorgaanbieders. De gevonden cijfers boden na een eerste analyse voldoende stof voor een gesprek naar oorzaken van duidelijke, maar onverklaarde verschillen. De gedachte was om de gezamenlijke expertise van de zorgaanbieders en andere betrokken partijen aan te spreken om tot plausibele verklaringen te komen of althans veelbelovende zoekrichtingen te benoemen. Deze bijeenkomst is gehouden op 17 december 2012, maar leverde niet het gewenste gesprek op, omdat de zorgaanbieders te veel vragen hadden bij de verwerkte gegevens. Wel deden zij in die bijeenkomst aanbevelingen voor de vormgeving van het nieuwe jeugdstelsel in de regio (zie bijlage 4). Ook zijn afspraken gemaakt over de verwerking van het commentaar en het alsnog leveren van gegevens. Alle zorgaanbieders hebben de gelegenheid gekregen hun kritiek schriftelijk of mondeling te funderen. Een aantal heeft dit gedaan. Met hen zijn gesprekken gevoerd en hun suggesties zijn verwerkt in dit herziene rapport.

---

<sup>1</sup> In januari 2013 werd duidelijk dat alle zorg voor alle jeugdigen met een verstandelijke beperking onder verantwoordelijkheid van de gemeente zou gaan vallen, bij aanvang van dit onderzoek was dat alleen de licht verstandelijk beperkten zorg.

In overleg met de opdrachtgever is vervolgens opnieuw bepaald welke informatie nog op tafel moest komen en tegen welke inspanningen. Inmiddels was er zicht op het beschikbaar komen van nieuwe en verbeterde cijfers over het aantal jeugdigen dat gebruik maakt van de zorg en diensten van Bureau Jeugdzorg over 2011. In overleg met de opdrachtgever is besloten deze cijfers ook mee te nemen in het definitieve rapport. Het betreft cijfers van het PON. Het PON heeft in opdracht van de provincie samen met Bureau Jeugdzorg verbeterde jeugdzorgcijfers achterhaald. Deze gegevens zijn 4 april 2013 bekend geworden. De JeugdZaak heeft toegang tot deze gegevens gekregen en deze verwerkt in haar rapport.

De VNG heeft in maart 2013 een opdracht gegeven aan Vektis om gegevens over het GGZ zorggebruik voor 2011 en 2012 per gemeente uit te vragen. Deze gegevens worden eind april 2013 verwacht en kunnen dan toegevoegd worden aan dit rapport in een extra bijlage.

Terugblikkend op de opdracht kan gesteld worden dat niet alle benodigde gegevens boven water zijn gekomen (zie ook onderstaand overzicht). Sommige analyses konden vanwege incompleetheid niet gemaakt worden. Voor andere bleek geen tijd meer. Het opleveren van dit eindrapport had prioriteit. Wat biedt dit onderzoek wel? Het geeft enig zicht op de jeugdigen die gebruik maken van verschillende vormen van zorg en in mindere mate de daarbij behorende kosten. Ook geldt dat voor de verdeling ervan over gemeenten en subregio's. Van sommige zorgvormen is inderdaad duidelijk geworden dat die zo duur zijn dat kleine gemeente door beperkte verschuivingen in gebruik budgettair in de problemen komen. Van andere is een groei zichtbaar die wellicht noopt tot bijsturing. Dit onderzoek levert verder inzicht op in de huidige registraties en de onvolkomenheden daarin en het volstrekt niet afgestemd zijn op beleidsvragen van gemeenten.

*Overzicht: Compleetheid in de cijfers in een oogopslag*

	Aantallen zorggebruik	Kosten	Indicaties/verwijzing
Bureau Jeugdzorg	Gespecificeerd naar gemeenten Actueel Meerjarig Compleet	<del>Gespecificeerd naar gemeenten</del> Actueel Meerjarig Compleet	Niet van toepassing
Jeugd & Opvoedhulp	Gespecificeerd naar gemeenten Actueel Meerjarig Compleet	Gespecificeerd naar gemeenten Actueel Meerjarig Compleet	<del>Gespecificeerd naar gemeenten</del> Actueel Meerjarig Compleet
GGZ-jeugd	Gespecificeerd DEELS Actueel Meerjarig DEELS Compleet	<del>Gespecificeerd naar gemeenten</del> Actueel Meerjarig Compleet	<del>Gespecificeerd naar gemeenten</del> Actueel Meerjarig Compleet
Begeleiding j-ggz	<del>Gespecificeerd naar gemeenten</del> Actueel Meerjarig Compleet	<del>Gespecificeerd naar gemeenten</del> Actueel Meerjarig Compleet	Gespecificeerd naar gemeenten Actueel Meerjarig Compleet
Jeugd-LVB	Gespecificeerd naar gemeenten Actueel Meerjarig Compleet	<del>Gespecificeerd naar gemeenten</del> Actueel Meerjarig Compleet	<del>Gespecificeerd naar gemeenten</del> Actueel Meerjarig Compleet
Begeleiding j-LVB	Gespecificeerd naar gemeenten Actueel Meerjarig Compleet	<del>Gespecificeerd naar gemeenten</del> Actueel Meerjarig Compleet	<del>Gespecificeerd naar gemeenten</del> Actueel Meerjarig Compleet

## LEESWIJZER

In hoofdstuk 2 worden de belangrijkste bevindingen genoemd, zowel over het proces als de inhoud.

In hoofdstuk 3 bieden wij een beknopt overzicht van de samenhang van het hele veld van de Jeugdzorg zoals dat onder verantwoordelijkheid komt van de gemeenten. Eerst beschrijven wij de verschillende vormen van zorg. We doen dat in een vaste volgorde: Lokale voorzieningen, Jeugd- en Opvoedhulp, jeugd Geestelijke Gezondheidszorg (jeugd-GGZ) en de zorg voor jeugdigen met een Licht Verstandelijk Beperkten (jLVB). Deze indeling wordt gehanteerd in het gehele rapport. Daarna worden de financiers behandeld: het Rijk, de provincie, het zorgkantoor en de zorgverzekeraar. Tenslotte beschrijven wij de partijen die de toegang verschaffen met een verwijzing of indicatie: Bureau Jeugdzorg, huisarts en andere medisch specialisten, Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ).

In hoofdstuk 4 bieden wij een overzicht van de zorgvormen Jeugd & opvoedhulp, jeugd-GGZ en jeugd(L)VB. Dit is een verdiepend hoofdstuk dat de zorgsectoren en hun zorg verder verkent. De daadwerkelijke cijfers vindt u in hoofdstuk 5.

In hoofdstuk 5 staan de resultaten van de inventarisatie van het zorggebruik van jeugdigen in Noordoost Brabant. Voor Bureau Jeugdzorg, Jeugd & Opvoedhulp, Jeugd-GGZ en jeugd-LVB worden cijfers geboden over het zorggebruik. De begeleiding die zowel binnen de jeugd-GGZ als de jeugd-LVB wordt geboden is apart behandeld in het hoofdstuk. Waar dat relevant kan zijn doen we al een bewerking van de cijfers zodat duiding mogelijk is. Gevonden zijn opmerkelijke relatieve verschillen per gemeente en grote groei bij bepaalde zorgvormen en/of de kosten daarvan.

Van enkele belangrijke begrippen wordt in bijlage 1 de definitie gegeven.

## HOOFDSTUK 2 BEVINDINGEN

### BEVINDINGEN: PROCES

Om helder zicht te krijgen op het zorggebruik en de daaraan verbonden zorgkosten is een bepaalde registratiesystematiek bij de zorgaanbieders noodzakelijk. Op dat vlak waren er meerdere problemen.

- Registraties van zorgaanbieders en zorgkantoor zijn niet ingericht op beleidsvragen van gemeenten. Het zijn vaak real-time-systemen. Het terughalen van historie is soms niet mogelijk of zeer bewerkelijk.
- Het kost veel tijd om de gevraagde informatie op te leveren bijvoorbeeld in verband met het terugvoeren van gegevens naar postcode of gemeente.
- Een aantal zorgorganisaties gaf aan geen gegevens te kunnen of willen leveren of pas veel later in verband met andere prioriteiten. Sommige informatie was volgens de zorgaanbieders te privacygevoelig of valt onder vertrouwelijke bedrijfsinformatie.
- Een zorgaanbieder gaf aan dat de registratie van de gebruikte zorgvorm niet altijd zuiver is. Dit gebeurt bijvoorbeeld wanneer een jeugdige toegewezen wordt naar een zorgvorm waar een wachtlijst voor is. In dat geval kan er een andere zorgvorm worden ingezet, zonder dat dit goed geregistreerd wordt. Dit komt regelmatig voor. De jeugdigen zitten dan op plaatsen die bestemd zijn voor een andere doelgroep. Daardoor ontstaat een vertekend beeld van het zorggebruik.
- De zorgtoewijzer houdt vaak en heel begrijpelijk rekening met urgentie. Indien het van belang is dat iemand snel zorg ontvangt, krijgt hij ook snel een plaats, maar niet altijd de juiste plaats. Hierdoor blijft een prikkel om het aanbod kwantitatief of kwalitatief aan te passen achterwege. Je kunt dit vergelijken met “verkeerde bed”- problemen bij ziekenhuizen. (Het aanpakken daarvan heeft in die sector overigens veel doelmatigheidswinst opgeleverd).
- Een registratieprobleem is dat soms de woonplaats van een jeugdige onbekend is of vaak verandert.
- Registratie van een jeugdige op “woonplaats moeder” of op “ouder met gezag” is in een aantal gevallen mogelijk tot het moment van herindicatie.
- Bij een voogdijmaatregel wordt de woonplaats geregistreerd bij Bureau Jeugdzorg Eindhoven.
- De woonplaats van kinderen die in een residentiële opvang verblijven wordt vaak ook in de desbetreffende gemeente van de instelling geregistreerd, dat geldt bijvoorbeeld voor de kinderen die in Reek (Maashorst) verblijven.

### BEVINDINGEN: INHOUD

- Verreweg het meest wordt gebruik gemaakt van jeugd-GGZ zorg . Als we kijken naar de zorgvormen van de Jeugd- en Opvoedhulp dan is het gebruik van ambulante zorg het hoogst, gevolgd door pleegzorg. Dit is in overeenstemming met landelijke gegevens.<sup>2</sup>
- Er zijn grote verschillen in relatief zorggebruik tussen gemeenten uitgedrukt in een aantal per 1000 jeugdigen. Bij Jeugd- en Opvoedhulp is er een gemeente die 77% hoger scoort dan het gemiddelde van NO-Brabant en enkele gemeenten die meer dan 40% lager uitkomen. De verschillen van de subregio's zijn kleiner: -9% en +23%. Bij Begeleiding is er een gemeente die 45% hoger scoort dan het gemiddelde. Bij de J-GGZ is er een gemeente die 25% lager scoort dan gemiddeld
- De groei van de kosten van de intramurale voorzieningen jeugd-LVB is 75% in de periode 2009 -2012. Hiervan is 24% volumegroei en 9% in stijging van het prijspeil. Grootste deel wordt veroorzaakt door verschuiving naar zwaardere vormen van wonen met (intensieve en zeer intensieve) behandeling en begeleiding.
- Er is in de periode 2010 - 2012 36% groei in kosten van extramuraal voorzieningen voor jeugd-LVB (inclusief begeleiding). Dat zit voor 9% in volumegroei en voor 28% in prijsstijging. De groei in uitgaven

---

<sup>2</sup> Bot, S. (red.), Roos, de, S., Sadiraj, K., Keuzenkamp, S., Broek, van den, A. & Kleijnen, E. (2013). Terecht in de Jeugdzorg: voorspellende kind- en opvoedproblematiek en jeugdzorggebruik. Den Haag: SCP.



is volledig terug te voeren tot de stijging van het volume dagbesteding en vooral de prijsstijging ervan, 80% in drie jaar.

- Kosten van de jeugd-GGZ zijn niet bekend.

## CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

Voor de grote relatieve verschillen in zorggebruik tussen gemeenten is niet direct een plausibele verklaring. Nadere analyse is hierbij als eerste aan te bevelen vanwege twee redenen. Als de oorzaken van de verschillen kunnen worden gevonden kan dat op het spoor brengen van besparingsmogelijkheden doordat beleid gemaakt kan worden op achterliggende oorzaken. In de tweede plaats kan een verklaring ervan bijdragen aan acceptatie van verschillen. Vanzelfsprekend is dat overigens niet. Dat hangt af van de aanvaardbaarheid van de gevonden oorzaak. Het onverklaarde deel kan spanningen opleveren tussen gemeenten, zeker als zij samenwerken met een gezamenlijk budget.

Er zijn verschillende verklaringen te noemen voor de grote relatieve verschillen. De hypothesen zijn geformuleerd op basis van de literatuur en de gesprekken met zorgaanbieders. Mogelijke verklaringen voor relatieve verschillen in zorggebruik tussen gemeenten zijn:

- Hogere scores bij de ene zorgvorm worden gecompenseerd bij andere. Bijvoorbeeld in de ene gemeente meer hulp bij de ene zorgvorm dan de andere zorgvorm. Volgens landelijk onderzoek<sup>2</sup> is het gebruik van GGZ-zorg in een gemeente met hoger opgeleide bevolking hoger. Verwacht mag worden dat je dat terugziet bij het zorggebruik.
- Sociaaleconomische verschillen: Volgens landelijk onderzoek<sup>3</sup> is het zorggebruik in een gemeente met meer armoede en werkloosheid hoger.
- Een gemeente met meer kwetsbare gezinnen zal een groter beroep doen op Jeugdzorg. Een indicator is het aantal eenoudergezinnen.
- Geografische afstand tot de zorgaanbieders. De meer perifere gebieden zullen minder zorggebruik hebben. De vraag is of dat in dezelfde mate geldt voor zorgvraag.
- Kwaliteit van de zorgstructuur en het voorliggende veld. Hoe beter de preventie nu al werkt, hoe minder kinderen in de zware zorg. Dat geldt ook nu al.<sup>2</sup>
- Een gemeente met een hoge sociale cohesie zal minder beroep op jeugdzorg doen. Bron? Hiervan zijn in landelijke databronnen cijfers beschikbaar per gemeente.

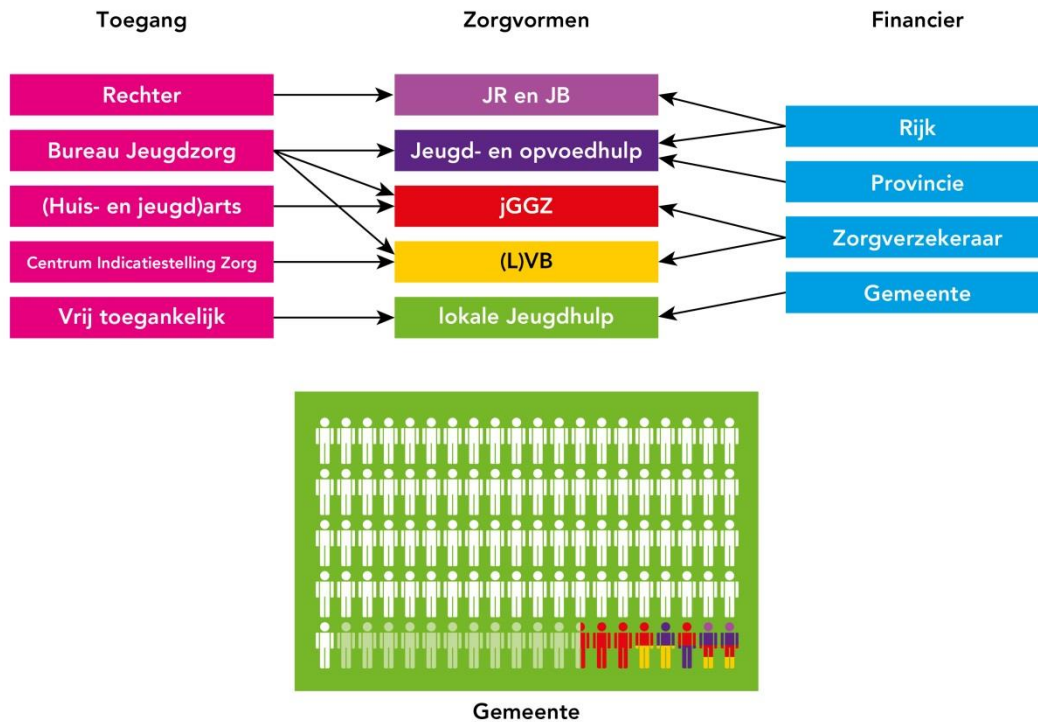
Een laatste aanbeveling betreft de registratie. Onze tabel 2 uit het hoofdstuk 'Cijfers' kan een basis vormen voor het definiëren van de informatievraag aan Jeugdhulp-aanbieders. Het inzichtelijk maken van de zorgkosten voor de verschillende sectoren en de verschillende zorgvormen is een lastige opgave. Het is ons bekend dat er in NOB inmiddels een werkgroep actief is die zich met deze problematiek bezighoudt.

---

<sup>3</sup> Bot, S. (red.), Roos, de, S., Sadiraj, K., Keuzenkamp, S., Broek, van den, A. & Kleijnen, E. (2013). Terecht in de Jeugdzorg: voorspellende van kind- en opvoedproblematiek en jeugdzorggebruik. Den Haag: SCP.

## HOOFDSTUK 3 HET VELD VAN DE JEUGDZORG EN DE SPELERS

In het huidige stelsel zijn er verschillende uitvoerende organisaties, financieringsstromen, vormen van toewijzing en bekostigende instellingen. In dit hoofdstuk van de resultaten wordt kort geschetst wat tot 2015 de rol van de verschillende spelers is en de wijze van financiering. In hoofdstuk 4 worden de zorgvormen uitvoeriger toegelicht. Zie figuur 1.



Figuur 1: Huidige situatie

### 3.1 DE AANBIEDERS

#### LOKALE VOORZIENINGEN

Dit is -in grote lijnen- de zorg voor jeugd en gezin, zoals die nu al onder verantwoordelijkheid van de gemeente wordt georganiseerd in collectieve en individuele voorzieningen zoals de Jeugdgezondheidszorg (wet Publieke Gezondheid), WMO functies (informatie en advies, licht pedagogische hulp, signaleren en verwijzen en coördinatie van zorg) en de uitvoering van de leerplicht. Gemeenten voeren deze zorg lokaal of sub regionaal uit, bijvoorbeeld via de Centra voor Jeugd en Gezin (CJG) en professionele formatie in de Zorgadvies Teams (ZAT's) op scholen. Instellingen die deze zorg uitvoeren zijn onder andere organisaties voor Maatschappelijk werk, Welzijnswerk, MEE en de jeugdgezondheidszorg.

#### JEUGD- EN OPVOEDHULP

Aanbieders van Jeugd en Opvoedhulp (J&O) bieden zorg voor jeugdigen en hun gezinnen gericht op opvoed- en opgroei problemen. Het gaat om kinderen en jeugdigen tot 18 jaar. Jeugd- en opvoedhulp wordt aangeboden door J&O instellingen en door Bureau Jeugdzorg. Zij hebben acceptatieplicht mits de zorgvorm ook beschikbaar is, werken vraaggericht, benaderen zorgvragen multidisciplinair, zorgen voor continuïteit en organiseren de

nazorg. De hulp wordt uitgevoerd door jeugdhulpverleners (maatschappelijk werker, sociaal pedagogische hulpverleners, psychologen etc.) en gedragswetenschappers. De hulp wordt zowel in het gedwongen als in het vrijwillige kader geboden.

## JEUGD GGZ

Aanbieders van jeugd-GGZ bieden hulp aan kinderen of jeugdigen met problemen in het gedrag of de ontwikkeling van levensgebieden, zoals thuis, op school of in contact met leeftijdsgenoten. Bij de jeugd-GGZ richt behandeling zich niet alleen op jeugdigen, maar ook op hun ouders. Jeugd-GGZ wordt aangeboden door GGZ-instellingen, vrijgevestigde psychologen/therapeuten en particuliere praktijken, psychiatrische afdeling van een algemeen (PAAZ) of academisch ziekenhuis (PUK, Psychiatrische Universiteits Kliniek). Veel professionals in de geestelijke gezondheidszorg hebben een BIG registratie of staan geregistreerd in een privaat register van een beroepsvereniging, zij moeten hiervoor voldoen aan kwaliteitseisen. Het gaat dan om de psychologen, orthopedagogen, (kinder)psychiaters, psycho- en vaktherapeuten en sociaal psychiatrisch verpleegkundigen.

## JEUGD (LICHT)VERSTANDELIJK BEPERKTEN (LVB)

De Jeugd-L(V)B is bedoeld voor kinderen met een verstandelijke beperking en bijkomende problematiek. Instellingen die behandeling bieden aan jeugdigen met een LVB zijn Orthopedagogische behandelcentra (OBC's), en voor behandeling aan jeugdigen met een LVB én gedragsproblematiek en MultiFunctionele Centra<sup>4</sup> (MFC's), voor een combinatie van psychiatrische behandeling en orthopedagogische zorg. Daarnaast bieden instellingen voor gehandicaptenzorg en zorgboerderijen begeleiding aan jeugdigen en ouders. Professionals die de ondersteuning uitvoeren zijn: pedagogische medewerkers, jeugdhulpverleners, beeldend therapeuten, therapeuten, GZ-psychologen, GZ kinder- en jeugd psychiaters en gedragswetenschappers.

## 3.2 FINANCIERS, PRIJSBEPALERS EN INKOPERS

Niet-geïndiceerde lokale zorg en collectieve voorzieningen voor de jeugdigen en hun ouders worden nu al bekostigd door gemeenten. Voor geïndiceerde zorg zijn er tot 2015 vier financiële stromen: 1. via het Rijk (ministeries van VWS en van V&J) voor Jeugdzorg plus en gedwongen hulpverlening<sup>5</sup>, 2. provinciaal voor de financiering van Bureau Jeugdzorg en Jeugd & Opvoedhulp, 3. ZVW voor de financiering van de jeugd-GGZ en 4. AWBZ (algemene wet bijzondere ziektekosten) voor de financiering van voorzieningen voor verstandelijke beperkten, begeleiding en langdurig verblijf jeugd-GGZ<sup>6</sup>. In de tabel is dit aangegeven. In 2015 komt er één financieringsstroom.

Zorgsoort	Zorgfinanciering in de huidige situatie loopt via:
Lokale voorzieningen voor jeugd en gezin	Gemeentefonds
Bureau Jeugdzorg	Provinciale financiering
BJZ: gedwongen hulpverlening (JR en JB)	Landelijke financiering (van V&J)
Jeugd & Opvoedhulp	Provinciale financiering
Jeugd & Opvoedhulp: Jeugdzorg <sup>plus</sup>	Landelijke financiering (VWS)
Jeugd-GGZ	ZVW en AWBZ
Jeugd-LVB	AWBZ
Begeleiding	AWBZ (natura en PGB)

<sup>4</sup> In Noordoost Brabant heeft de Herlaarhof een MFC met behandeling voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking en psychiatrische problematiek.

<sup>5</sup> Dit gaat via BJZ

<sup>6</sup> alleen bij opname in een GGZ-instelling die langer dan een jaar duurt. Dan valt het verblijf onder de AWBZ en anders valt de zorg onder de ZVW(zorgverzekeringswet)

## HET RIJK

Het Rijk (Ministerie van VWS) financiert in de huidige situatie rechtstreeks Jeugdzorg<sup>plus</sup>. Daarnaast wordt de gedwongen hulpverlening (Jeugdbescherming en Jeugdreclassering) gefinancierd door het Ministerie van V&J, deze middelen worden verdeeld over de Bureaus Jeugdzorg.

## DE PROVINCIE

De provincie is in het huidige stelsel verantwoordelijk voor de uitvoering van de Wet op de Jeugdzorg en de provinciale jeugdzorg, daarmee doelend op de Jeugd & Opvoedhulp. Zij zijn daarmee verantwoordelijk voor de financiering van de taken die Bureau Jeugdzorg uitvoert en de gecontracteerde Brabantse zorgaanbieders. De provincie krijgt hiervoor de doeluitkering Jeugdzorg van de Rijksoverheid. Bureau Jeugdzorg Noord Brabant had in 2011 een budget van 63 miljoen euro<sup>7</sup> voor al het werk in de provincie. Daarnaast financiert de provincie de zorgaanbieders. Voor 2012 was dit een bedrag van 30 miljoen euro voor de zorgaanbieders in Noordoost Brabant (Oosterpoort, Herlaarhof, Maashorst, Topaze)<sup>8</sup>. Ook autonome middelen van de provincie worden ingezet ter bevordering van de zorg voor jeugd, maar niet voor de bekostiging van de zorg van jeugd & opvoedhulporganisaties of bureau jeugdzorg, maar voor overige trajecten ter versterking van de zorg voor jeugd, zoals bijvoorbeeld innovatie van de jeugdzorg en de RAP gelden.

## DE ZORGVERZEKERAAR

De zorgverzekeraar is belast met het uitvoeren van de Zorgverzekeringswet (ZVW). Er zijn in Nederland 31 zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars zijn verenigd in de belangenorganisatie Zorgverzekeraars Nederland. De landelijke verzekeraars maken afspraken met enkele honderden aanbieders van jeugd-ggz over ongeveer 4.000 zorgprestaties. De grootste zorgverzekeraar in de regio NO Brabant is UVIT, een coöperatie van Univé-VGZ-IZA-Trias. De zorgverzekeraar heeft dus afspraken met de aanbieders van jeugd-GGZ.

## ZORGVERZEKERINGSWET

Iedere Nederlander is verplicht een basisverzekering af te sluiten bij een zorgverzekeraar om de kosten voor medisch noodzakelijke zorg te dekken. De inhoud van het basispakket is door de overheid wettelijk vastgesteld<sup>9</sup> en voor iedereen hetzelfde. Het bevat alle noodzakelijke zorg zoals ziekenhuiszorg, medicijnen, hulpmiddelen en huisartsenzorg. Iedereen van 18 jaar en ouder betaalt een verplicht eigen risico voor de zorgverzekering (€ 350). De zorgverzekeraar bekostigt de jeugd-GGZ. Van de eerstelijns psychologische zorg tot een intramurale behandeling van maximaal 1 jaar.<sup>10</sup>

## HET ZORGKANTOOR

De uitvoering van de AWBZ is sinds 1998 in handen van de zorgkantoren. Deze zijn door de gezamenlijke zorgverzekeraars in het leven geroepen. Zorgkantoren zijn zelfstandig werkende kantoren - nauw gelieerd aan de zorgverzekeraar ter plekke - die zorgvraag en zorgaanbod in een specifieke regio zo goed mogelijk op elkaar trachten af te stemmen. De grootste zorgverzekeraar in een zorgkantorregio is de concessiehouder, en heeft daarmee de plicht voor het uitvoeren van de zorgkantorfunctie. Elke concessiehouder kan één of meerdere zorgkantoren beheren. Zorgkantoren maken en monitoren productieafspraken met de instellingen in de zorgregio's. Het zorgkantoor heeft hiervoor verschillende contracten met zorgaanbieders. Zij hanteren hiervoor een overeenkomst met de zorgaanbieder, voor het effectueren van productieafspraken tussen zorgkantoor en

---

<sup>7</sup> Het PON: Jeugd in cijfers.

<sup>8</sup> Deze vier zorgaanbieders bedienen de grootste groep jeugdigen uit de gemeenten in Noordoost Brabant. Een kleinere groep zal ook gebruik maken van jeugd & opvoedhulp buiten de regio, maar ook jeugdigen van buiten de regio zullen gebruik maken van de zorg van deze vier instellingen. Aanname is dat deze uitwisseling geen grote invloed zal hebben op het budget voor jeugd en opvoedhulp voor jeugdigen in Noordoost Brabant.

<sup>9</sup> CZ (College Zorgverzekeraars) stelt jaarlijks het basispakket van de zorg samen en adviseert hiermee de minister van VWS.

<sup>10</sup> Intramurale behandelingen worden vervolgens betaald vanuit de AWBZ.

zorgaanbieder. Voor NO Brabant is de concessiehouder Univé-VGZ-IZA-Trias. De zorgkantoren zijn verantwoordelijk voor de bekostiging van de AWBZ zorg.

### ALGEMENE WET BIJZONDERE ZIEKTEKOSTEN (AWBZ)

De AWBZ is een volksverzekering voor langdurige zorg en dure, onverzekerbare risico's. Iedereen die in Nederland woont of werkt is hiervoor verzekerd en heeft recht op vergoeding van AWBZ-zorg. Nederlandse burgers met een inkomen betalen premie. De AWBZ-premie wordt ingehouden op het loon of de uitkering. De verschillende vormen van hulp of zorg vanuit de AWBZ worden zorgfuncties genoemd. De overheid stelt vast welke zorgfuncties deel uitmaken van de AWBZ. De AWBZ is er voor volwassenen en jeugdigen met een chronische ziekte, een handicap en/of beperking. Verschillende (vormen van) zorg voor jeugdigen worden gefinancierd vanuit de AWBZ, het gaat dan om:

- Langdurige verblijf in het kader van een behandeling in een GGZ instelling.
- Begeleiding (op basis van verschillende grondslagen)
- Vervoer naar instelling waar een jeugdige AWBZ zorg krijgt.
- Jeugd-LVB. Het gaat dan om verschillende vormen van behandeling.

### HET CENTRAAL ADMINISTRATIE KANTOOR (CAK)

Zowel in ZVW als in AWBZ worden eigen bijdragen gevraagd van cliënten, deze worden geïnd via het Centraal Administratie Kantoor

### HET COLLEGE VOOR ZORGVERZEKERINGEN

Het College Voor zorgverzekeringen (CVZ) is een zelfstandig bestuursorgaan op het terrein van de sociale ziektekostenverzekeringen: de Zorgverzekeringwet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. De taken van CVZ zijn advisering over de inhoud van het basispakket voor de zorgverzekering (dus ook jeugd-GGZ en AWBZ); verdeling van de premiegelden onder de zorgverzekeraars; regelingen uitvoeren voor bijzondere groepen, zoals de regeling wanbetalers en de regeling onverzekerden. Vanaf 2013 gaat het CVZ 'Zorginstituut Nederland' heten met als extra taken kwaliteitsbeheer van de zorg (Kwaliteitsinstituut) en vernieuwing van zorgberoepen en opleidingen.

### DE NEDERLANDSE ZORGAUTORITEIT

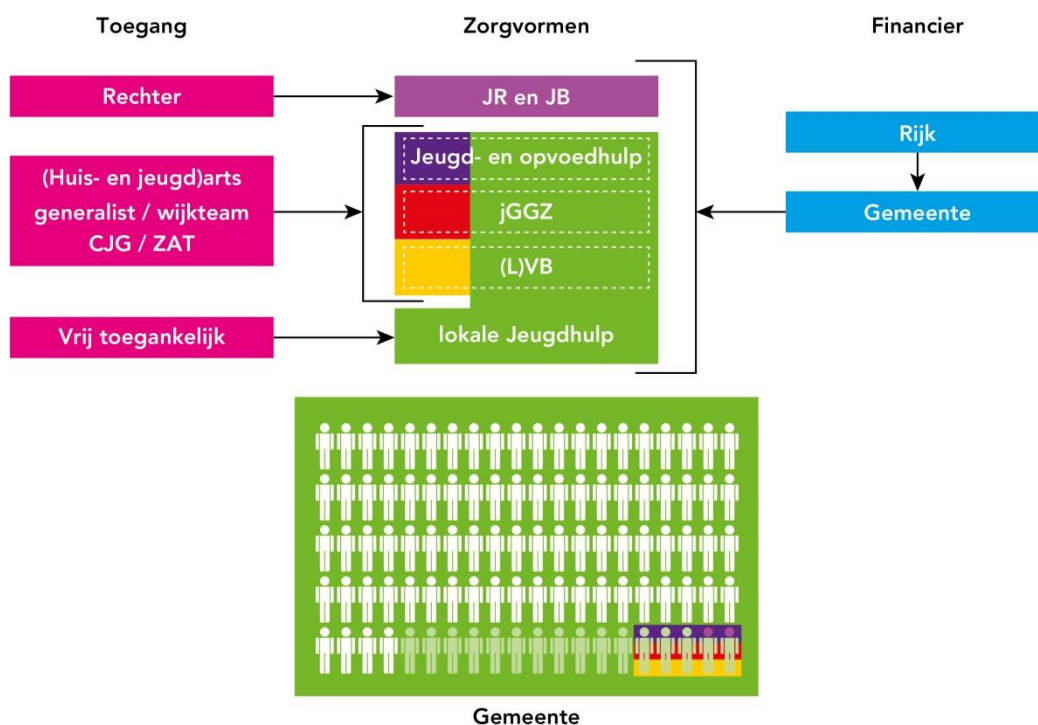
De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is de toezichthouder op alle zorgmarkten in Nederland. De NZa ziet toe op de marktwerking, concurrentieverhoudingen en reclameregels. De Nza werkt toe naar integrale tarieven, dus inclusief de gebouwen van waaruit de zorg geleverd wordt.

### DE GEMEENTE

Gemeenten zijn nu verantwoordelijk voor de lokale voorzieningen voor opvoed- en opgroeiondersteuning. De gemeente ontvangt vanaf 2015 financiële middelen voor alle taken op het gebied van jeugdhulp, en dus ook de jeugd en opvoedhulp, jeugd-ggz en de jeugd-(L)VVB, via het Gemeentefonds (zie figuur 2). Deze gelden zijn vrij te besteden door de gemeenten. In de verschillende gemeentefondscirculaires (o.a. de meicirculaire<sup>11</sup>) krijgen de gemeenten gedetailleerde informatie over hoogte van deze geldstroom op macroniveau en over de verdeling ervan over de individuele gemeenten.

---

<sup>11</sup> In de meicirculaire moet het Rijk de gemeenten financiële duidelijkheid geven voor het volgende begrotingsjaar.



Figuur 2: Nieuwe situatie vanaf 2015

### 3.3 DE TOEGANG TOT DE ZORG

Op dit moment zijn alle vormen van gespecialiseerde zorg voor jeugd alleen toegankelijk met een indicatie of verwijzing<sup>12</sup>. Indicaties worden gegeven om kwalitatieve (de juiste zorg) en budgettaire (de minst dure zorg) redenen. Er zijn nu drie toegangswegen voor geïndiceerde zorg: de indicaties kunnen worden gesteld door het Bureau Jeugdzorg; door een arts namelijk de huisarts, jeugdarts of andere medisch specialist en door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) (zie ook de tabel aan het einde van deze paragraaf). Daarnaast kan een rechter gedwongen hulpverlening opleggen. Hoe de indicatiestroom ofwel de toegang tot de zorg gaat worden vormgegeven vanaf 2015 is nu nog niet uitgewerkt. Gemeentes staan voor de keuze welke zorg zij vrij toegankelijk maken en voor welke zorg een vorm van beschikking vereist is.

#### TOEGANG BUREAU JEUGDZORG

Naast diverse andere taken (zie hoofdstuk 4.2) heeft BJZ op dit moment een hoofdrol in de indicatiestelling voor jeugd- en opvoedhulp, en een kleinere rol in de toegang tot jeugd-GGZ en de jeugd-LVB. BJZ geeft verder indicaties af voor de landelijk werkende instellingen (LWI). BJZ is een onafhankelijk bestuursorgaan.

#### DE HUISARTS

De huisarts speelt een belangrijke rol bij vragen die ouders en jeugdigen hebben over opvoeden en opgroeien en kan doorverwijzen naar jeugd-GGZ. In de nieuwe Jeugdwet mag de huisarts verwijzen naar alle jeugdhulp, dus naar jeugd-GGZ, jeugd- en opvoedhulp en jeugd (L)VB. De gemeente, de huisarts en de zorgaanbieders moeten hierover afspraken maken. Immers de huisarts bepaalt (mede) de toegang tot zorg en de gemeente betaalt die zorg

<sup>12</sup> Bij de experimenteeruimte binnen de versnelling is hiervoor een speciale procedure afgesproken.

## HET CENTRUM INDICATIESTELLINGEN ZORG (CIZ)

Het CIZ indiceert, of toetst afhankelijk van de grondslag de aanspraak op AWBZ-zorg. Jeugdigen tot 18 jaar met psychiatrische problematiek als eerste grondslag kunnen een indicatie voor begeleiding krijgen via Bureau Jeugdzorg, dit gaat vervolgens niet via het CIZ. Een aanvraag voor AWBZ zorg wordt ingediend bij het CIZ. Het CIZ bepaalt welke zorg nodig is en hoeveel. Cliënten kunnen zelf hun voorkeur aangeven bij welke aanbieder zij deze zorg graag zouden willen ontvangen. Daarnaast kunnen zij aangeven of zij de zorg in natura (ZIN) willen krijgen of een persoonsgebonden budget (PGB).

In onderstaande tabel is de toegang tot gespecialiseerde zorg samengevat:

Toegang tot de gespecialiseerde zorg			
Indicatiestelling		Zorgsoort	Financiering
Bureau Jeugdzorg	>	Jeugd & Opvoedhulp Jeugdzorg <sup>plus 13</sup> Jeugd-GGZ Jeugd-LVB, mits i.c.m.opvoedproblematiek	Provinciaal gefinancierd Rijksfinanciering ZVW/AWBZ Provinciaal gefinancierd
CIZ	>	Jeugd-LVB	AWBZ
Huisarts, Jeugdarts, andere medisch specialisten	>	Jeugd-GGZ	ZvW
Kinderrechter	>	Jeugdbescherming Jeugdreclassering	Provinciale Jeugdzorg Provinciale Jeugdzorg

<sup>13</sup> Deze gesloten plaatsing wordt tevens getoetst en opgelegd door de kinderrechter.

## HOOFDSTUK 4 ZORGVORMEN EN ZORGAANBIEDERS

Voor jeugdigen in Noordoost Brabant worden verschillende vormen van zorg door verschillende aanbieders geboden. In dit hoofdstuk worden de aanbieders en de zorg die zij bieden weergegeven in tabel 1. Vervolgens wordt de inhoud van deze zorg beschreven voor de onderdelen: lokale voorzieningen, Bureau Jeugdzorg, jeugd- en opvoedhulp, jeugd-GGZ en jeugd LVB.

Tabel 1: Zorgaanbieders van jeugdhulp in Noordoost Brabant en de zorgvormen die zij bieden.<sup>14</sup>

Organisatiename	Adres	Locaties in de gemeenten:	Zorgaanbod Jeugd & Opvoedhulp	Zorgaanbod Jeugd-GGZ	Zorgaanbod Jeugd-LVB	Bureau Jeugdzorg
<b>Bureau Jeugdzorg Noord Brabant</b>	Gabriel Metsulaan 1f 5613 LC Eindhoven	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oss</li> <li>• 's-Hertogenbosch (daarnaast heeft BJZ nog 5 vestigingen in Brabant)</li> </ul>				Toegang Jeugdbescherming Jeugdreclassering Kindertelefoon AMK Spoedeisende zorg
<b>Bijzonder Jeugdwerk Brabant</b>	Postbus 161 5750 AD Deurne	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grave</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambulante zorg</li> <li>• Jeugdzorgplus</li> </ul>	-	-	
<b>De Viersprong</b>	Kooikersweg 3 5223 KE 's-Hertogenbosch	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 's-Hertogenbosch</li> </ul>	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambulante behandeling</li> <li>• Klinische behandeling</li> </ul>	-	
<b>GGZ Oost Brabant</b>	Postbus 3 5427 ZG Boekel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Boxmeer</li> <li>• 's-Hertogenbosch</li> </ul>	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambulante behandeling</li> <li>• Poliklinische behandeling</li> <li>• Beschermd en begeleid wonen</li> </ul>	-	
<b>Herlaarhof</b>	Postbus 70058 5201 DZ 's-Hertogenbosch	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Heusden</li> <li>• Oss</li> <li>• Vught</li> </ul>	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Begeleiding</li> <li>• Ambulante behandeling</li> <li>• Dagbehandeling</li> <li>• Klinische behandeling</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Begeleiding</li> <li>• Poliklinische behandeling</li> <li>• Dag- en deeltijdbehandeling</li> <li>• Klinische behandeling kinder- en jeugdpsychiatrie</li> </ul>	

<sup>14</sup> Deze tabel is niet uitputtend, zo zijn er ook aanbieders buiten de regio waar jeugdigen uit Noordoost Brabant gebruik van maken, maar ook ontbreken particuliere praktijken en vrijgevestigd (ortho)pedagogen, psychologen en therapeuten.



<b>Koraalgroep- De la Salle</b>	Postbus 40 5280 AA Boxtel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Boxmeer</li> <li>• Boxtel</li> <li>• Oss</li> <li>• 's-Hertogenbosch</li> <li>• Uden</li> </ul>	-	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Begeleiding</li> <li>• Ambulante behandeling</li> <li>• Dagbehandeling</li> <li>• Intramurale behandeling</li> </ul>	
<b>Koraalgroep-Maashorst</b>	Postbus 14 5375 ZG Reek	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Boxtel</li> <li>• Landerd</li> <li>• 's-Hertogenbosch</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambulante zorg</li> <li>• Ambulante spoedhulp</li> <li>• Pleegzorg</li> <li>• Residentiele zorg open groepen</li> </ul>	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambulante behandeling</li> <li>• Dagbehandeling</li> <li>• Intramurale behandeling</li> </ul>	
<b>Novadic-Kentron</b>	Postbus 243 5260 AE Vught	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oss</li> <li>• 's-Hertogenbosch</li> <li>• Uden</li> <li>• Vught</li> </ul>	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambulante behandeling</li> <li>• Dagbehandeling</li> <li>• Klinische behandeling</li> </ul>	-	
<b>Oosterpoort</b>	Kamperfoeliestraat 60 5342 CX Oss	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bernheze</li> <li>• Cuijk</li> <li>• Grave</li> <li>• Mill en Sint Hubert</li> <li>• Oss</li> <li>• 's-Hertogenbosch</li> <li>• Uden</li> <li>• Bernheze</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambulante zorg</li> <li>• Ambulant spoedhulp</li> <li>• Daghulp</li> <li>• Pleegzorg</li> <li>• Residentiele zorg open groepen</li> <li>• Gezinshuis</li> <li>• Residentiele crisiszorg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambulante behandeling</li> <li>• Klinische behandeling</li> </ul>	-	
<b>Topaze</b>	Vicaris Aertsweg 1 5482 JB Schijndel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schijndel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambulante zorg</li> <li>• Daghulp</li> <li>• Residentiele zorg open groepen</li> <li>• Gezinshuis</li> </ul>	-	-	
<b>Combinatie Jeugdzorg</b>	Bindersestraat 4 5701 SZ Helmond	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Helmond</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambulante zorg</li> <li>• Daghulp</li> </ul>	-	-	

<b>Amarant</b>	<p>Amarant: wijkzorg/ zorgarrangementen/ begeleiding voor cliënten met een verstandelijke beperking Bredaseweg 412, 5037 LH Tilburg www.amarant.nl</p> <p>Idris: enkelvoudig ambulante jeugdzorg en LVB en complexe zorg Bredaseweg 570, 5036 NB Tilburg www.idris.nl</p> <p>Dr. Leo Kannerhuis Brabant (  normaal begaafde jongeren met autisme) Tilburgseweg 209, 5051 AG Goirle www.leokannerhuisbrabant.nl</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Boxmeer</li> <li>• Den Bosch</li> <li>• Landerd</li> <li>• Mill en Sint Hubert</li> <li>• Oss</li> <li>• Uden</li> <li>• Veghel</li> <li>• Vught</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambulante zorg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Begeleiding</li> <li>• Ambulante behandeling</li> <li>• Naschoolse dagbehandeling</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Begeleiding</li> <li>• Ambulante behandeling</li> <li>• Naschoolse dagbehandeling</li> <li>• Intramurale behandeling</li> </ul>	
<b>BuroMaks</b>	Eemweg 7a 5215 HM 's-Hertogenbosch	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Den Bosch</li> </ul>	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Begeleiding</li> <li>• Ambulante behandeling</li> </ul>	-	
<b>Cello zorg</b>	De Ring 14 5261 LM Vught	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Haaren</li> <li>• Vught</li> </ul>	-	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Begeleiding</li> <li>• Ambulante behandeling</li> <li>• Dag- en deeltijdbehandeling</li> <li>• Intramurale behandeling</li> </ul>	
<b>Rebis</b>	Maasstraat 8a 5431 EB Cuijk	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuijk</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambulante behandeling</li> </ul>		
<b>Psychologisch Centrum Lambertushof</b>	Stationsstraat 27a 5461 JS Veghel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Veghel</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eerstelijnspsychologische hulp</li> <li>• Ambulante behandeling</li> </ul>		

## 4.1 LOKALE JEUGDZORG

Dit is de vrij toegankelijke zorg zoals die nu al in de gemeente wordt geleverd in collectieve en individuele voorzieningen zoals de jeugdgezondheidszorg en de WMO functies (informatie en advies, licht pedagogische hulp, signaleren en verwijzen en coördinatie van zorg). Gemeenten voeren deze zorg lokaal of sub regionaal uit, bijvoorbeeld via de Centra voor Jeugd en Gezin (CJG's) en de Zorgadvies Teams (ZAT's) op scholen. Instellingen die deze zorg uitvoeren zijn onder andere organisaties voor maatschappelijk werk, welzijnswerk, MEE en de GGD (Jeugdgezondheidszorg). De huisartszorg is ook vrij toegankelijk en speelt ook voor de lokale jeugdzorg een rol bij vragen die ouders en jeugdigen hebben over opvoeden en opgroeien. De huisarts kan doorverwijzen naar jeugd-GGZ en in de toekomst naar alle vormen van jeugdhulp.

### Lokale zorg voor jeugd

#### Voor welke vragen en doelgroep?

Basiszorg, laagdrempelig advies en ondersteuning voor iedereen met kinderen en voor jeugdigen. Eenvoudige en alledaagse vragen met betrekking tot gezond opvoeden en opgroeien en/of zorgen over het psychosociaal functioneren en gedrag van kinderen.

#### Taken

Signaleren, analyseren en, indien nodig, toeleiden naar gespecialiseerde hulp

Ondersteuning en dienstverlening: voorlichting, advies, informatie en hulp

Integrale hulp organiseren

Monitoren, screenen en vaccineren

#### Zorggebruik

Beschikbaar voor kinderen en jeugdigen tot 18 jaar ( en hun ouders)

#### Hoelang duurt de zorg gemiddeld?

Regelmatige contactmomenten en overige informatie, advies en ondersteuning afhankelijk van de vraag

#### Welke instellingen bieden deze zorg?

Instellingen voor Maatschappelijk werk

Welzijnsinstellingen

MEE<sup>15</sup>

GGDen, thuiszorgorganisaties en nieuwe stichtingen voor Jeugdgezondheidszorg

Huisarts<sup>16</sup>

## 4.2 BUREAU JEUGDZORG

Bureau Jeugdzorg Noord-Brabant wordt bekostigd door de provincie en is naast de toegang tot zorg verantwoordelijk voor het AMK, de kindertelefoon, de jeugdbescherming en de jeugdreclassering. Hieronder worden deze taken kort toegelicht. Noord-Brabant heeft BJZ zeven vestigingen met een publieksfunctie

<sup>15</sup> MEE wordt niet door gemeenten gefinancierd

<sup>16</sup> De huisarts is geen 'instelling' maar wel een belangrijke lokale zorgverlener

(Roosendaal, Breda, Tilburg, 's-Hertogenbosch, Oss, Helmond en Eindhoven) en een kantoor in Eindhoven waarin de ondersteunende diensten zijn gehuisvest. In 2011 werkten in Brabant circa 950 mensen bij BJZ en was het totale budget 63 miljoen euro.<sup>17</sup>

### TOEGANG

Bureau Jeugdzorg beoordeelt opgroei- en opvoedproblemen en beslist of er hulp nodig is om die problemen op te kunnen lossen. Bureau Jeugdzorg heeft ook als taak om in alle situaties te onderzoeken of een kind veilig kan opgroeien. In Nederland zijn ongeveer 70% van de indicaties in 2010 afgegeven in het vrijwillige kader en 30% in het gedwongen kader, in het laatste geval is er sprake van een jeugdbeschermings- of een jeugdreclasseringsmaatregel. Samen met jeugdigen en ouders wordt besproken welke hulpvragen aanwezig zijn en wat er eerder aan is gedaan om deze hulpvragen op te lossen. Samen met de jeugdige en de ouders bekijkt Bureau Jeugdzorg wat wel en niet heeft geholpen, en welke vorm van hulp het beste zou passen bij de hulpvragen. In overleg wordt op basis van de zorgbehoefte een zorgaanbieder gekozen. Bureaus Jeugdzorg geven indicaties af voor:

- Jeugd & Opvoedhulp
- Geestelijke Gezondheidszorg voor jeugdigen (jeugd-GGZ)
- Jeugdzorg voor licht verstandelijk beperkte jongeren, als opvoedproblematiek op de voorgrond staat
- Begeleiding op de grondslag van psychiatrische problematiek

Daarnaast kan BJZ de Raad voor de Kinderbescherming verzoeken onderzoek te doen, wat kan leiden tot een jeugdbescherming- of jeugdreclasseringmaatregel.

Na een indicatiestelling is Bureau Jeugdzorg verantwoordelijk voor het casemanagement over lopende zorgtrajecten.

### KINDERTELEFOON

De Kindertelefoon biedt jaarlijks een luisterend oor voor veel jeugdigen die (anoniem) bellen of chatten met vragen voor informatie en ondersteuning. In 2010 heeft de Kindertelefoon in Nederland in totaal 157.744 gesprekken gevoerd, waarvan 97.624 via de telefoon en 60.120 via de chat. De kindertelefoon valt onder Bureau Jeugdzorg. Medewerkers van de kindertelefoon zijn vrijwilligers die een intensieve cursus hebben gevolgd.

### AMK

Het AMK is gericht op vragen en signalen van kindermishandeling. De AMK medewerker kan de beller een advies geven, of met de beller besluiten om een melding te doen. Het advies kan zich richten op het maken van een inschatting van de problemen van de minderjarige; er kan ook worden overlegd hoe de beller dit vermoeden zelf met de ouders zou kunnen bespreken; daarnaast kan worden besproken welke vorm van hulp er mogelijk is voor de minderjarige en de ouders. Een adviesgesprek met het AMK kan anoniem gedaan worden. Een melding kan worden gedaan als de beller zelf geen kans ziet om het vermoeden van mishandeling met ouders en jeugdigen bespreekbaar te maken. Na een melding stelt het AMK een onderzoek in. Er wordt naar gestreefd om ouders snel te betrekken in het onderzoek. Het AMK heeft een wettelijke bevoegdheid om binnen vier weken, in het uiterste geval zonder instemming van ouders, onderzoek te doen. De bellers kunnen burgers, maar ook professionals zijn. In een ruime meerderheid van de gevallen kan vrijwillige hulp op gang gebracht worden waardoor melding naar de Raad voor de Kinderbescherming niet noodzakelijk is.

### JEUGDBESCHERMING

Jeugdbescherming is voor jeugdigen die bescherming nodig hebben tegen invloeden die hun ontwikkeling bedreigen. Die invloeden kunnen geweld en agressie in het gezin zijn, of ouders of opvoeders die wel het goede

---

<sup>17</sup> Bron: Het PON: Jeugd in Cijfers, 2013

willen, maar die niet bij machte zijn om hun kind(eren) de veiligheid en ook de aandacht te bieden die ze nodig hebben. De kinderrechter kan in die situaties twee jeugdbeschermingsmaatregelen opleggen: de ondertoezichtstelling (OTS), of een ontheffing of ontzetting uit het ouderlijk gezag. Bij een OTS begeleiden gezinsvoogden een gezin bij de opvoeding, tot de ouders dit weer zelfstandig kunnen overnemen. Bij een ontheffing of ontzetting uit het gezag verliezen ouders het gezag over hun kind. Ze kunnen nog wel betrokken zijn bij inzet van hulpverlening maar hebben geen beslissende stem meer. In het hoofdstuk over zorggebruik wordt het aantal jeugdigen met een jeugdbeschermingsmaatregel gegeven.

### JEUGDRECLASSERING

Jeugdreclassering is voor jongeren tussen twaalf en achttien jaar die met de politie in aanraking zijn gekomen en een proces-verbaal hebben gekregen vanwege het plegen van een delict of jongeren die met een leerplichtambtenaar in aanraking zijn gekomen vanwege structureel schoolverzuim. Jeugdreclassering is vooral bedoeld voor minderjarige jongeren die het risico lopen een criminele carrière op te bouwen. Centraal doel van de jeugdreclassering is terugdringen van recidive (of ernstig schoolverzuim) door beïnvloeding van delict-gerelateerde en criminogene factoren. Belangrijk nevensdoel is het veranderen van gedrag waardoor deelname en integratie van de jongere in de samenleving worden bevorderd. De jeugdreclasseringsbegeleider bespreekt met de minderjarige en eventuele betrokkenen samen een plan van aanpak waarin staat beschreven hoe de situatie nu is en wat er moet gaan veranderen. Op basis van dit plan worden afspraken gemaakt met de minderjarige, dit worden 'aanwijzingen' genoemd. De minderjarige moet zich aan deze aanwijzingen houden, dit wordt gecontroleerd door de begeleider. Soms worden mensen in de omgeving ingezet om de minderjarige te helpen bij de uitvoer van dit plan. Aan het eind van de begeleiding wordt een rapport geschreven door de begeleider. Dit rapport speelt een belangrijke rol bij de kinderrechter.

## 4.3 JEUGD & OPVOEDHULP

Aanbieders van Jeugd en Opvoedhulp bieden zorg voor jeugdigen en hun gezinnen gericht op opvoed en opgroei problemen. Zij werken op basis van de indicatiestelling van Bureaus Jeugdzorg Noord-Brabant. Zij hebben acceptatieplicht mits de zorgvorm ook beschikbaar is, werken vraaggericht, benaderen zorgvragen multidisciplinair, zorgen voor continuïteit en organiseren de nazorg. Het aanbod wordt uitgevoerd door jeugdhulpverleners, daarbij ondersteund door gedragswetenschappers.

### 4.3.1. AMBULANTE ZORG

We spreken van ambulante behandeling of hulp wanneer jeugdigen periodieke contacten hebben met een professionele hulpverlener. Soms vinden de contacten plaats bij de gezinnen thuis. Deze zorg kan zowel thuis als bij de accommodatie van de zorgaanbieder plaatsvinden en zowel individueel als in groepsverband. De hulp kan zowel gericht zijn op de ouders als op het kind. De functie van deze contacten kunnen variëren: een verkenning van de aard en oorzaak van de problemen, advies of begeleiding bij de aanpak van en omgang met de complexe en vaak meervoudige problemen of ondersteuning bij het gebruik van medicatie tot psychotherapeutische hulp.

Jeugd & Opvoedhulp - ambulante zorg			
<b>Voor welke vragen en doelgroep?</b>			
Vragen met betrekking tot opvoedproblematiek en/of zorgen over het psychosociaal functioneren en gedragsproblematiek van kinderen.			
<b>Zorgvormen</b>			
Ambulante zorg: ouders en/of jeugdigen hebben periodiek contact met een hulpverlener. Jeugdigen krijgen bijvoorbeeld een sociale vaardigheidstraining, intensieve pedagogische thuishulp, gezinstraining, speltherapie of psycho-educatie. Er bestaan verschillende vormen van ambulante zorg die zeer variëren in duur en intensiviteit			
Ambulante spoedhulp: het oplossen van acute problemen, het herstellen van het evenwicht in het gezin en het voorkomen van een uithuisplaatsing van één of meer kinderen.			
<b>Zorggebruik</b>			
We zien een sterke stijging in het gebruik van ambulante hulp. Deze ontwikkeling is in lijn met de visie dat kinderen en hun opvoeders waar mogelijk ambulante hulp ontvangen in en naast het eigen gezin. Andere vormen van zorg worden pas ingezet als ambulante hulp ontoereikend is of verwacht wordt te zijn.			
Aantal gebruikers Nederland	2008	2009	2010
ambulante zorg	44.276	48.254	55.458
<b>Hoelang duurt een behandeling gemiddeld?</b>			
De gemiddelde doorlooptijd van de ambulante hulp was in 2010 8,2 maanden.			
<b>Welke instellingen bieden deze zorg?</b>			
Jeugd en Opvoedhulp organisaties Landelijk Werkende Zorgaanbieders			

#### 4.3.2. VERBLIJF DEELTIJD/DAGHULP

Daghulp, ook wel verblijf deeltijd of semi residentiële zorg genoemd, bestaat uit intensieve begeleiding en behandeling, zonder dat jeugdigen daarvoor geheel uit hun thuismilieu worden gehaald. Zij krijgen doordeweeks overdag, of een deel van de dag hulp bij een organisatie en zijn de rest van de tijd thuis en op school.

<b>Jeugd &amp; Opvoedhulp verblijf deeltijd / daghulp</b>			
<b>Voor welke vragen en doelgroep?</b>			
Daghulp wordt ingezet bij kinderen en jongeren met lichamelijke-, ontwikkelings-, emotionele-, gedragsproblemen of stoornissen en bij een belastende thuissituatie, gebrekkige opvoedingsvaardigheden van de ouders, een verstoorde ouder-kindrelatie of kindermishandeling. Bij daghulp wordt altijd met het gezin gewerkt.			
<b>Zorgvormen</b>			
Daghulp jonge kinderen: kinderen tot vier jaar krijgen dagbehandeling van gespecialiseerde groepsleiders. Daarnaast ontvangen ouders opvoedingsondersteuning.			
Medisch Kleuter Dagverblijf (MKD): kinderen tot 7 jaar en hun ouders krijgen behandeling, verzorgd door een multidisciplinair team bestaande uit o.a. beroeps geregistreerde gedragswetenschappers, maatschappelijk werkers, kinderartsen, logopedisten, fysiotherapeuten, hometrainers en soms een kinder- of jeugdpsychiater. Het kind gaat hiervoor een aantal dagdelen naar het MKD. Als een kind onderwijs behoeft, wordt er samengewerkt met een school, veelal wordt het onderwijs op de instelling zelf aangeboden. Het MKD voert ook diagnostiek uit.			
Naschoolse opvang: jeugdigen van 4-18 jaar komen na schooltijd tot het begin van de avond naar de centra. Naast het doen van alledaagse activiteiten, hanteert de groepsleiding een pedagogische aanpak. Kinderen doen daarmee ervaring op in de sociale omgang en zelfregulatie. Daarbij worden de ouders ook begeleid en ontvangen zij opvoedingsondersteuning.			
Daghulp niet-schoolgaande jeugd: jeugdigen van 12-18 jaar die door emotionele- en gedragsproblemen geen onderwijs kunnen volgen krijgen een gestructureerd dagprogramma en begeleiding van het thuismilieu. Daarnaast worden er interventies ingezet om de vaardigheden van de jongeren te vergroten, zoals sociale vaardigheidstrainingen.			
<b>Zorggebruik Nederland</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
aantal gebruikers	9.816	9.348	9.082
<b>Hoelang duurt een behandeling gemiddeld?</b>			
De gemiddelde doorlooptijd van de daghulp was in 2010 11,5 maanden.			
<b>Welke instellingen bieden deze zorg?</b>			
Jeugd en Opvoedhulp organisaties Landelijk Werkende Zorgaanbieders			

### 4.3.3. PLEEGZORG

Pleegzorg is een vorm van zorg waarin pleegouders het pleegkind verblijf, verzorging, en vervanging of aanvulling op de oorspronkelijke opvoedingssituatie bieden, in combinatie met professionele begeleiding van het pleegkind, pleegouders en biologische ouders door de hulpverleningsorganisatie. Wanneer kinderen geplaatst worden in een pleeggezin kan dit een netwerk- of een bestandsplaatsing zijn. Bij een netwerkplaatsing worden kinderen bij kennissen of familie geplaatst, wanneer dit niet het geval is spreken we van een bestandsplaatsing.

<b>Jeugd &amp; Opvoedhulp pleegzorg</b>			
<b>Voor welke vragen en doelgroep?</b>			
Bij pleegzorg worden kinderen uithuisgeplaatst om pedagogische onmacht van de ouders, emotionele of fysieke verwaarlozing en mishandeling of verslavingsproblemen van de ouders of (specifieke) problematiek van het kind.			
<b>Zorgvormen</b>			
Hulpverleningsvariant: kortdurende pleegzorg, waarbij het doel is dat het perspectief van het kind en ouders onderzocht wordt. Vormen binnen de hulpverleningsvariant zijn: Overbrugging: Het perspectief voor het kind op de langere termijn staat vast (bijvoorbeeld terug naar huis of naar een langdurig pleeggezin) maar in afwachting daarvan heeft het kind een veilige opvoedingssituatie. Perspectief thuis: Kort verblijf bij pleegouder gecombineerd met (intensieve) hulp thuis met als doel dat ouders de opvoeding weer op zich nemen. Deeltijdpleegzorg zoals weekendpleegzorg, vakantie en dagpleegzorg. De rest van de tijd woont het kind bij zijn biologische ouders, een ander pleeggezin of in een residentiële instelling. Crisispleegzorg: Crisispleegzorg wordt ingezet wanneer een kind acuut uit huis geplaatst dient te worden. Crisis opvang duurt maximaal 4 weken.			
Opvoedingsvariant: langdurige pleegzorg voor kinderen die langere tijd niet thuis kunnen wonen. Binnen de opvoedingsvariant kan het contact met de biologische ouders variëren van zeer minimaal tot enige mate van gedeeld opvoederschap.			
Therapeutische pleegzorg: dit is een intensieve pleegzorg module voor kinderen met een verstoorde emotionele ontwikkeling. Doel is het verminderen van de problematiek van het kind. Deze zorg is bedoeld voor kinderen met een verstoorde emotionele ontwikkeling, bijvoorbeeld kinderen met hechtingsproblematiek, gedrags- en persoonlijkheidsstoornissen, ontwikkelingsstoornissen en stemmings- of angststoornissen. Pleegouders krijgen extra ondersteuning.			
<b>Zorggebruik Nederland</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
Pleegzorg (excl. crisiszorg)	18.164	19.705	20.063
<b>Hoelang duurt een behandeling gemiddeld?</b>			
-			
<b>Welke instellingen bieden deze zorg?</b>			
Jeugd en Opvoedhulp organisaties Landelijk Werkende Zorgaanbieders			



#### 4.3.4. VERBLIJF 24 UURS: RESIDENTIËLE OF INTRAMURALE BEHANDELING

Residentiële zorg is 24 uren verblijfszorg en voorziet in een therapeutische context bestaande uit een stabiel ontwikkelings- en opvoedingsomgeving. Naast deze therapeutische context ontvangen jongeren individuele behandeling, en in sommige gevallen is er ook zorg voor de ouders en de verdere familiecontext. Residentiële zorg wordt geboden in een pedagogisch leefklimaat en omvat verzorging en opvoeding (care) en behandeling (cure).

<b>Jeugd &amp; Opvoedhulp verblijf 24 uren</b>			
<b>Voor welke vragen en doelgroep?</b>			
Residentiële zorg is voor kinderen met lichamelijke-, ontwikkelings-, emotionele-, gedragsproblemen of stoornissen en bij een dusdanig belastende thuissituatie, gebrekkige opvoedingsvaardigheden van de ouders, een verstoorde ouder-kindrelatie of kindermishandeling. Residentiële zorg voor het kind wordt vaak gecombineerd met een hulpverleningsaanbod voor ouders.			
<b>Zorgvormen</b>			
Leefgroepen Behandelgroepen: verblijf in een accommodatie van een zorgaanbieder, waar kinderen en jongeren begeleid worden in een methodische behandelsetting door een team van groepsleiders. Fase-groepen: voor jongeren die moeten leren zelfstandig te leven en daarbij nog 24 uur per dag begeleiding nodig hebben. In een fasehuis wonen jongeren op kamers en krijgen zij intensieve begeleiding. Kamertraining: voor jongeren die (nog) niet toe zijn aan zelfstandig wonen. Op de locatie wordt lichte begeleiding geboden.			
Gezinshuizen: een kleinschalige vorm van residentiële hulpverlening. In een gezinshuis woont een aantal jeugdigen, meestal drie tot zes, samen met de gezinshuisouders. De gezinshuisouders vormen meestal een echtpaar en proberen zoveel mogelijk het klimaat van een gezinssituatie te creëren. Er zijn verschillende vormen van gezinshuizen: Hulpverleningsvariant: gericht op terugkeer naar huis. Opvoedingsvariant: het langdurig voorzien in een nieuwe gezinscontext voor het kind.  Therapeutische gezinshuizen: gericht op jeugdigen met ernstige gedragsproblemen.			
Crisis zorg: wordt ingezet wanneer een kind acuut uit huis geplaatst dient te worden. Het kind verblijf maximaal 4 weken in de residentiële instelling.			
JeugdzorgPlus ofwel gesloten jeugdzorg, niet te verwarren met een Justitiële Jeugd Inrichting. JeugdzorgPlus is een intensieve vorm van jeugdzorg. JeugdzorgPlus is er voor jeugdigen met ernstige gedragsproblemen die weigeren zich te laten behandelen. Het is dus hulp met dwang en drang. Deze dwang kan worden toegepast indien voor deze jeugdigen een machtiging gesloten jeugdzorg is afgegeven door de kinderrechter.			
<b>Zorggebruik Nederland</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
Residentiële zorg (excl. JeugdzorgPlus en crisiszorg)	11.805	11.527	11.178
JeugdzorgPlus <sup>18</sup>	-	2.038	2.952
<b>Hoelang duurt een behandeling gemiddeld?</b>			
Gemiddelde duur van de residentiële plaatsing was in 2010 11,6 maanden.			

<sup>18</sup> De cijfers zorggebruik JeugdzorgPlus zijn niet gelijk aan het aantal unieke cliënten vanwege recidive en of doorplaatsing naar andere jeugdzorgplus instellingen

## Jeugd & Opvoedhulp verblijf 24 uren

### Welke instellingen bieden deze zorg?

Jeugd en Opvoedhulp organisaties  
Landelijk Werkende Zorgaanbieders

## 4.4 JEUGD-GGZ

Jeugd-GGZ geeft hulp aan kinderen of jeugdigen met problemen in het gedrag of de ontwikkeling van levensgebieden, zoals thuis, op school of in contact met leeftijdsgenoten. Zij werken vooral op basis van een verwijzing van de huisarts. De jeugdarts of de kinderarts en als er opvoedproblematiek is van Bureau Jeugdzorg. Voor een deel van deze kinderen zijn de problemen tijdelijk. Volgens deskundigen heeft minimaal 5 % van alle jeugdigen echter een psychische stoornis die ernstige beperkingen in hun functioneren tot gevolg heeft en risico's meebrengt voor hun ontwikkeling<sup>19</sup>. Bij ernstige en complexe problematiek kan hiervoor gespecialiseerde zorg nodig zijn. Jeugd-GGZ wordt aangeboden door GGZ –instellingen, vrijgevestigde psychologen/therapeuten en particuliere praktijken, psychiatrische afdeling van een algemeen (PAAZ) of academisch ziekenhuis (PUK, Psychiatrische Universiteits Kliniek). Veel professionals in de geestelijke gezondheidszorg hebben een BIG registratie of staan geregistreerd in een privaat register van een beroepsvereniging, zij moeten hiervoor voldoen aan kwaliteitseisen. Het gaat dan om de psychologen, orthopedagogen, (kinder)psychiaters, psycho- en vaktherapeuten en sociaal psychiatrisch verpleegkundigen. Binnen de GGZ wordt gewerkt met zorgprogramma's. Een zorgprogramma is een behandelaanbod gericht op mensen met dezelfde klachten (diagnose) en een gelijke hulpvraag. Daarnaast zijn er richtlijnen met inhoudelijke aanbevelingen aan professionals op specifieke probleemgebieden of processen. De behandeling die jeugdigen krijgen is gekoppeld aan hun diagnose. Een Diagnose Behandelcombinatie (DBC) beschrijft het geheel van een geleverd zorgproduct. En op dit moment is het financieringsstelsel in de jeugd-GGZ hierop gebaseerd. In de jeugd-GGZ richt behandeling zich niet alleen op jeugdigen, maar ook op hun ouders. Zoals al eerder genoemd wordt de jeugd-GGZ gefinancierd vanuit de ZvW en de begeleiding en langdurige zorg vanuit de AWBZ.

### 4.4.1. AMBULANTE OFWEL POLIKLINISCHE BEHANDELING

We spreken van ambulante behandeling of hulp wanneer jeugdigen periodieke contacten hebben met een professionele hulpverlener. Soms vinden de contacten plaats bij de gezinnen thuis. Deze zorg kan zowel thuis als bij de accommodatie van de zorgaanbieder plaatsvinden en zowel individueel als in groepsverband. De hulp kan zowel gericht zijn op de ouders als op het kind. De functie van deze contacten kunnen variëren: een verkenning van de aard en oorzaak van de problemen, advies of begeleiding bij de aanpak van en omgang met de complexe en vaak meervoudige problemen of ondersteuning bij het gebruik van medicatie tot psychotherapeutische hulp.

#### jeugd-GGZ ambulante zorg

#### Voor welke vragen en doelgroep?

Jeugdigen en hun opvoeders met complexe psychologische problemen of psychiatrische stoornissen. Ook voor jeugdigen met verslaving of jeugdigen met een psychiatrische stoornis die in aanraking zijn gekomen met justitie.

#### Zorgvormen

Ambulante of poliklinische behandeling: individuele- of groepsbehandeling en gezinsbehandeling.

<sup>19</sup> Bron: GGZ Nederland (2011). Visiedocument jeugd-ggz: Investeren in de toekomst!

## jeugd-GGZ ambulante zorg

E-health: online hulp, waarbij een cliënt via internet informatie, advies, ondersteuning of behandeling krijgt. Deze hulp vindt vaak anoniem plaats.

Ambulante verslavingszorg: (online) behandeling en begeleiding van verslaafde jongeren, zoals gedragstherapie. Ouders van verslaafde jongeren kunnen ook hulp krijgen, zoals een intensieve psychiatrische gezinsbehandeling of een korte cursus.

Acute psychiatrische behandeling: binnen 24 uur of direct is er noodzaak voor behandeling. De oorzaak van de crisis ligt bij een psychische stoornis. Dit kan bijvoorbeeld zijn bij een psychose, suïcidale zaken, ernstige depressie of een ernstige eetstoornis.

Forensische psychiatrische zorg: zorg bestemd voor jongeren die door hun grensoverschrijdende en delictgedrag met politie of justitie in aanraking zijn gekomen én een psychiatrische stoornis hebben. Behandeling richt zich op de analyse van het delictgedrag en het aanleren van ander gedrag. Behandeling kan bestaan uit individuele, gezins- en groepsbehandeling al dan niet ondersteunt met diagnostiek, medicatie en psycho-educatie.

## Zorggebruik

Circa 147.000 jeugdigen tot 18 jaar en ouders (95,5% van de cliënten binnen de jeugd-GGZ) in 2009.

## Hoelang duurt een behandeling gemiddeld?

-

## Welke instellingen bieden deze zorg?

GGZ-instellingen  
Particuliere praktijken

#### 4.4.2. DAG- EN DEELTIJDBEHANDELING

Daghulp, ook wel verblijf deeltijd of semi residentiële zorg genoemd, bestaat uit intensieve begeleiding en behandeling, zonder dat jeugdigen daarvoor geheel uit hun thuismilieu worden gehaald. Zij krijgen doordeweeks overdag, of een deel van de dag hulp bij een organisatie en zijn de rest van de tijd thuis en op school.

##### jeugd-GGZ verblijf deeltijd / daghulp

##### Voor welke vragen en doelgroep?

Jeugdigen en hun opvoeders met complexe psychologische problemen of psychiatrische stoornissen. Ook is er behandeling voor jeugdigen met verslaving of jeugdigen met een psychiatrische stoornis die in aanraking zijn gekomen met justitie.

##### Zorgvormen

Dag- en deeltijdbehandeling jeugd- en kinderspsychiatrie: behandeling is intensief en individueel. Ouders worden structureel bij de behandeling betrokken door middel van ouderbegeleiding. Kinderen en jongeren die deeltijdbehandeling krijgen gaan naar hun eigen school (kan ook een school voor speciaal onderwijs zijn) en ontvangen begeleiding bij de instelling. Een school voor speciaal onderwijs kan nauw verbonden zijn aan de GGZ-instellingen, zoals cluster 4 scholen (scholen voor kinderen met ernstige gedragsproblemen). De behandeling is modulair opgebouwd, en bestaat uit algemene ondersteuning op de groep en de inzet van verschillende modules, zoals gezinstherapie, inzichtgevende therapie en creatieve therapie.

Verslavingszorg: jongeren krijgen gedurende enkele uren op de dag behandeling en begeleiding, zoals gedragstherapie, creatieve therapie en sport. De school is betrokken bij de behandeling.

Forensische psychiatrische zorg: jongeren met een psychiatrische stoornis die met justitie in aanraking zijn gekomen worden behandeld gedurende meerdere uren per dag gedurende enkele dagen per week. Er wordt intensief samengewerkt met school.

##### Zorggebruik Nederland

Circa 1.606 jeugdigen (0,6 % van de cliënten binnen de jeugd-GGZ) ontvingen in 2009 deeltijdbehandeling.

##### Hoelang duurt een behandeling gemiddeld?

-

##### Welke instellingen bieden deze zorg?

GGZ-instellingen  
Particuliere praktijken

#### 4.4.4. VERBLIJF 24 UURS: RESIDENTIËLE OF INTRAMURALE BEHANDELING

Residentiële zorg is 24 uren verblijfszorg en voorziet in een therapeutische context bestaande uit een stabiel ontwikkelings- en opvoedingsomgeving. Naast deze therapeutische context ontvangen jongeren individuele behandeling, en in sommige gevallen is er ook zorg voor de ouders en de verdere familiecontext. Residentiële zorg wordt geboden in een pedagogisch leefklimaat en omvat verzorging en opvoeding (care) en behandeling (cure).

##### jeugd-GGZ verblijf 24 uren

##### Voor welke vragen en doelgroep?

Deze zorg is bestemd voor kinderen en jongeren voor wie ambulante of semi residentiële hulp onvoldoende is, of voor kinderen en jongeren die niet meer thuis kunnen wonen vanwege de ernst van de klachten en wanneer de ouder(s) de problemen niet meer aankunnen.

##### Zorgvormen

Klinische opname en behandeling. Jeugdigen wonen een bepaalde tijd op de groep en hebben daar een eigen slaapkamer. Overdag volgen de kinderen of jongeren een intensief behandelprogramma, gedeeltelijk in de groep en/of gedeeltelijk individueel. De kinderen en jongeren gaan ook naar school en er wordt samengewerkt met de school.

Logeerszorg. In logeerhuizen kunnen kinderen en jongeren tijdens weekends en vakanties terecht, zodat het kind met begeleiding leert omgaan met leeftijdgenoten en activiteiten uit te voeren. Het gezin is tijdelijk ontlast.

Beschermd en begeleid wonen: Beschermd wonen betekent dat jeugdigen op de locatie van de zorgaanbieder wonen en begeleiding ontvangen. Bijvoorbeeld in een groepswooning, één- of tweepersoonswooning of in een kleinschalige woonvorm. Begeleid zelfstandig wonen betekent dat jeugdigen ambulante begeleiding van de zorgaanbieder ontvangen, maar wel een eigen woonruimte hebben.

Verslavingszorg: Jongeren met een verslaving kunnen opgenomen worden voor detoxificatie en behandeling. Bij opname voor detoxificatie is niet alleen die detoxificatie het doel, maar ook inzicht verkrijgen in problemen die samenhangen met het gebruik van de jeugdige. Deze opname duurt vier tot acht weken. Jongeren kunnen vervolgens opgenomen worden om te leren om niet meer te gebruiken, ze zijn dan al gestopt met gebruiken, dit gebeurt op een open afdeling en duurt zes tot acht maanden.

Acute psychiatrische behandeling. Binnen 24 uur of direct is er noodzaak voor opname. De oorzaak van de crisis ligt bij een psychische stoornis. Dit kan bijvoorbeeld zijn bij een psychose, suïcidale zaken, ernstige depressie of ernstige eetstoornis.

Gesloten behandeling: Opname is mogelijk via een rechterlijke machtiging die wordt aangevraagd bij de rechter, bij gevaar voor de gezondheid en veiligheid van de jeugdige en/of de omgeving.

Gesloten acute psychiatrische behandeling. Bij acuut gevaar voor gezondheid of veiligheid van een cliënt of zijn omgeving kan bij de burgemeester een inbewaringstelling worden aangevraagd. Een inbewaringstelling is een maatregel voor drie dagen. Om een inbewaringstelling te kunnen voortzetten moet een rechter beslissen tot voortgezette inbewaringstelling (van drie tot zes weken).

##### Zorggebruik Nederland

Circa 9.300 jeugdigen (3,5 % van de cliënten binnen de jeugd-GGZ) ontvangen intramurale behandeling binnen de jeugd-GGZ.

##### Hoelang duurt een behandeling gemiddeld?

#### jeugd-GGZ verblijf 24 uren

-

#### Welke instellingen bieden deze zorg?

GGZ-instellingen  
Particuliere praktijken  
Psychiatrische afdeling van een algemeen (PAAZ) of academisch ziekenhuis  
PUK (Psychiatrische UniversiteitsKliniek)

#### 4.4.5. BEGELEIDING

Jeugdigen met psychiatrische problematiek met problemen in het dagelijks functioneren kunnen begeleiding krijgen. Deze ondersteuning bestaat bijvoorbeeld uit het wekelijks begeleiding van ouders bij de opvoeding en de zorg voor de jeugdigen. Maar ook jeugdigen kunnen ondersteund worden bij de dagbesteding en het ontwikkelen van vaardigheden. Of jeugdigen gaan een weekend of in de vakantie logeren bij een zorginstelling. Begeleiding kan individueel gegeven worden, binnen een groep, maar kan ook bestaan uit kortdurend verblijf.

## 4.5 JEUGD-LVB

Kinderen en jongeren met een Licht Verstandelijke Beperking (LVB) hebben niet alleen een lagere intelligentie met een IQ-score tussen de 50 en 85. Zij hebben daarnaast een beperkt sociaal aanpassings-vermogen, waardoor hun sociale redzaamheid laag is. Bij kinderen met LVB kan sprake zijn van bijkomende problematiek, zoals leerproblemen, een psychiatrische stoornis, en problemen in het gezin en de sociale context. De Jeugd-LVB is dus bedoeld voor kinderen met een IQ tussen de 50 en 85 en bijkomende problematiek. Er is bijvoorbeeld sprake van leer- en opvoedingsproblemen, ernstige gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen (zoals autisme, ADHD, depressie en angststoornissen), al dan niet in combinatie met problemen in de gezinssituatie. Oudere jeugdigen met een LVB hebben een risico op zwerfgedrag, vereenzaming, criminaliteit en problematisch drank- en drugsgebruik. Instellingen die behandeling bieden aan jeugdigen met een LVB zijn Orthopedagogische behandelcentra (OBC's) en MultiFunctionele Centra (MFC's). De OBC's bieden behandeling aan jeugdigen met een LVB én gedragsproblematiek, zij zijn gespecialiseerd in deze doelgroep. MFC's zijn samenwerkingsverbanden tussen een OBC en een jeugd-GGZ instelling. De MFC's bieden deze jeugdigen een combinatie van psychiatrische behandeling en orthopedagogische zorg. Daarnaast bieden instellingen voor gehandicaptenzorg en zorgboerderijen begeleiding aan jeugdigen en ouders. Binnen de jeugd-LVB kunnen verschillende modules ingezet worden. Professionals die de ondersteuning uitvoeren zijn: pedagogische medewerkers, jeugdhulpverleners, beeldend therapeuten, therapeuten, GZ-psychologen, GZ kinder- en jeugd psychiaters en gedragswetenschappers.

### 4.5.1. AMBULANTE BEHANDELING

We spreken van ambulante behandeling of hulp wanneer jeugdigen periodieke contacten hebben met een professionele hulpverlener. Soms vinden de contacten plaats bij de gezinnen thuis. Deze zorg kan zowel thuis als bij de accommodatie van de zorgaanbieder plaatsvinden en zowel individueel als in groepsverband. De hulp kan zowel gericht zijn op de ouders als op het kind. De functie van deze contacten kunnen variëren: een verkenning van de aard en oorzaak van de problemen, advies of begeleiding bij de aanpak van en omgang met de complexe en vaak meervoudige problemen of ondersteuning bij het gebruik van medicatie tot psychotherapeutische hulp.

#### jeugd-LVB ambulante zorg

##### Voor welke vragen en doelgroep?

Gezinnen met kinderen en jongeren met LVB met vragen over ernstige gedragsproblemen van de kinderen en vragen over de verstoorde gezins- en opvoedingssituatie.

##### Zorgvormen

Ambulante behandeling: kan zowel gezinsbehandeling als diverse therapieën voor de jeugdige omvatten. De gezinshulpverlener komt gedurende enkele maanden gemiddeld twee keer per week in de thuissituatie van de jeugdige. Ambulante behandeling kan ook de inzet van een therapie omvatten wanneer er sprake is van sociaal-emotionele problematiek bij de jeugdige. Vormen van therapieën zijn: psychomotorische therapie, creatieve-, cognitieve-, gezins-, agressie-regulatie- en weerbaarheidstherapie. Behandelduur is gemiddeld 8 maanden.

Poliklinische behandeling: bestemd voor jeugdigen met LVB én een psychiatrische stoornis. Voorbeelden zijn (intensieve psychiatrische) thuisbehandeling, oudertraining, sociale vaardigheidstraining, psycho-educatie voor jeugdigen, traumatherapie en creatieve therapie. Dit aanbod wordt enkel door MFC's uitgevoerd.

Arbeidstraining: jeugdigen met LVB worden geholpen om een passende beroepsrichting te kiezen, daarnaast wordt een werkervaringsplek gezocht waar zij op het werk training ontvangen. De training vindt plaats op de werkvloer of in een arbeidstrainingcentrum, en duurt 1 tot 2 jaar en loopt vaak door in langdurige begeleiding door een jobcoach. Dit aanbod wordt door OBC's i.s.m. reïntegratiebedrijven /

## jeugd-LVB ambulante zorg

UWV uitgevoerd.

Ambulante spoedhulp: binnen 24 uur wordt er hulp geboden aan gezinnen wanneer zij door opvoeding-, gezins- en kindproblematiek in een crisis zijn beland. Doel is om uithuisplaatsing te voorkomen, door het vergroten van de vaardigheden van de gezinsleden om gebruik te maken van hulpbronnen in hun sociale omgeving, en eventueel vervolghulp in te zetten. Ambulante spoedhulp duurt 3 dagen tot 6 weken.

Aantal cliënten OBC's	2008	2009
Totaal ambulante behandeling	5.838	5.766
Arbeidstraining	438	146
Ambulante spoedhulp	219	292

### Hoelang duurt een behandeling gemiddeld?

Hierboven genoemd voor de diverse vormen

### Welke instellingen bieden deze zorg?

Orthopedagogische behandelcentrum (OBC's)  
Multi Functionele Centra (MFC's)



#### 4.5.2. VERBLIJF DEELTIJD/DAGHULP

Daghulp, ook wel verblijf deeltijd of semi residentiële zorg genoemd, bestaat uit intensieve begeleiding en behandeling, zonder dat jeugdigen daarvoor geheel uit hun thuismilieu worden gehaald. Zij krijgen doordeweeks overdag, of een deel van de dag hulp bij een organisatie en zijn de rest van de tijd thuis en op school.

<b>jeugd-LVB verblijf deeltijd / daghulp</b>		
<b>Voor welke vragen en doelgroep?</b>		
Gezinnen met kinderen met LVB die vragen hebben over ernstige gedragsproblemen van de kinderen en vragen over de verstoorde gezins- en opvoedingssituatie. Waarbij de opvoedingsbelasting van ouders erg groot is.		
<b>Zorgvormen</b>		
Naschoolse dagbehandeling: jeugdigen gaan 3 tot 5 dagen per week na school naar de naschoolse dagbehandeling. Deze biedt een dagprogramma met een vaste structuur voor jeugdigen, daarbinnen zijn er individuele en groepsgericht leertrajecten. Ouders worden actief betrokken bij de behandeling, deze wordt aangeboden door OBC's.		
Dagdeeltijdbehandeling: jeugdigen met LVB en een psychiatrische stoornis worden kortdurend intensief behandeld. Twee keer per week op de behandelgroep, wekelijks thuis en wekelijks is er contact met school. Doel is dat de omgeving beter aan zal sluiten bij de mogelijkheden en beperkingen van de jeugdige. Deze wordt aangeboden door MFC's.		
<b>Aantal cliënten OBC's Nederland</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
Naschoolse dagbehandeling	1.456	1.532
<b>Hoelang duurt een behandeling gemiddeld?</b>		
Deze behandeling duurt gemiddeld 1 tot 1,5 jaar.		
<b>Welke instellingen bieden deze zorg?</b>		
Orthopedagogische behandelcentrum (OBC's) Multi Functionele Centra (MFC's) Instellingen voor Verstandelijk Gehandicapten		

#### 4.5.3. VERBLIJF 24 UURS: RESIDENTIËLE OF INTRAMURALE BEHANDELING

Residentiële zorg is 24 uren verblijfszorg en voorziet in een therapeutische context bestaande uit een stabiel ontwikkelings- en opvoedingsomgeving. Naast deze therapeutische context ontvangen jongeren individuele behandeling, en in sommige gevallen is er ook zorg voor de ouders en de verdere familiecontext. Residentiële zorg wordt geboden in een pedagogisch leefklimaat en omvat verzorging en opvoeding (care) en behandeling (cure).

##### jeugd-LVB verblijf 24 uren

##### Voor welke vragen en doelgroep?

Gezinnen met kinderen met LVB die vragen hebben over ernstige gedragsproblemen van de kinderen en vragen over de verstoorde gezins- en opvoedingssituatie. Waarbij ambulante en dagbehandeling ontoereikend is.

##### Zorgvormen

Behandeling met verblijf: kan zowel plaatsvinden in een kleinschalige voorziening in aangepaste woonhuizen in de wijk, als ook in een terrein gebonden instelling. Jeugdigen hebben een gecontroleerde omgeving nodig. Deze behandeling wordt geboden door alle OBC's.

Zeer intensieve behandeling (open/besloten): de jongeren verblijven bij de instelling, waar ook onderwijs/werk en vrije tijdsbesteding plaats vindt met permanente toezicht of beveiliging bij de instelling. Deze jeugdigen hebben ernstige en complexe gedragsproblematiek, zij vormen een gevaar voor zichzelf of hun omgeving, of worden bedreigd door elementen in hun omgeving. De behandeling is erop gericht dat de gedragsproblematiek beheersbaar wordt en de jeugdige naar een reguliere behandelsetting kan doorstromen. Deze behandeling wordt geboden door OBC's.

Gezinshuis: behandeling van kinderen in kleinschalige voorzieningen van de zorgaanbieders. Meerdere kinderen wonen bij gezinshuisouders.

Zelfstandigheidstraining: jeugdigen verblijven in een groepswoning van de instelling en volgen een individueel trainingsprogramma, gericht op het vergroten van de zelfstandigheid, door het versterken van praktische en sociale vaardigheden. Er is 24 uur per dag begeleiding beschikbaar. OBC's bieden deze behandeling aan.

Kamertraining: jeugdigen verblijven, individueel in een eigen woonruimte, beheerd door de instelling. De behandeling is gericht op het vergroten van de zelfredzaamheidsvaardigheden. Van deze jeugdigen wordt verwacht dat zij in staat zijn om een eigen huishouding te voeren, daarnaast hebben zij al een dagbesteding. De jeugdige heeft dagelijks contact met een begeleider. Deze training wordt aangeboden door OBC's.

Weekend- of vakantieopname: jeugdigen kunnen een of twee weekenden per maand logeren in het logeershuis. Jeugdigen leren sociale vaardigheden in interactie met elkaar en het gezinssysteem wordt ontlast. Dit wordt aangeboden door de OBC's.

Crisisinterventie: opname van een jeugdige wanneer jeugdigen en hun gezinnen in een acute crisissituatie verkeren. Dit wordt vaak gecombineerd met ambulante spoedhulp en is erop gericht dat de jeugdige zo spoedig mogelijk weer naar huis kan. Aangeboden door OBC's.

Klinische behandeling kinder- en jeugdpsychiatrie: kinderen en jongeren met LVB en een psychiatrische stoornis worden opgenomen voor behandeling, zorg, onderwijs en ondersteuning. Zij krijgen een intensief orthopedagogische klimaat aangeboden. Deze behandeling wordt geboden door MFC's.

Klinisch wonen met intensieve begeleiding: kinderen en jongeren met LVB en een psychiatrische stoornis wonen op een groep. Zij ontvangen intensieve opvoeding, begeleiding, zorg, onderwijs en ondersteuning.

#### jeugd-LVB verblijf 24 uurs

Na een jaar is het doel om zicht te krijgen op het perspectief van de jeugdige. Hiermee wordt bedoeld dat duidelijk moet zijn waar de jeugdige kan verblijven na de opname, zoals terug naar huis, naar een zelfstandig wonen traject etc. Deze behandeling wordt geboden door MFC's.

#### Hoelang duurt een behandeling gemiddeld?

Duur van de behandeling is 1 à 2 jaar.

#### Welke instellingen bieden deze zorg?

Orthopedagogische behandelcentrum (OBC's)  
Multi Functionele Centra (MFC's)  
Instellingen voor Verstandelijk Gehandicapten

#### 4.5.4. BEGELEIDING

Jeugdigen met een (licht) verstandelijke beperking en met problemen in het dagelijks functioneren kunnen begeleiding krijgen. Deze ondersteuning bestaat bijvoorbeeld uit het wekelijks begeleiding van ouders bij de opvoeding en de zorg voor de jeugdigen. Maar ook jeugdigen kunnen ondersteund worden bij de dagbesteding en het ontwikkelen van vaardigheden. Of jeugdigen gaan een weekend of in de vakantie logeren bij een zorginstelling. Begeleiding kan individueel gegeven worden, binnen een groep, maar kan ook bestaan uit kortdurend verblijf.

## HOOFDSTUK 5 CIJFERS

In dit hoofdstuk worden de resultaten gepresenteerd van de door ons verzamelde cijfers. Eerst geven we een overzicht van de cijfers die we gevraagd en gezocht hebben: cijfers over feitelijk zorggebruik, de kosten daarvan - zo mogelijk uitgedrukt in een prijs per eenheid- en verloop daarvan in de tijd. Opgevraagd zijn steeds cijfers per gemeente. Hierin geven we globaal inzicht in waar cijfers geheel ontbreken of we genoegen moesten nemen met schattingen, niet-actuele of geaggregeerde cijfers. Soms hebben we noodgedwongen onze toevlucht genomen tot cijfers van indicaties voor jeugdigen als cijfers over het daadwerkelijke zorggebruik niet voorhanden waren. Vervolgens bespreken we de cijfers voor de verschillende sectoren. Deze zijn voorzien van de nodige voorbehouden. Die specificeren wij in voetnoten.

Tabel 2: Schematisch totaaloverzicht van het zorggebruik en de zorgkosten

Bureau Jeugdzorg	Totaal aantal unieke jeugdigen	Begeleiding naar hulp	Lopende zorgtrajecten	Jeugdbescherming	Jeugdreclassering	Aantal meldingen bij het AMK	Aantal zorgmeldingen	JEUGD- & OPVOEDHULP						
								Totaal	Ambulant	Deeltijd	Pleegzorg	Verblijf	Spedeisende zorg	
Aantal jeugdigen met een clienttraject waarbij BJZ betrokken is op 31-12-2011	3282	1208	1593	998	268	466 <sup>20</sup>	1047 <sup>20</sup>	Aantal zorggebruikers Jeugdzorg NO-Brabant (0-17 jaar) op x-7-2012	1.713	1.021	139	338	175	40
Gemiddelde kostprijs per zorgplek op jaarbasis in euro's		?	?	?	?	?	?	Gemiddelde kostprijs per zorgplek op jaarbasis in euro's		8.048	26.185	15.102	75.183	1.250
Totaal budget in 2012 x 1 mln euro's	€ 63 <sup>21</sup>	?	?	?	?	?	?	Totaal budget in 2012 x 1 mln euro's	€ 30,168	€ 8,217	€ 3,640	€ 5,105	€ 13,157	€ 0,050
Aantal zorggebruikers op de 1000 jeugdigen NO-Brabant	24,0							Aantal zorggebruikers op de 1000 jeugdigen NO-Brabant		7,5	1,0	2,5	1,3	0,3
Vershil, hoogste en laagste zorggebruik van gemeenten per 1.000 jeugdigen	18,6 (32,5-13,9)							Vershil, hoogste en laagste zorggebruik van de gemeenten per 1.000 jeugdigen		8,7 (2,7-11,4)	1,8 (0-1,8)	4,4 (0,3-4,7)	2,3 (0-2,3)	1,1 (0-1,1)

<sup>20</sup> Het gaat om het aantal nieuwe meldingen in 2011. Dus niet om het aantal meldingen op 31-12-2011.

<sup>21</sup> Budget voor geheel Brabant en niet alleen voor jeugdigen uit Noordoost Brabant

GGZ	GGZ				LVB	Totaal aantal jeugdigen LVB extramuraal	Begeleiding	Begeleiding				
	Totaal	Eerstelijns psychologische zorg	Extramurale jeugd-GGZ	Intramurale jeugd-GGZ				Totaal	Begeleiding individueel	Begeleiding Groep	Kortdurend Verblijf	Vervoer
Aantal zorggebruikers Jeugd-GGZ NO-Brabant (0-22 jaar) *	12575	4159	8578	363	Aantal zorggebruikers Jeugd LVB NO Brabant (0-22 jaar) *	990	Aantal jeugdigen (0-17 jaar) met begeleiding op x-4-2012 exclusief die met een indicatie BJZ	1104	638	830	407	728
Gemiddelde kostprijs per zorgplek op jaarbasis	?	?	?	?	Gemiddelde kostprijs per zorgplek op jaarbasis	?						
					Totaal budget in 2012 x 1 mln euro's	€ 25	Totaal budget in 2012 x 100.000 euro's	€ 619 <sup>22</sup>			€ 395	?
Aantal zorggebruikers op de 1000 jeugdigen NO-Brabant	71,7	23,7	48,9	2,3	Aantal zorggebruikers op de 1000 jeugdigen NO-Brabant	5,7	Aantal zorggebruikers op de 1.000 jeugdigen NO Brabant (exclusief zorggebruikers met indicatie van BJZ)	8,1				
Vershil, hoogste en laagste zorggebruik van gemeenten op de 1.000 jeugdigen	27,2 (54,4-81,6)	24,2 (14,8-39,0)	27,3 (63,1-35,8)	4,3 (0,6-4,9)	Vershil, hoogste en laagste zorggebruik van gemeente op de 1.000 jeugdigen	6,2 (1,7-7,9)	Vershil hoogste en laagste zorggebruik van gemeenten op de 1.000 jeugdigen	6,9 (11,8-4,9)				

<sup>22</sup> Exclusief de kosten voor vervoer

## 5.1 BUREAU JEUGDZORG

### TAKEN BJZ

In het vorige hoofdstuk is de rol van Bureau Jeugdzorg uitvoerig besproken. BJZ heeft de volgende taken:

- Kindertelefoon
- AMK: advies, consultatie en onderzoek van meldingen
- Onderzoeken van zorgmeldingen
- Toegang: de begeleiding naar de geïndiceerde jeugd & opvoedhulp en jeugd-ggz.
- Casemanagement over lopende zorgtrajecten
- Jeugdbescherming; dit kan zijn een
  - o (voorlopige) Ondertoezichtstelling (V)OTS; of
  - o (voorlopige) voogdij.
- Jeugdreclassering
- Kindertelefoon
- Spoedeisende zorg

### WAT ZEGGEN DEZE CIJFERS WEL?

- In tabel 3 staat het aantal unieke cliënten bij BJZ. Deze jeugdigen kunnen echter wel daarnaast gebruik maken van meerdere vormen van Jeugd & opvoedhulp en daarnaast ook van jeugd-GGZ of jeugd-LVB.
- Het aantal nieuwe meldingen bij het AMK in 2011 en het aantal nieuwe zorgmeldingen (zie tabel 4). De meldingen bij het AMK kunnen meerdere jeugdigen betreffen.
- Het aantal jeugdigen dat BJZ naar zorg toe leidt en waarvan BJZ het lopende zorgtraject begeleidt (zie tabel 5). Eveneens wordt het aantal jeugdigen met een jeugdbeschermings- of reclasseringsmaatregel gegeven.
- Het aantal jeugdigen met begeleiding naar hulp is het hoogst in Maasland en het laagst in land van Cuijk. Ook het aantal lopende zorgtrajecten het hoogst in regio Maasland en het laagst in Meijerij en Land van Cuijk.
- De twee gemeenten met relatief het minst aantal jeugdigen in zorg zijn cursief weergegeven in de tabellen 3-5. De twee gemeenten met relatief het meest aantal jeugdigen in zorg zijn onderstreept. Er zijn grote verschillen tussen gemeenten.

### WAT ZEGGEN DEZE CIJFERS NIET?

- De cijfers geven geen inzicht in het aantal adviezen en consulten dat het AMK geeft, maar wel het aantal onderzoeken.
- Deze cijfers geven geen inzicht in de groei of krimp in het aantal zorggebruikers bij BJZ aangezien het geen cijfers zijn over meerdere jaren

### DE KOSTEN?

De kosten van BJZ zijn niet gespecificeerd per traject of gemeente. Bureau Jeugdzorg Noord-Brabant heeft in 2011 een budget van 63 miljoen euro voor haar taken in de gehele provincie Brabant<sup>23</sup>. De kosten voor jeugdigen uit Noordoost Brabant zijn niet bekend. Ook zijn er geen kosten bekend voor de verschillende taken. Het is bekend dat een jeugdbeschermingsmaatregel vele malen kostbaarder is dan een vrijwillig traject per jeugdige bij BJZ<sup>24</sup>.

---

<sup>24</sup> Zie bijlage 1 in Van Yperen, T. & Van Woudenberg, A.M. Werk in Uitvoering. Utrecht: Nji.

Tabel 3: Unieke jeugdigen in zorg bij Bureau Jeugdzorg (Bron: Het PON: Jeugd in cijfers, 2013)

	Regio NO-Brabant	Meijerij	Uden/Veghel	Maasland	Land van Cuijk	Den Bosch	Schijndel	Vught	Boxtel	Heusden	St Michels gestel	Haaren	Uden	Veghel	St Oedenrode	Landerd	Boekel	Oss	Bernheze	Maas donk	Boxmeer	Cuijk	Mill en St. Hubert	St Anthonis	Grave
Aantal unieke jeugdigen met een clienttraject waarbij BJZ betrokken is op 31-12-2011	3.282	1.487	640	725	430	762	130	114	148	185	87	61	283	193	60	58	46	555	120	50	106	174	46	40	64
Aantal jeugdigen op de 1.000 jeugdigen 0-17 jaar met een clienttraject bij BJZ	24,0	23,3	23,9	26,6	22,4	26,8	27,0	20,3	22,8	20,0	13,9	20,8	32,2	23,2	15,4	17,3	19,2	31,2	17,4	19,8	17,3	32,5	19,5	15,1	23,5

Tabel 4: Aantal AMK meldingen en zorgmeldingen bij BJZ (Bron: Het PON: Jeugd in Cijfers, 2013)

	Regio NO-Brabant	Meijerij	Uden/Veghel	Maasland	Land van Cuijk	Den Bosch	Schijndel	Vught	Boxtel	Heusden	St Michels gestel	Haaren	Uden	Veghel	St Oedenrode	Landerd	Boekel	Oss	Bernheze	Maas donk	Boxmeer	Cuijk	Mill en St. Hubert	St Anthonis	Grave
Aantal nieuwe onderzoeken AMK in 2011 (instroom) (niet per jeugdige geregistreerd)	466	268	72	86	40	142	17	17	25	49	12	6	38	15	7	5	7	66	15	5	12	17	1	0	10
Aantal nieuwe zorgmeldingen in 2011 (instroom)	1.047	377	249	252	169	210	31	30	33	49	24	<5	123	51	28	22	25	211	31	10	46	77	10	18	18



Tabel 5: Aantal jeugdigen in zorg bij Bureau Jeugdzorg per taak (Bron: Het PON: Jeugd in cijfers, 2013)

	Regio NO-Brabant	Meijerij	Uden/Veghel	Maasland	Land van Cuijk	Den Bosch	Schijndel	Vught	Boxtel	Heusden	St Michels gestel	Haaren	Uden	Veghel	St Oedenrode	Landerd	Boekel	Oss	Bernheze	Maas donk	Boxmeer	Cuijk	Mill en St. Hubert	St Anthonis	Grave
Aantal jeugdigen die begeleiding naar hulp krijgen op 31-12-2011	<b>1.208</b>	542	250	274	142	242	49	41	71	73	36	30	110	66	30	27	17	180	44	50	36	54	16	19	17
Aantal jeugdigen op de 1.000 jeugdigen 0-17 jaar die begeleiding naar hulp ontvangen	<b>8,8</b>	8,5	9,3	10,1	7,4	8,5	10,2	7,3	10,9	7,9	5,8	10,2	<u>12,5</u>	7,9	7,7	8,0	7,1	10,1	6,4	<u>19,8</u>	5,9	10,1	6,8	7,2	6,3
Aantal jeugdigen in lopende zorgtrajecten op 31-12-2011	<b>1.593</b>	695	312	376	210	387	54	51	55	78	47	23	139	105	25	25	18	300	51	25	58	82	20	13	37
Aantal jeugdigen op de 1.000 jeugdigen 0-17 jaar met een lopend zorgtraject	<b>11,6</b>	10,9	11,7	13,8	10,9	13,6	11,2	9,1	8,5	8,4	7,5	7,8	<u>15,8</u>	12,6	6,4	7,4	7,5	<u>16,8</u>	7,4	9,9	9,5	15,3	8,5	4,9	13,6
Aantal jeugdigen in de jeugdbescherming op 31-12-2011	<b>998</b>	467	179	222	130	245	44	40	39	53	33	13	74	62	11	22	10	167	38	17	33	56	12	11	18
Aantal jeugdigen op de 1.000 jeugdigen 0-17 jaar met een maatregel jeugdbescherming	<b>7,3</b>	7,3	6,7	8,2	6,8	8,6	9,1	7,1	6,0	5,7	5,3	4,4	8,4	7,5	2,8	6,5	4,2	<u>9,4</u>	5,5	6,7	5,4	<u>10,5</u>	5,1	4,2	6,6
Aantal jeugdigen met een (voorlopige) Ondertoezichtstelling	<b>820</b>	374	146	186	114	197	31	35	31	45	24	11	62	47	8	19	10	136	36	14	29	52	12	11	10

op 31-12-2011																										
Aantal jeugdigen op de 1.000 jeugdigen 0-17 jaar met een (v)OTS	6,0	5,9	5,5	6,8	5,9	6,9	6,4	6,2	4,8	4,9	3,8	3,7	7,1	5,6	2,1	5,7	4,2	<u>7,6</u>	5,2	5,5	4,7	<u>9,7</u>	5,1	4,2	3,7	
Gemiddelde trajectduur in dagen	787	1.040	607	717	782	1.065	1.453	886	599	1.067	1.158	1.054	632	791	762	487	365	824	452	876	1.030	629	994	567	689	
Aantal jeugdigen met (voorlopige) voogdij op 31-12-2011	178	93	33	36	16	48	13	5	8	8	9	2	12	15	3	3	-	31	2	3	4	4	-	-	8	
Aantal jeugdigen op de 1.000 jeugdigen 0-17 jaar met (voorlopige) voogdij	1,3	1,5	1,2	1,3	0,8	1,7	<u>2,7</u>	0,9	1,2	0,9	1,4	0,7	1,4	1,8	0,8	0,9	-	1,7	0,3	1,2	0,7	0,7	-	-	<u>2,9</u>	
Gemiddelde trajectduur in dagen	876	709	1.056	1.721	17	1.416	1.137	-	2.391	-	22	-	1.410	3.870	-	-	-	1.988	2.232	944	-	-	-	-	83	
Aantal jeugdigen in de jeugdreclassering op 31-12-2011	268	124	41	65	38	74	10	10	10	14	2	4	20	9	3	1	8	54	8	3	7	18	6	1	6	
Aantal jeugdigen op de 1.000 jeugdigen 0-17 jaar in de jeugdreclassering	2,0	1,9	1,5	2,4	2,0	2,6	2,1	1,8	1,5	1,5	0,3	1,4	2,3	1,1	0,8	0,3	3,3	<u>3,0</u>	1,2	1,2	1,1	<u>3,4</u>	2,5	0,4	2,2	
Gemiddelde trajectduur in dagen	423	421	330	475	466	600	406	814	357	359	229	181	350	589	483	126	101	631	795	-	604	542	393	183	606	

## 5.2 JEUGD & OPVOEDHULP

Jeugd & Opvoedhulp is er voor ouders en/of jeugdigen met betrekking tot opvoed- of opgroei-problematiek, waaronder ontwikkelings-, emotionele-, of gedragsproblemen of –stoornissen, belastende thuissituatie, gebrekkige opvoedingsvaardigheden en kindermishandeling.

### ZORGVORMEN

- Ambulante Jeugd & Opvoedhulp
- Deeltijdzorg en dagbehandeling
- Pleegzorg
- Residentiele zorg
- Spoedeisende hulp
- Observatiediagnostiek
- Jeugdzorg<sup>plus</sup>

### DE ZORGAANBIEDERS VOOR NOORDOOST BRABANT?

De zorgaanbieders van jeugd en opvoedhulp binnen Noordoost Brabant zijn Oosterpoort, Topaze, de Maashorst, Amarant (alleen ambulante jeugdhulp) en de Herlaarhof. Daarnaast zijn er ook aanbieders buiten de regio waar jeugdigen uit de regio en hun ouders gebruik van kunnen maken, zoals Combinatie Jeugdzorg, Bijzonder Jeugdwerk Brabant, LWI's (SGJ, William Schrikker Groep), Just, Kompaan en de Bocht.

### WAT ZEGGEN DEZE CIJFERS WEL?

- Het aantal jeugdigen in zorg op x-7-2012 bij de vier belangrijkste jeugd & opvoedhulpaanbieders voor jeugdigen in Noordoost Brabant (Oosterpoort, Maashorst, Topaze en de Herlaarhof) en Amarant (zie tabel 6). Met zowel standcijfers als totaalcijfers voor 2011.
- Afname van het aantal jeugdigen in een residentiele instelling.
- Subregio Maasland heeft relatief het hoogste gebruik van Jeugd & Opvoedhulp, gevolgd door de subregio Uden/Veghel, Land van Cuijk en de Meijerij.
- Zwaardere vormen van zorg (residentiele zorg) zijn kostbaar
- De twee gemeenten met relatief het minst aantal jeugdigen in zorg zijn cursief weergegeven in tabel 6. De twee gemeenten met relatief het meest aantal jeugdigen in zorg zijn onderstreept.

### WAT ZEGGEN DEZE CIJFERS NIET?

- Het gaat hier om zorggebruik en niet om het aantal jeugdigen in zorg. Jeugdigen kunnen gebruik maken van meerdere vormen van Jeugd & opvoedhulp en daarnaast ook van jeugd-GGZ of jeugd-LVB.
- Zorggebruik van zorgaanbieders buiten de regio ontbreken.

### DE KOSTEN?

In onderstaand overzicht staan de kosten voor de jeugd en opvoedhulp van Oosterpoort, Topaze, Herlaarhof en de Maarshorst. De kosten voor de spoedeisende zorg zijn € 50.000 om de crisisdienst in stand te houden en betreffen niet de kosten voor een traject. Het is onjuist om hiervoor een budget per gebruiker weer te geven.

	Aantal zorggebruikers Noordoost Brabant op x-7-2012	Gemiddelde zorgkosten per zorgplek of capaciteitseenheid in 2012 <sup>25</sup>	Totaal budget in 2012
Ambulant	1.021	€ 8.048	€ 8.217.125
Deeltijd	139	€ 26.185	€ 3.639.777
Pleegzorg	338	€ 15.102	€ 5.104.543
Verblijf	175	€ 75.183	€ 13.156.964
Spoedeisende zorg	-	-	€ 50.000
<b>Totaal</b>			<b>€30.168.409</b>

<sup>25</sup> Afhankelijk van de intensiteit en duur van de behandeling kunnen deze kosten zeer variëren.

Tabel 6: Zorggebruikers Jeugd & Opvoedhulp

	Regio NO-Brabant	Meijerij	Uden/Veghel	Maasland	Land van Cuijk	Den Bosch	Schijndel	Vught	Boxtel	Heusden	St Michels gestel	Haaren	Uden	Veghel	St Oedenrode	Landerd	Boekel	Oss	Bernheze	Maas donk	Boxmeer	Cuijk	Mill en St. Hubert	St Anthonis	Grave
<b>Ambulant</b>																									
Aantal zorggebruikers op 1-1-2010 <sup>26</sup>	984	409	214	247	90	224	31	25	30	56	23	20	85	70	23	35	1	185	45	17	19	33	13	13	25
Aantal zorggebruikers op 1-1-2011 <sup>26</sup>	1038	427	221	257	133	252	31	28	37	50	17	12	88	65	22	30	16	188	53	16	36	44	16	9	28
Aantal zorggebruiken in heel 2011 <sup>26</sup>	2132	923	428	518	263	529	66	56	74	111	54	33	182	129	42	47	28	385	104	29	56	100	22	20	65
Aantal zorggebruikers op x-7-2012 <sup>27</sup>	1030	411	225	261	133	252	22	16	45	42	25	9	99	63	20	34	9	194	52	15	19	59	14	10	31
Aantal zorggebruikers op de 1.000 jeugdigen (0-18 jaar) op x-7-2012	7,5	6,4	8,4	9,6	6,9	8,9	4,6	2,8	6,9	4,5	4,0	3,1	<u>11,3</u>	7,6	5,1	10,1	3,8	10,9	7,5	5,9	3,1	11,0	5,9	3,8	<u>11,4</u>
<b>Deeltijd/dagbehandeling</b>																									
Aantal zorggebruikers op 1-1-2010 <sup>26</sup>	128	53	34	24	13	31	4	3	3	7	3	2	21	6	1	5	1	17	6	1	4	7	0	4	2
Aantal zorggebruikers op 1-1-2011 <sup>26</sup>	132	48	28	38	18	31	2	2	3	6	2	2	16	9	1	1	1	32	6	0	3	9	1	2	3
Aantal zorggebruiken in heel 2011 <sup>2</sup>	258	94	61	72	31	61	4	4	6	9	7	3	32	18	3	5	3	61	11	0	6	15	2	2	6
Aantal zorggebruikers op x-7-2012 <sup>27</sup>	139	54	31	37	17	39	4	0	2	4	5	0	15	12	1	2	1	28	9	0	3	7	2	0	5
Aantal zorggebruikers op de 1.000 jeugdigen op x-7-2012	1,0	0,8	1,2	1,4	0,9	1,4	0,8	0	0,3	0,4	0,8	0	<u>1,7</u>	1,4	0,3	0,6	0,4	1,6	1,3	0	0,5	1,3	0,8	0	<u>1,8</u>
<b>Pleegzorg</b>																									
Aantal zorggebruikers op 1-1-2010 <sup>26</sup>	371	164	76	86	35	95	8	10	16	24	5	6	31	21	6	18	0	64	17	5	6	14	1	10	14
Aantal zorggebruikers op 1-1-2011 <sup>26</sup>	390	166	64	92	51	95	7	3	16	28	12	5	34	7	9	14	0	66	16	10	9	16	3	8	15
Aantal zorggebruiken in heel 2011 <sup>26</sup>	565	238	125	125	77	132	11	5	24	40	16	10	54	35	13	18	5	92	19	14	16	20	3	15	23
Aantal zorggebruikers op x-7-2012 <sup>27</sup>	338	171	49	92	26	114	14	11	6	14	7	5	19	16	6	6	2	84	3	5	2	17	1	1	5

<sup>26</sup> Aangeleverde cijfers van de provincie

<sup>27</sup> Aangeleverde cijfers van Oosterpoort, Maashorst, Topaze, Herlaarhof, Amarant excl. Combinatie Jeugdzorg, Bijzonder Jeugdwerk Brabant en de LWI's. Voor het bepalen van de plaats van herkomst is de woonplaats van de moeder gebruikt.

Aantal zorggebruikers op de 1.000 jeugdigen (0-18 jaar) op x-7-2012	2,5	2,7	1,8	3,4	1,4	<u>4,0</u>	2,9	2,0	0,9	1,5	1,1	1,7	2,2	1,9	1,5	1,8	0,8	4,7	0,4	2,0	0,3	<u>3,2</u>	0,4	0,4	1,8
<b>Verblijf Residentieel</b>																									
Aantal zorggebruikers op 1-1-2010 <sup>26</sup>	216	100	40	54	18	71	4	2	8	10	2	3	7	17	1	12	3	50	4	0	5	4	4	4	5
Aantal zorggebruikers op 1-1-2011 <sup>26</sup>	196	87	41	46	22	64	6	4	4	5	2	2	6	20	3	11	1	39	6	1	5	4	4	3	6
Aantal zorggebruiken in heel 2011 <sup>26</sup>	396	162	66	106	62	112	8	8	10	10	9	5	19	25	5	14	3	86	18	2	10	13	4	6	29
Aantal zorggebruikers op x-7-2012 <sup>27</sup>	175	79	29	44	23	42	3	13	10	6	4	1	12	11	1	4	1	34	5	5	8	10	1	0	4
Aantal zorggebruikers op de 1.000 jeugdigen (0-18 jaar) op x-7-2012	1,3	1,2	1,1	1,6	1,2	1,5	0,6	<u>2,3</u>	1,5	0,6	0,6	0,3	1,4	1,3	0,3	1,2	0,4	1,9	0,7	<u>2,0</u>	1,3	1,9	0,4	0	1,5
<b>Spoedeisende zorg<sup>28</sup></b>																									
Aantal zorggebruikers op 1-1-2010 <sup>26</sup>	20	8	1	9	5	5	0	2	0	0	0	1	1	0	0	0	0	4	5	0	1	3	0	0	1
Aantal zorggebruikers op 1-1-2011 <sup>26</sup>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Aantal zorggebruiken in heel 2011 <sup>26</sup>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Aantal zorggebruikers op x-7-2012 <sup>27</sup>	40	24	3	5	8	13	4	3	0	3	0	1	2	0	1	0	0	5	0	0	0	6	0	2	0
Aantal zorggebruikers op de 1.000 jeugdigen (0-18 jaar) op x-7-2012	0,3	0,4	0,2	0,1	0,4	0,5	<u>0,8</u>	0,5	0	0,3	0	0,3	0,2	0	0,3	0	0	0,3	0	0	0	1,1	0	<u>0,8</u>	0
<b>Observatiediagnostiek<sup>29</sup></b>																									
Aantal zorggebruikers op 1-1-2010 <sup>26</sup>	9	7	1	1	0	7	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Aantal zorggebruikers op 1-1-2011 <sup>26</sup>	12	6	0	4	2	3	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	1	0	0	1
Aantal zorggebruikers in heel 2011 <sup>26</sup>	56	25	8	15	8	18	0	1	2	4	0	0	3	2	2	0	1	11	4	0	3	3	1	0	1

<sup>28</sup> Niet apart geteld in 2011, maar bij de andere zorgvormen meegenomen.

<sup>29</sup> Geen cijfers van bekend voor x-7-2012

## 5.2 JEUGD-GGZ

### WAAR HEBBEN WE HET OVER?

Jeugd-GGZ geeft hulp aan kinderen of jeugdigen met problemen in het gedrag of de ontwikkeling op levensgebieden, zoals thuis, op school of in contact met leeftijdsgenoten. Voor een deel van deze kinderen zijn de problemen tijdelijk. Een klein percentage jeugdigen heeft echter een psychische stoornis die ernstige beperkingen in hun functioneren tot gevolg heeft en risico's meebrengt voor hun ontwikkeling. Hiervoor is vaak langdurige en zeer specialistische zorg nodig. Daarnaast kunnen jeugdigen gebruik maken van eerstelijns psychologische zorg. Voor lichtere, niet complexe psychologische problemen, zoals angst, depressie en opvoedproblemen is er kortdurende behandeling van eerstelijns psychologische zorg. Dit is onderdeel van het basispakket van de zorgverzekering. Voor al deze zorg is nu een verwijzing nodig.

### ZORGVORMEN

- Eerstelijns psychologische zorg
- Extramurale behandeling
  - o Poliklinische of ambulante behandeling
  - o Dag- en deeltijdbehandeling
- Klinische behandeling
- Begeleiding (wordt behandeld in paragraaf 5.4 'Begeleiding in de jeugd-GGZ en jeugd-LVB')

### DE ZORGAANBIEDERS VOOR NOORDOOST BRABANT?

Aanbieders van jeugd-GGZ voor jeugdigen in Noord Oost Brabant zijn de Herlaarhof, GGZ Oost Brabant, Novadic-Kentron (verslavingszorg), Buro Maks, Rebis, Lambertushof, de Viersprong en Amarant. Maar ook particuliere praktijken, beroeps geregistreerde psychologen en orthopedagogen bieden eerstelijns psychologische zorg wordt, of een praktijkondersteuner(POH) GGZ van de huisarts. De praktijken zijn per gemeente te vinden op de zorgkaart Nederland <http://www.zorgkaartnederland.nl/>.

### WAT ZEGGEN DEZE CIJFERS WEL?

- In tabel 7 wordt het totaal aantal jeugdigen dat op enig moment in het jaar 2009 gebruik maakten van jeugd-GGZ gegeven. Het gaat dan om het aantal jeugdigen met een Diagnose Behandel Combinatie (DBC) en jeugdigen die gebruik maken van eerstelijns psychologische zorg.
- Jeugdigen die gebruik maken van meerdere vormen van jeugd-GGZ zijn maar een keer geteld in het totaal aantal jeugdigen in zorg. Dus een kind met twee DBC's (diagnose behandeling combinaties), een voor extramurale behandeling en een voor intramurale behandeling, telt één keer mee in het totaal cijfer, maar in de afzonderlijke categorieën (extramuraal en intramuraal) telt hij twee keer afzonderlijk mee.
- In de tabellen 8 t/m 13 worden de zorggebruikers van de verschillende GGZ instellingen gegeven. Helaas zijn deze cijfers van verschillende orden (wel of niet uitgesplitst naar zorgvormen, standcijfers of totaalcijfers per jaar), daarom wordt voor elke organisatie het zorggebruik weergegeven en wordt dit niet in zijn totaliteit weergegeven. Tabel 7 geeft een beter overzicht van het totaal.
- In tabel 8 en figuur 3 wordt het aantal zorggebruikers van GGZ Oost Brabant weergegeven, deze zijn niet gespecificeerd naar zorgvorm. Over de jaren zien we een daling van de instroom van nieuwe jeugdigen die een behandeling krijgen. Deze daling zit vooral in de regio de Meijerij. GGZ Oost Brabant behandelt het meest kinderen in de leeftijd van 7 tot en met 17 jaar. Kinderen onder de 7 jaar en van 18 tot 22 jaar zijn een kleinere groep binnen GGZ Oost Brabant.
- In tabel 9 en figuur 4 staan de zorggebruikers van de Herlaarhof. We zien over de jaren een stijging in het zorggebruik van de Herlaarhof.
- In tabel 10 worden de zorggebruikers van de Viersprong gegeven voor de subregio's
- In tabel 11 de zorggebruikers van Novadic-Kentron voor de subregio's

- In tabel 12 worden de zorggebruikers van de jeugd-GGZ van Amarant weergegeven voor de subregio's
- In tabel 13 worden de zorggebruikers van Rebis gegeven voor de regio.
- De twee gemeenten met relatief het minst aantal jeugdigen in zorg zijn cursief weergegeven in tabel 7. De twee gemeenten met relatief het meest aantal jeugdigen in zorg zijn onderstreept.

#### WAT ZEGGEN DEZE CIJFERS NIET?

- Unieke jeugdigen: jeugdigen kunnen gebruik maken van meerdere vormen van jeugd-GGZ en daarnaast van zorg van de jeugd & opvoedhulp en jeugd-LVB.
- Het aantal jeugdigen in jeugd-GGZ gefinancierd vanuit de AWBZ (verblijf langer dan 1 jaar, beschermd wonen etc) ontbreken in tabel 7. Het aandeel verblijf in de jeugd-GGZ van de AWBZ wordt landelijk geschat op 300 tot 700 kinderen.
- Daarnaast kunnen jeugdigen met psychologische problematiek gebruik maken van begeleiding (AWBZ). Om hoeveel jeugdigen het gaat die gebruik maken van begeleiding op basis van een psychiatrische grondslag wordt hier niet gegeven maar in hoofdstuk 5.4.

#### WAT ZIJN DE KOSTEN?

Over de kosten is nu nauwelijks een uitspraak te doen. De normprijzen voor de DBC's liggen vast en worden bepaald door de NZA, maar het is uit deze gegevens niet af te leiden van welke DBC's gebruik is gemaakt. Er zijn in de GGZ ruim 3000 DBC's. Het is dus vooralsnog gemakkelijker om uit te gaan van totaal prijzen. Een vrijgevestigde praktijk gaf aan meestal behandelingen met een kostprijs van € 1000 tot €4000 te leveren. Afhankelijk van de intensiteit en duur van de behandeling kunnen deze kosten zeer variëren.

#### NOTA BENE

Eind april komen er in opdracht van de VNG nieuwe landelijke GGZ cijfers vrij over 2011 en 2012 per gemeente

Tabel 7: Aantal jeugdigen in de jeugd-GGZ in 2009. Bron: College voor Zorgverzekeringen en Vektis (bewerking door APE)

	Regio NO-Brabant	Meijerij	Uden/Veghel	Maasland	Land van Cuijk	Den Bosch	Schijndel	Vught	Boxtel	Heusden	St Michels gestel	Haaren	Uden	Veghel	St Oeden rode	Landerd	Boekel	Oss	Bernheze	Maas donk	Boxmeer	Cuijk	Mill en St. Hubert	St Anthonis	Grave
<b>Totaal aantal zorggebruikers jeugd GGZ in 2009</b>																									
Totaal aantal zorggebruikers jeugdigen 0-22 jaar in 2009	12.575	5.952	2.263	2.498	1.862	2.746	436	568	526	815	577	284	804	703	267	300	189	1.776	499	223	630	484	229	256	263
Aantal zorggebruikers jeugdigen 0-22 jaar op de 1.000 jeugdigen in 2009	71,7	72,9	66,8	71,1	75,7	76,5	69,9	<u>81,6</u>	62,3	66,9	72,1	72,7	72,2	66,4	54,4	70,5	62,5	77,1	57,0	66,0	<u>79,1</u>	72,4	75,6	73,6	76,3
<b>Eerstelijns psychologische zorg</b>																									
Aantal zorggebruikers 0-22 jaar in 2009	4.159	2.345	720	555	539	1.058	153	271	138	366	237	122	264	201	96	90	69	341	161	53	222	135	56	67	59
Aantal zorggebruikers 0-22 jaar op de 1.000 jeugdigen in 2009 <sup>14</sup>	23,7	28,7	21,2	15,8	21,9	29,5	24,5	<u>39,0</u>	16,3	30,0	29,6	<u>31,2</u>	23,7	19,0	19,6	21,1	22,8	14,8	18,4	15,7	27,9	20,2	18,5	19,3	17,1
<b>Extramurale jeugd-GGZ</b>																									
Aantal zorggebruikers 0-22 jaar in 2009	8.578	3.666	1.572	1.979	1.361	1.724	295	311	387	436	339	174	551	503	177	218	123	1.452	351	176	432	354	178	190	207
Aantal zorggebruikers op de 1.000 jeugdigen 0-22 jaar in 2009	48,9	44,9	46,4	56,3	55,3	48,0	47,3	44,7	45,8	35,8	42,4	44,6	49,5	47,5	36,1	51,2	40,7	<u>63,1</u>	40,1	52,1	54,2	53,0	58,8	54,6	<u>60,0</u>



<b>Intramurale jeugd-GGZ</b>																									
Aantal zorggebruikers 0-22 jaar in 2009	363 <sup>30</sup>	223 <sup>30</sup>	48 <sup>30</sup>	64 <sup>30</sup>	28 <sup>30</sup>	103	11	23	30	34	22	<10	25	23	<10	<10	<10	64	<10	<10	11	<10	<10	<10	17
Aantal zorggebruikers op de 1.000 jeugdigen 0-22 jaar in 2009	2,3 <sup>30</sup>	2,8 <sup>30</sup>	1,9 <sup>30</sup>	2,1 <sup>30</sup>	1,7 <sup>30</sup>	2,9	1,8	3,3	3,6	2,8	2,7	1,3 <sup>30</sup>	2,2	2,2	1,0 <sup>30</sup>	1,2 <sup>30</sup>	1,7 <sup>30</sup>	2,8	0,6 <sup>30</sup>	1,5 <sup>30</sup>	1,4	0,7 <sup>30</sup>	1,7 <sup>30</sup>	1,4 <sup>30</sup>	4,9

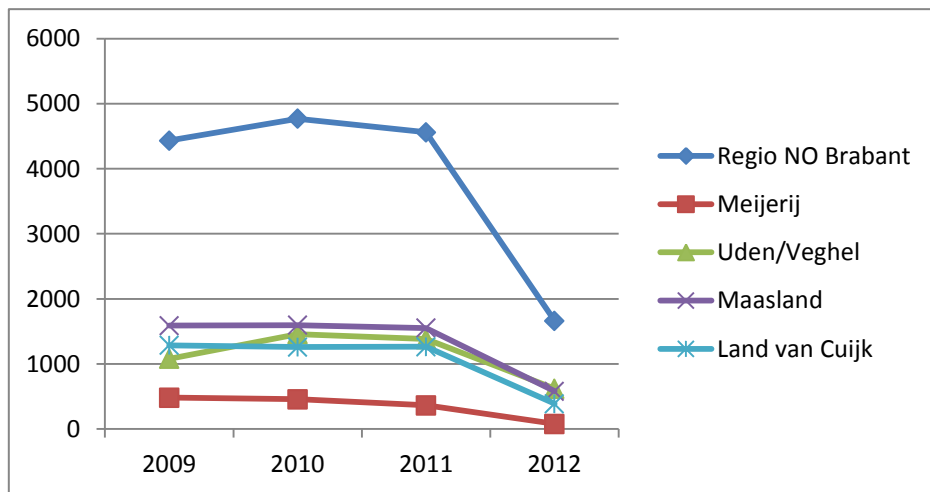
<sup>30</sup> In de opsomming zijn gemeenten waar minder dan 10 jeugdigen een vorm van jeugd-ggz zorg krijgen meegenomen. Voor deze gemeenten is gerekend dat er 5 jeugdigen zijn met een maatregel. Deze cijfers kennen dus enige onnauwkeurigheid.

Tabel 8: Zorggebruikers van de jeugd-GGZ van GGZ Oost Brabant. (Bron: GGZ Oost Brabant).

	Regio NO-Brabant	Meijerij	Uden/Veghel	Maasland	Land van Cuijk	Den Bosch	Schijndel	Vught	Boxtel	Heusden	St Michels gestel	Haaren	Uden	Veghel	St Oedenrode	Landerd	Boekel	Oss	Bernheze	Maas donk	Boxmeer	Cuijk	Mill en St. Hubert	St Anthonis	Grave
Instream van nieuwe jeugdigen in																									
2009	1939	208	632	641	458	126	35	17	9	6	10	5	234	220	47	60	71	481	122	38	151	118	62	63	64
2010	1908	176	598	655	479	93	36	9	9	15	9	5	218	197	58	69	56	484	135	36	165	126	58	64	66
2011	1735	104	604	593	434	50	26	7	3	7	10	1	203	203	61	75	62	458	93	42	152	115	49	73	45
2012 <sup>31</sup>	1663	78	618	579	388	31	32	2	3	3	7		224	215	62	64	53	453	90	36	151	98	25	68	46
Totaal aantal jeugdigen behandeld in																									
2009	4433	482	1078	1587	1286	306	65	31	24	21	26	9	574	31	147	185	141	1182	292	113	420	331	174	189	172
2010	4768	456	1459	1595	1258	269	73	27	26	25	23	13	541	471	134	175	138	1177	299	119	403	323	178	189	165
2011	4561	364	1382	1552	1263	206	66	21	17	22	21	11	489	463	118	182	130	1163	282	107	428	317	169	196	153
2012 <sup>26</sup>	1663	78	618	579	388	31	32	2	3	3	7		224	215	62	64	53	453	90	36	151	98	25	68	46
Uitstroom van jeugdigen in																									
2009	2001	201	675	625	500	129	28	13	7	11	12	1	247	226	70	75	57	470	126	29	182	129	52	64	73
2010	1888	196	669	608	415	113	33	13	12	10	12	3	250	209	75	65	70	448	106	54	122	115	55	65	58
2011	4561	364	1382	1552	1263	206	66	21	17	22	21	11	489	463	118	182	130	1163	282	107	428	317	169	196	153
2012 <sup>26</sup>	1529	109	595	483	342	54	25	3	4	10	10	3	209	218	55	60	53	354	81	48	132	85	38	51	36

<sup>31</sup> Administratieve correcties nog mogelijk

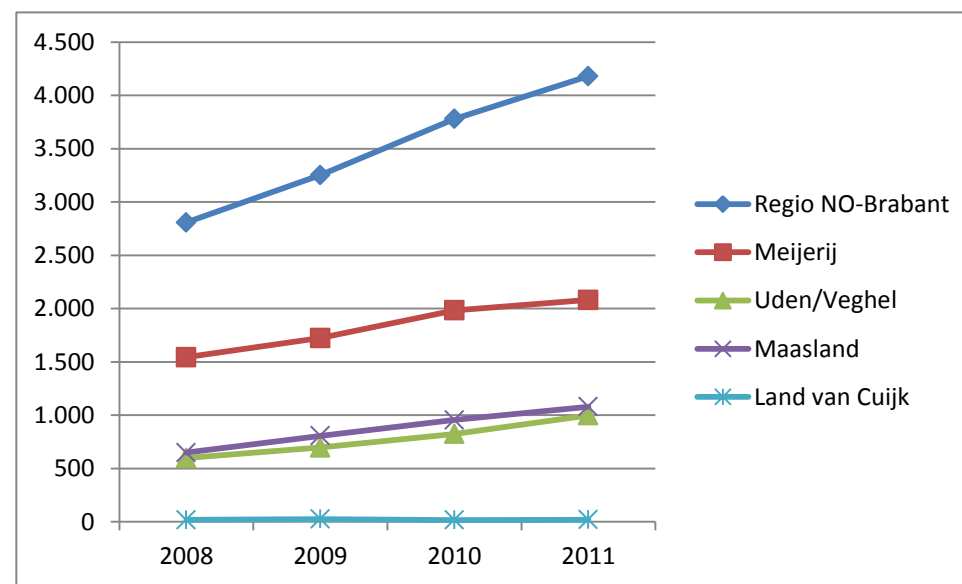
Figuur 3: Zorggebruik GGZ Oost Brabant in de tijd (Bron: GGZ Oost Brabant)



Tabel 9: Aantal zorggebruikers Herlaarhof (Bron: Herlaarhof)

	Regio NO-Brabant	Meijerij	Uden/Veghel	Maasland	Land van Cuijk
<b>Totaal aantal unieke cliënten bij de Herlaarhof in:</b>					
2008	2.807	1.543	597	649	18
2009	3.251	1.724	696	806	25
2010	3.778	1.983	824	955	16
2011	4.179	2.081	999	1.079	20

Figuur 4: Stijging zorggebruik Herlaarhof



Tabel 10: Zorggebruikers de Viersprong<sup>32</sup> (jeugd-GGZ), niet gespecificeerd per zorgvorm (Bron: De Viersprong)

	Regio NO-Brabant	Meijerij	Uden/Veghel	Maasland	Land van Cuijk
<b>Totaal aantal zorggebruikers</b>					
1-1-2009	18	11	4	2	1
1-1-2010	36	29	4	3	0
1-1-2011	36	25	6	3	2
1-1-2012	29	17	7	4	1
<b>Poliklinische behandeling</b>					
1-1-2009	18	11	4	2	1
1-1-2010	36	29	4	3	0
1-1-2011	35	25	5	3	2
1-1-2012	24	15	4	4	1
<b>Intramurale behandeling</b>					
1-1-2009	0				
1-1-2010	0				
1-1-2011	1	0	1	0	0
1-1-2012	5	2	3	0	0

Tabel 11: Aantal jeugdigen in jeugd-GGZ verslavingszorg van NovadicKentron, niet gespecificeerd naar zorgvorm (Bron: Novadic-Kentron)

	Regio NO-Brabant	Meijerij	Uden/Veghel	Maasland	Land van Cuijk
<b>Totaal aantal zorggebruikers</b>					
In heel 2009	311	148	53	73	37
In heel 2010	312	163	53	64	32
In heel 2011	302	140	50	82	30

<sup>32</sup> De Viersprong is een landelijk centrum en behandelt mensen die te maken hebben met een persoonlijkheidsstoornis of ernstige gedragsproblemen.

Tabel 12: Amaran: aantal zorggebruikers jeugd-GGZ<sup>33</sup> (Bron: Amaran)

	Regio NO-Brabant	Meijerij	Uden/Veghel	Maasland	Land van Cuijk
<b>Aantal zorggebruikers op 30-6-2012</b>					
Poliklinische hulp	44	31	5	7	1

Tabel 13: Aantal zorggebruikers Rebis (Bron: Rebis)

	Regio NO-Brabant
Aantal zorggebruikers waarvan de poliklinische behandeling is afgesloten (uitstroom) in	
2009	163
2010	113
2011	139
2012	121

<sup>33</sup> Amaran biedt tevens ambulante jeugdhulp en jeugd-LVB, deze cijfers zijn weergegeven in de gegeven cijfers jeugd & opvoedhulp en jeugd-lvb. Het zorggebruik van de intramurale voorzieningen is helaas nog onbekend. Het gaat hier om kinderen in zorg, sommige kinderen maken gebruik van meerdere vormen van zorg, deze zijn echter maar een keer meegeteld. Het daadwerkelijke zorggebruik per zorgvorm zal daardoor iets hoger liggen.

## 5.3 JEUGD-LVB

### WAAR HEBBEN WE HET OVER?

Zorgaanbieders met aanbod voor jeugd-LVB zijn Amarant (waarvan het Leo Kannerhuis Brabant onderdeel is), Cello zorg, Koraalgroep de Maashorst, de la Salle en Cello Zorg.

### ZORGVORMEN

- Extramurale behandeling
  - o Ambulante behandeling
  - o Dag- en deeltijdbehandeling
- Intramurale behandeling
  - o Klinische behandeling
- Begeleiding (wordt behandeld in het hoofdstuk jeugd-GGZ en jeugd-LVB begeleiding)

### WAT ZEGGEN DEZE CIJFERS WEL?

- Jeugdigen met een indicatie voor extramurale zorg worden gegeven in tabel 14.
- Aantal zorggebruikers is inclusief de uitstaande PGB's voor jeugd-LVB.
- De twee gemeenten met relatief het minst aantal jeugdigen in zorg zijn cursief weergegeven in tabel 14. De twee gemeenten met relatief het meest aantal jeugdigen in zorg zijn onderstreept.
- In tabel 15 worden de zorggebruikers van Amarant weergegeven voor de (sub)regio's. De La Salle heeft niet het zorggebruik voor hun jeugd-LVB aanbod aangeleverd.

### WAT ZEGGEN DEZE CIJFERS NIET?

- Cijfers over jeugdigen met een indicatie voor intramurale zorg zijn nog niet beschikbaar, omdat het adres van jeugdigen vaak op de locatie staat waar de instelling gevestigd is. Gemeenten zoals de gemeente Landerd (Instelling in Reek) met een intramurale LVB voorziening hebben in de cijfers daardoor een groter intramurale zorggebruik.
- Aantal daadwerkelijke zorggebruikers: niet iedereen met een indicatie verzilvert deze ook daadwerkelijk in zorg. Zo kunnen door wachtlijsten jeugdigen wachten totdat zij hun zorg kunnen verzilveren. De cijfers benaderen het daadwerkelijke gebruik.
- Kinderen die zowel van extramurale als intramurale zorg gebruiken zijn niet meegeteld bij de extramurale zorg. Het daadwerkelijke zorggebruik van extramurale zorg zal daardoor iets hoger kunnen liggen.
- Unieke jeugdigen: jeugdigen kunnen gebruik maken van meerdere vormen van jeugd-GGZ en daarnaast van zorg van de jeugd & opvoedhulp en jeugd-LVB.

## WAT ZIJN DE KOSTEN?

In onderstaand overzicht staan de zorgkosten.

Zorgvorm	Regio NO-Brabant <sup>34</sup>	Gemiddelde kosten	Totale kosten per zorgvorm per jaar
<b>2009</b>			
Behandeling <sup>35</sup> (aantal uren)	5.843	€ 97,88 <sup>36</sup>	€ 571.886
Intramuraal (aantal bedden) <sup>37</sup>	184	€ 70.361 <sup>38</sup>	€ 12.938.405
Intramuraal- crisisopvang aantal bedden	-	-	-
<b>2010</b>			
Behandeling (aantal uren)	9.406	€ 101,14 <sup>36</sup>	€ 951.333
Intramuraal aantal bedden	196	€ 75.413 <sup>38</sup>	€ 14.751.999
Intramuraal- crisisopvang aantal bedden	16	€86.034 <sup>38</sup>	€ 1.400.177
<b>2011</b>			
Behandeling (aantal uren)	13.452	€ 101,10 <sup>36</sup>	€ 1.359.977
Intramuraal aantal bedden	227	€ 78.364 <sup>38</sup>	€ 17.821.357
Intramuraal- crisisopvang aantal bedden	19	€ 87.370 <sup>38</sup>	€ 1.680.856
<b>2012<sup>39</sup></b>			
Behandeling (aantal uren)	33.366	€ 97,27 <sup>36</sup>	€ 3.245.364
Intramuraal (aantal bedden)	246	€ 85.219 <sup>38</sup>	€ 20.951.019
Intramuraal- crisisopvang (aantal bedden)	18	€ 95.385 <sup>38</sup>	€ 1.716.938

<sup>34</sup> De regio Noordoost Brabant exclusief de gemeenten Heusden, maar inclusief de gemeenten Maasdriel en Zaltbommel. Het daadwerkelijke aantal plekken voor jeugdigen in Noordoost Brabant zal dus iets afwijken.

<sup>35</sup> Verschillende vormen van behandeling waaronder Families First en Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling.

<sup>36</sup> Kosten per uur

<sup>37</sup> Het zorgkantoor heeft gegevens aangeleverd met de geleverde dagen van de betreffende zorgvorm, dit is niet te herleiden naar het aantal jeugdigen dat hier gebruikt van maakt. Intramurale zorg omvat verschillende Zorg Zwaarte Paketten (ZZP's) van Wonen met enige behandeling en begeleiding tot Besloten wonen met zeer intensieve behandeling en begeleiding.

<sup>38</sup> Kosten per bed

<sup>39</sup> Niet daadwerkelijk gebruik, maar volgens afspraken met het zorgaanbieders.

Tabel 14: Aantal jeugdigen met een extramurale indicatie jeugd-LVB<sup>40</sup>

	Regio NO-Brabant	Meijerij	Uden/Veghel	Maasland	Land van Cuijk	Den Bosch	Schijndel	Vught	Boxtel	Heusden	St Michels gestel	Haaren	Uden	Veghel	St Oedenrode	Landerd	Boekel	Oss	Bernheze	Maas donk	Boxmeer	Cuijk	Mill en St. Hubert	St Anthonis	Grave
<b>2008</b>																									
Aantal jeugdigen 0-22 jaar met een extramurale indicatie	945	471	167	186	121	216	52	34	49	62	42	16	62	60	16	17	12	128	35	23	39	37	15	16	14
Aantal jeugdigen 0-22 jaar met en extramurale indicatie op de 1.000 jeugdigen indicatie	5,4	5,8	4,9	5,3	4,9	6,1	<u>8,2</u>	4,8	5,8	5,0	5,3	4,1	5,6	5,6	3,3	4,0	4,0	5,5	4,0	<u>6,7</u>	4,9	5,6	4,9	4,6	4,0
<b>2009</b>																									
Aantal jeugdigen 0-22 jaar met een extramurale indicatie	1.001	493	191	194	123	230	52	34	53	68	43	13	70	71	17	19	14	128	44	22	45	36	12	14	16
Aantal jeugdigen 0-22 jaar met een extramurale indicatie op de 1.000 jeugdigen	5,7	6,0	5,6	5,5	5,0	6,4	<u>8,3</u>	4,9	6,3	5,6	5,4	3,3	6,3	<u>6,7</u>	3,5	4,5	4,6	5,6	5,0	6,5	5,6	5,4	4,0	4,0	4,6
<b>2010</b>																									
Aantal jeugdigen 0-22 jaar met een extramurale indicatie	990 <sup>41</sup>	486	181	204	11 <sup>41</sup>	228	50	31	50	71	43	13	60	62	22	22	15	135	47	22	45	37	<10	15	17
Aantal jeugdigen 0-22 jaar met een extramurale indicatie op de 1.000 jeugdigen	5,7 <sup>41</sup>	5,9	5,4	5,8	4,9 <sup>41</sup>	6,3	<u>7,9</u>	4,5	5,9	5,9	5,5	3,4	5,4	5,9	4,5	5,2	4,9	5,9	5,4	<u>6,5</u>	5,7	5,6	1,7 <sup>41</sup>	4,3	4,8

<sup>40</sup> Bron: CIZ (bewerking door SCP)

<sup>41</sup> In de opsomming zijn gemeenten waar minder dan 10 jeugdigen een extramurale indicatie hebben meegenomen. Voor deze gemeenten is gerekend dat er 5 jeugdigen zijn met een maatregel. Deze cijfers kennen dus enige onnauwkeurigheid.



Tabel 15: Amarant: aantal zorggebruikers op 30-6-2012. <sup>42</sup> Aantal zorggebruikers tot 21 jaar, standcijfer september 2012

	Regio NO- Brabant	Meijerij	Uden/Veghel	Maasland	Land van Cuijk
Begeleiding	28	12	3	10	3
Extramurale behandeling (ambulante en naschoolse)	78	45	13	17	3

<sup>42</sup> Amarant biedt tevens ambulante jeugdhulp en jeugd-GGZ, deze cijfers zijn meegeteld in eerder gegeven cijfers jeugd & opvoedhulp en jeugd-ggz. Het zorggebruik van de intramurale voorzieningen is helaas nog onbekend. Het gaat hier om kinderen in zorg, sommige kinderen maken gebruik van meerdere vormen van zorg, deze zijn echter maar een keer meegeteld. Het daadwerkelijke zorggebruik zal daardoor iets hoger liggen.

## 5.4 BEGELEIDING IN DE JEUGD-GGZ EN JEUGD-LVB

### ZORGVORMEN?

Met begeleiding wordt de functie begeleiding uit de AWBZ bedoeld. Het kan dan gaan om individuele begeleiding, begeleiding op de groep en kortdurend verblijf (logeren). Jeugdigen kunnen deze begeleiding krijgen op basis van verschillende grondslagen, waaronder psychiatrische problematiek of een verstandelijke beperking en kunnen dit zowel krijgen in natura of PGB. Beiden zijn meegenomen in dit onderzoek.

### DE ZORGAANBIEDERS IN NOORDOOST BRABANT

Aanbieders die begeleiding bieden zijn Cello Zorg, Buro Maks, GGZ Oost Brabant, De la Salle, Thuiszorg Pantein, Oro, Dichterbij, Stichting KinderThuiszorg, Kentalis, Labyrint zorg, De Driestroom, Stichting heilpedagogisch KDV Heimdal, Amarant, ASVZ, Visio, Siza, Werkenrode, Herlaarhof, Stichting SWZ, Humanitas. Omdat veel jeugdigen een PGB hebben voor begeleiding zal deze begeleiding door meer zorgaanbieders of individuen worden uitgevoerd zoals familie van de jeugdige.

### WAT ZEGGEN DEZE CIJFERS WEL?

- Tabel 16 geeft inzicht in het aantal jeugdigen die begeleiding ontvangen. In de tweede rij wordt het aantal jeugdigen gegeven dat meer dan één vorm van begeleiding krijgt (bijvoorbeeld zowel kortdurend verblijf als begeleiding op de groep). Vervolgens is het zorggebruik uitgesplitst per zorgvorm: individueel, groep en kortdurend verblijf. In de laatste rij is weergegeven hoeveel jeugdigen vervoer nodig hebben voor deze begeleiding.
- In tabel 17 staan de grondslagen op basis waarvan de jeugdigen uit tabel x begeleiding ontvangen. De meeste jeugdigen met begeleiding, zoals geregistreerd bij het zorgkantoor, krijgen dit op basis van de grondslag verstandelijke beperking.
- In tabel 18 staat de gemiddelde duur van een indicatie voor begeleiding. Gemiddeld krijgen jeugdigen een indicatie voor begeleiding voor 4 jaar. Er zijn enkele uitschieters naar 10 en zelfs 100 jaar. Een indicatie hoeft overigens niet te betekenen dat een jeugdige ook al die tijd gebruikt maakt van deze aanspraak.
- De twee gemeenten met relatief het minst aantal jeugdigen in zorg zijn cursief weergegeven in tabel 16. De twee gemeenten met relatief het meest aantal jeugdigen in zorg zijn onderstreept.

### WAT ZEGGEN DEZE CIJFERS NIET?

- In tabel 16 wordt het aantal zorggebruikers van begeleiding weergegeven. Het valt dan ook op dat in tabel 17 slechts enkele jeugdigen begeleiding krijgen op basis van psychiatrische problematiek. Het zorgkantoor heeft echter niet alle jeugdigen die begeleiding ontvangen op basis van een indicatie van BJZ krijgen in beeld. Daarom wordt in tabel 19 weergegeven hoeveel jeugdigen gebruik begeleiding krijgen met een indicatie van Bureau Jeugdzorg. In de eerste rij gebeurt dit op basis van een schatting van het percentage dat volgens het Zorgkantoor bij de totaalcijfers van het 'aantal jeugdigen met enige vorm van begeleiding' (zie tabel 16) opgeteld dient te worden. De betrouwbaarheid van deze schatting is beperkt. In plaats daarvan kan gewerkt worden met de indicaties voor deze jeugdigen van BJZ (zie rij 2 in tabel 19). Deze cijfers zijn hard, maar kennen het nadeel dat het aanspraken zijn op zorg zijn en geen feitelijk zorggebruik. Een deel van de aanspraken wordt niet verzilverd. Welk deel dat is en wat daarvan de bepalende factoren zijn is (nog) onbekend. Een andere reden waarom deze cijfers niet zondermeer opgeteld kunnen worden bij het 'aantal jeugdigen met enige vorm van begeleiding' in tabel 16, is omdat jeugdigen die hun indicatie van BJZ hebben verzilverd via een PGB wel verwerkt zijn in de gegevens van het zorgkantoor.
- Unieke jeugdigen: jeugdigen kunnen gebruik maken van meerdere vormen van jeugd-GGZ en daarnaast van zorg van de jeugd & opvoedhulp en jeugd-LVB.

## WAT ZIJN DE KOSTEN?

In onderstaande overzicht worden de kosten gegeven voor begeleiding

Zorgvorm <sup>43</sup>	Regio NO-Brabant <sup>44</sup>	Gemiddelde kosten	Totale kosten per zorgvorm per jaar
<b>2009</b>			
Begeleiding (aantal uren)	20.099	€ 90,10 <sup>45</sup>	€ 1.810.922
Kortdurend verblijf (begeleiding; aantal nachten) <sup>19</sup>	-	-	-
<b>2010</b>			
Begeleiding (aantal uren)	31.356	€ 83,22 <sup>45</sup>	€ 2.609.472
Kortdurend verblijf (begeleiding; aantal nachten) <sup>19</sup>	1.681	€ 192,15 <sup>46</sup>	€ 323.000
<b>2011</b>			
Begeleiding (aantal uren)	31.922	€ 85,36 <sup>45</sup>	€ 2.742.734
Kortdurend verblijf (begeleiding; aantal nachten) <sup>20</sup>	1.630	€ 199,42 <sup>46</sup>	€ 325.050
<b>2012<sup>47</sup></b>			
Begeleiding (aantal uren)	4.495	€ 49,73 <sup>45</sup>	€ 223.536
Kortdurend verblijf (begeleiding; aantal nachten) <sup>19</sup>	1.643	€ 240,70 <sup>46</sup>	€ 395.471

---

<sup>43</sup> Bron: Zorgkantoor.

<sup>44</sup> De regio Noordoost Brabant exclusief de gemeenten Heusden, maar inclusief de gemeenten Maasdriel en Zaltbommel. Het daadwerkelijke aantal plekken voor jeugdigen in Noordoost Brabant zal dus iets afwijken.

<sup>45</sup> Kosten per uur

<sup>46</sup> Kosten per nacht

<sup>47</sup> Niet daadwerkelijk gebruik, maar volgens afspraken met het zorgkantoor.

Tabel 16: Jeugdigen met begeleiding op x-4-2012 (Bron: Zorgkantoor)

	Regio NO-Brabant	Meijerij	Uden/Veghel	Maasland	Land van Cuijk	Den Bosch	Schijndel	Vught	Boxtel	Heusden	St Michels gestel	Haaren	Uden	Veghel	St Oedenrode	Landerd	Boekel	Oss	Bernheze	Maas donk	Boxmeer	Cuijk	Mill en St. Hubert	St Anthonis	Grave
<b>Totaal</b>																									
Aantal jeugdigen met enige vorm van begeleiding	1.104	549	200	220	135	238	57	45	58	75	49	27	66	67	21	30	16	144	51	25	45	41	16	13	20
Aantal jeugdigen op de 1.000 jeugdigen met begeleiding (0-17 jaar)	8,1	8,6	7,5	8,1	7,0	8,4	11,8	8,0	8,9	8,1	7,8	9,2	7,5	8,1	5,4	8,9	6,7	8,1	7,4	9,9	7,4	7,7	6,8	4,9	7,4
Aantal jeugdigen die gebruik maken van meerdere vormen van begeleiding	590	299	110	110	71	134	36	20	28	36	29	16	40	34	11	16	9	69	27	14	14	26	10	6	15
Aantal kinderen met begeleiding op meerdere grondslagen	585	298	97	111	79	130	33	16	29	45	30	15	37	27	12	12	9	75	21	15	30	22	9	7	11
<b>Vormen van begeleiding</b>																									
Aantal jeugdigen met individuele begeleiding	638	326	125	112	75	152	36	23	35	43	25	12	42	39	16	17	11	74	26	12	27	23	9	9	7
Waarvan PGB	424	218	82	76	48	104	16	19	19	28	21	11	30	22	11	10	9	52	14	10	20	11	7	6	4
Aantal jeugdigen met Begeleiding Groep	830	408	149	165	108	179	42	35	41	46	42	23	52	51	11	23	12	105	40	20	35	34	12	7	20
Waarvan PGB	523	277	91	93	62	117	24	28	27	38	27	16	29	27	6	18	11	53	27	13	24	16	7	4	11
Aantal jeugdigen met Kortdurend verblijf	407	211	65	79	52	88	29	12	20	32	17	13	28	18	6	8	5	54	17	8	14	16	8	3	11
Waarvan PGB	257	148	43	36	30	65	16	10	13	26	9	9	15	12	4	7	5	26	7	3	10	8	6	1	5
Aantal jeugdigen die Vervoer krijgen	728	350	128	152	98	156	37	29	35	38	35	20	44	46	8	21	9	96	40	16	31	32	10	7	18

Tabel 17: De grondslagen op basis waarvan jeugdigen begeleiding ontvangen. (Bron: Zorgkantoor)

	Regio NO-Brabant	Meijerij	Uden/Veghel	Maasland	Land van Cuijk	Den Bosch	Schijndel	Vught	Boxtel	Heusden	St Michels gestel	Haaren	Uden	Veghel	St Oedenrode	Landerd	Boekel	Oss	Bernheze	Maas donk	Boxmeer	Cuijk	Mill en St. Hubert	St Anthonis	Grave
Aantal jeugdigen met begeleiding op grondslag van een somatische ziekte, aandoening of beperking	157	73	31	31	22	36	6	4	8	6	11	2	15	11	2	2	1	18	9	4	8	6	5	2	1
Waarvan 1 <sup>e</sup> grondslag	57	28	11	10	8	10	2	3	3	3	5	2	7	3	0	0	1	5	3	2	3	3	2	0	0
Waarvan 2 <sup>e</sup> grondslag	99	45	19	21	14	26	4	1	5	3	6	-	8	7	2	2	0	13	6	2	5	3	3	2	1
Aantal jeugdigen met begeleiding op grondslag van een psychiatrische aandoening of beperking <sup>48</sup>	350	184	53	63	50	80	21	10	18	35	15	5	21	12	7	6	7	44	8	11	23	13	3	2	9
Waarvan 1 <sup>e</sup> grondslag	17	9	4	1	3	3	1	1	0	2	1	1	1	1	-	2	-	-	-	1	2	1	-	-	-
Waarvan 2 <sup>e</sup> grondslag	333	175	49	62	47	77	20	9	18	33	14	4	20	11	7	4	7	44	8	10	21	12	3	2	9
Aantal jeugdigen met begeleiding op grondslag van een verstandelijke beperking	966	478	176	196	116	209	50	37	51	67	45	19	57	63	18	25	13	132	43	21	38	35	13	13	17
Waarvan 1 <sup>e</sup> grondslag	908	448	167	185	108	198	47	34	50	65	38	16	54	60	18	22	13	128	38	19	36	32	12	12	16
Waarvan 2 <sup>e</sup> grondslag	58	30	9	11	8	11	3	3	1	2	7	3	3	3	-	3	-	4	5	2	2	3	1	1	1
Aantal jeugdigen met begeleiding op grondslag van een zintuigelijke beperking	67	31	12	10	14	12	2	2	3	4	4	4	2	2	2	5	1	6	4	-	3	5	2	-	4
Waarvan 1 <sup>e</sup> grondslag	43	19	8	6	10	7	1	2	2	3	3	1	2	1	1	4	-	3	3	-	2	3	1	-	4
Waarvan 2 <sup>e</sup> grondslag	24	12	4	4	4	5	1	0	1	1	1	3	-	1	1	1	1	3	1	-	1	2	1	-	-
Aantal jeugdigen met begeleiding op grondslag van een lichamelijke beperking	143	80	26	27	10	31	11	8	7	8	4	11	8	7	4	4	3	19	8		3	4	2	1	-
Waarvan 1 <sup>e</sup> grondslag	76	45	10	15	6	20	6	5	3	2	2	7	2	2	2	2	2	8	7		2	2	1	1	-
Waarvan 2 <sup>e</sup> grondslag	67	35	16	12	4	11	5	3	4	6	2	4	6	5	2	2	1	11	1		1	2	1	-	-

<sup>48</sup> Slechts enkele jeugdigen die begeleiding krijgen op basis van een indicatie van BJZ voor begeleiding op basis van psychiatrische problematiek zijn meegenomen in deze cijfers. Zie ook tabel 19.

Tabel 18: Duur van de indicatie voor begeleiding (Bron: Zorgkantoor)

	Regio NO-Brabant	Meijerij	Uden/Veghel	Maasland	Land van Cuijk	Den Bosch	Schijndel	Vught	Boxtel	Heusden	St Michels gestel	Haaren	Uden	Veghel	St Oedenrode	Landerd	Boekel	Oss	Bernheze	Maas donk	Boxmeer	Cuijk	Mill en St. Hubert	St Anthonis	Grave
Gemiddelde duur indicatie in jaren	4,0	4,0	5,5	3,6	3,1	3,4	3,6 <sup>49</sup>	7,0 <sup>50</sup>	3,4	3,6	3,4	3,8	6,3 <sup>51</sup>	7,8 <sup>52</sup>	6,0 <sup>53</sup>	3,7	3,6	3,7 <sup>54</sup>	3,1	3,9	3,4 <sup>55</sup>	3,2	3,2	1,8	3,8

Tabel 19: Jeugdigen met begeleiding met een indicatie van BJZ op basis van psychiatrische problematiek

	Regio NO-Brabant	Meijerij	Uden/Veghel	Maasland	Land van Cuijk	Den Bosch	Schijndel	Vught	Boxtel	Heusden	St Michels gestel	Haaren	Uden	Veghel	St Oedenrode	Landerd	Boekel	Oss	Bernheze	Maas donk	Boxmeer	Cuijk	Mill en St. Hubert	St Anthonis	Grave
Aantal jeugdigen met begeleiding op basis van psychiatrische problematiek: schatting <sup>56</sup>	1.107	551	187	234	135	306	46	46	61	56	21	15	73	62	21	19	12	179	43	12	47	47	12	13	16
Aantal jeugdigen met een indicatie van BJZ voor begeleiding op basis van psychiatrische problematiek op 1-7-2011 <sup>57</sup>	1.919	742	493	395	289	321	53	59	79	132	70	28	190	138	68	67	30	276	87	32	110	64	33	37	45

<sup>49</sup> Waarvan twee jeugdigen een indicatie hebben voor langer dan 10 jaar

<sup>50</sup> Waarvan 12 jeugdigen een indicatie hebben voor langer dan 10 jaar. Exclusief 2 jeugdigen met een indicatie voor 100 jaar.

<sup>51</sup> Waarvan 16 jeugdigen een indicatie hebben voor langer dan 10 jaar. Exclusief 1 jeugdige met een indicatie voor 100 jaar.

<sup>52</sup> Waarvan 23 jeugdigen een indicatie hebben voor langer dan 10 jaar. Exclusief 1 jeugdige met een indicatie voor 100 jaar.

<sup>53</sup> Waarvan vijf jeugdigen een indicatie hebben voor langer dan 10 jaar

<sup>54</sup> Waarvan drie jeugdigen een indicatie hebben voor langer dan 10 jaar.

<sup>55</sup> Een jeugdige heeft een indicatie voor 100 jaar gekregen.

<sup>56</sup> Dit aantal jeugdigen is een schatting op basis van de aanname dat het daadwerkelijke aantal jeugdigen met begeleiding een bepaald percentage hoger moet liggen omdat het zorgkantoor niet alle jeugdigen die begeleiding ontvangen op basis van een indicatie van BJZ geregistreerd heeft staan.

<sup>57</sup> Bron: BJZ Noord Brabant

## BIJLAGE 1: BELANGRIJKE BEGRIPPEN

### STAND-, INSTROOM-, EN UITSTROOMCIJFERS:

Vaak worden cijfers genoemd over hoeveel cliënten er geholpen zijn in een bepaalde periode. Het is echter zeker zo inzichtgevend om cijfers te hebben van cliënten in zorg op bepaalde vaste peildata in combinatie met instroom- en uitstroomcijfers. Deze moeten we goed gekozen zijn in verband met seizoensinvloeden. Verschillende peildata op een rij geeft inzicht in de omvang van groei of krimp. Instroomcijfers vergeleken in de tijd en met uitstroomcijfers geven zicht op de aard van de ontwikkeling. Is de groei in cliënten in de zorg te wijten aan meer instroom of aan achterblijvende uitstroom? Daarmee kan weer verder gezocht worden naar achterliggende oorzaken daarvan als bijvoorbeeld een zwaardere problematiek of juist een gemakkelijker toegang tot de zorg.

De relatie van deze cijfers met kosten is niet eenduidig. Als de zorg voor een cliënt bekostigd wordt per dag, dag deel of uur is een jaargemiddelde van het standcijfer adequaat, als bekostigd wordt per nieuw traject, de instroom en als bekostigd wordt per succesvol traject is een (gespecificeerd) uitstroomcijfer van belang.

### ZORGGEBRUIKERS RESPECTIEVELIJK UNIEKE JEUGDIGEN RESPECTIEVELIJK GEZINNEN

Sommige jeugdigen maken gebruik van meerdere zorgvormen. Een jeugdige kan bijvoorbeeld gebruik maken van zowel ambulante zorg binnen de jeugd & opvoedhulp en een ambulante behandeling binnen de jeugd-GGZ. Om ook zicht te krijgen op het aantal unieke jeugdigen dat gebruik maakt van jeugdzorg werd eerst geprobeerd de namen van jeugdigen in zorg te verkrijgen van zorgaanbieders, samen met hun huisadres. Hiermee kan diepgaand inzicht verkregen worden in het aantal unieke jeugdigen dat zorg gebruikt.. Met een verdere analyse kan ook de meest voorkomende zorgcombinaties in beeld worden gebracht. Uit onderzoek uit 2012 blijkt dat van de jeugdigen die ggz ontvangen zo'n 25% ook jeugdzorg ontvangt. Uit dat zelfde onderzoek blijkt dat van de jeugdigen die jeugdzorg ontvangen zo'n 50% ook ggz ontvangt. Van jeugdigen die ggz ontvangen heeft meer dan 50% ook tweedelijns somatische zorg ontvangen<sup>58</sup>. Aangezien in de jeugdzorg de interventie -steeds vaker- niet alleen is gericht op de jeugdige maar ook op het gehele gezin of juist de opvoedingsproblematiek van de ouders is het niet alleen zinvol om te kijken naar de jeugdigen die gebruik maken van zorg, maar ook naar de gezinnen. Aangezien gezinsleden niet altijd op hetzelfde adres wonen, bijvoorbeeld wanneer er sprake is van echtscheiding, is het zorggebruik van unieke huishoudens slechts een benadering van het aantal gezinnen dat gebruik maakt van jeugdzorg. Maar wel een belangrijke, omdat de toekomstige bekostiging uit zal gaan van de woonplaats van de gezaghebbende ouder. Op het moment van het onderzoek waren de zorgaanbieders niet bereid of in staat deze persoonsgegevens vrij te geven. De belangrijkste reden hiervoor is de privacy.

Indicatie/Toegang tot de zorg Er is een verschil tussen indicatie en werkelijk gebruikte zorg. Indicaties zijn aanspraken op zorg. Soms wordt die niet of nog niet verzilverd vanwege capaciteitsgebrek aan de kant van de aanbieder, maar net zo goed vanwege allerlei praktische belemmeringen, gewijzigde omstandigheden, terughoudendheid of motivatiegebrek aan de kant van de cliënt. Voor een vertaling van zorggebruik naar kosten en kostenontwikkeling moeten beide effecten worden onderscheiden.

### WOONPLAATSBEGINSSEL: DEFINITIE GEMEENTE VAN HERKOMST

*zoals gepubliceerd door het SCP*

De hoofdregel is dat de gemeente waarde persoon die gezag heeft over de jeugdige is ingeschreven in de gemeentelijke basisadministratie (GBA), de inhoudelijke en financiële verantwoordelijkheid heeft voor de jeugdige. Dit lijkt een eenvoudige regel, maar is uiterst complex. Wat is de plaats van herkomst bij een jeugdige die onder voogdij is geplaatst? Dan ligt het gezag over de jeugdige niet meer bij de ouders maar bij de voogd. De vestigingsplaats van de organisatie waar de voogd in dienst is, is dan volgens de definitie de gemeente van

---

<sup>58</sup> Bron: Berg, van den, Y., Hover, C., Loos, van der, P. & Wever, Y. Combinaties van zorg bij jeugdigen. Den Haag: BA groep.

herkomst. Ook het Sociaal en Cultureel Dit zou voor Noord-Brabant betekenen dat de gemeente Eindhoven zowel financieel als inhoudelijk verantwoordelijk is voor al deze cliënten.

#### PREVALENTIE

De prevalentie is het aantal gevallen per duizend of per honderdduizend



## BIJLAGE 2: BRIEF VOOR DATAVERZAMELING

Datum:

Betreft: *Onderzoek de JeugdZaak naar gebruik en kosten jeugdzorg in opdracht van de 20 samenwerkende gemeenten Noordoost Brabant*

Geachte \_\_\_\_\_,

Namens de 20 samenwerkende gemeenten in Noordoost Brabant stuur ik u deze brief.

Zoals u bekend is, zal de geïndiceerde jeugdzorg de komende jaren gedecentraliseerd worden naar de gemeenten. Dit betekent dat taken en middelen van het Rijk en de provincie worden overgedragen aan de gemeenten. Het betreft zowel de jeugdzorg, de jeugd-GGZ als de jeugd LVB.

Gemeenten bereiden zich voor op deze taak. Bij een aantal instellingen zijn werkbezoeken afgelegd. De volgende stap is meer inzicht verwerven in de financiële opgave die de gemeenten te wachten staat. Hoeveel jeugdigen maken gebruik van de geïndiceerde jeugdzorg? Welke vorm van zorg ontvangen zij? Wat zijn de kosten van deze zorg?

Uw medewerking wordt gevraagd bij het onderzoek naar kosten, bekostiging en zorggebruik in de jeugdzorg. Door de 20 gemeenten is onderzoeksbureau de JeugdZaak gevraagd die taak op zich te nemen. Eerder geleverde gegevens worden daarin meegenomen.

Bij deze brief treft u als bijlage een vragenlijst aan. Informatie wordt gevraagd over aantallen unieke jeugdigen en huishoudens die gebruik maken van de geïndiceerde zorg. De onderzoekers van de JeugdZaak zullen daarom vragen om privacygevoelige gegevens van uw cliënten zoals namen en adressen. Op basis van deze gegevens wordt onderzocht hoeveel unieke jeugdigen en huishoudens geïndiceerde zorg ontvangen. Benadrukt wordt dat de gemeenten geen privacygevoelige gegevens over individuele cliënten ontvangen, het gaat om niet-herleidbare, geaggregeerde data.

De JeugdZaak komt graag in contact met degene in uw organisatie die deze data kan verstrekken. En verdere informatie hierover kan geven.

Een medewerker van de JeugdZaak zal hiervoor op korte termijn contact met u opnemen.

Met vriendelijke groeten,

Hanny van Moosdijk, gemeente Oss, projectleider Aanjaagteam transitie Jeugdzorg Noordoost Brabant.

Voor vragen over het project kunt u contact opnemen met de onderzoekers van de JeugdZaak:

Zefanja van der Kolk, pedagoog/ onderzoeker, 0650883268

Puck Winnubst, pedagoog/onderzoeker, 0627825321

Annemiek van Woudenberg, directeur de JeugdZaak, 0653749550

Wim de Jong, econoom en onderzoeker, 0645862107

Bijlage: Gevraagde data

Graag ontvangen wij van u informatie over het zorggebruik in onze gemeenten. Wij komen graag bij u langs om de verzamelde gegevens te ontvangen.

- Per zorgvorm > Zorggebruikers per zorgvorm per gemeente of postcode gebied (5074-5846) op de peildata 1-1-2009, 1-1-2010, 1-1-2011, 1-1-2012 en de instroom van de jaren 2009, 2010 en 2011**
- > namen en adres van deze gebruikers**
  - > Kosten per jaar voor de gebruikers uit Noordoost Brabant**
  - > Bekostigingswijze**

Het gaat om de volgende zorgvormen:

### **Jeugd & Opvoedhulp**

- Ambulante jeugdhulp
  - o Ambulant thuis
  - o Ambulant instelling
  - o Ambulant groep
- Verblijf deeltijd (daghulp)
  - o Dagbehandeling pedagogisch
  - o Dagbehandeling specialistisch
- Pleegzorg
  - o Deeltijd pleegzorg
  - o Pleegzorg pedagogisch
  - o Pleegzorg specialistisch
- Verblijf residentieel
  - o Behandelgroep kamer training
  - o Behandelgroep gezinshuis licht
  - o Behandelgroep gezinshuis
  - o Behandelgroep gezinshuis kind
  - o Behandelgroepfasehuis
  - o Behandelgroep
  - o Behandelgroep kind
  - o Behandelgroep zwaar
  - o Behandelgroep crisis
- Observatie diagnostiek
  - o Deeltijd
  - o 24 uren
- JeugdzorgPlus

### **GGZ-jeugd**

- Extramurale behandeling
  - o Poliklinische behandeling
  - o Dag- en deeltijdbehandeling
- Intramurale behandeling/residentieel

**Jeugd-LVB**

- Extramurale behandeling
  - o Ambulante behandeling
  - o Deeltijdbehandeling (daghulp)
- Intramurale behandeling

**Begeleiding**

- Begeleiding individueel
- Begeleiding groep
- Begeleiding Kortdurend Verblijf

### BIJLAGE 3: GEVRAAGDE EN GELEVERDE DATA

Organisatie	Bron	Beschrijving	Welke jaren?	Wat voor cijfers?	Gespecificeerd naar gemeente?	Zorgkosten?
BJZ	Indicatiesteller	Geen gegevens ontvangen	2011	Instroom 2011 en standcijfer 31-12-2012	Ja	Nee
Oosterpoort	Zorgaanbieder		2012	Standcijfer x-7-2012	Ja	Ja
Topaze	Zorgaanbieder		2012	Standcijfer x-7-2012	Ja	Ja
Combinatie Jeugdzorg	Zorgaanbieder	Geen gegevens ontvangen				
Bijzonder Jeugdwerk Brabant	Zorgaanbieder	Geen gegevens ontvangen				
SGJ	Indicatiesteller en zorgaanbieder	Geen gegevens ontvangen				
WSG	-	Geen gegevens ontvangen				
Maashorst	Zorgaanbieder		2012	Standcijfer x-7-2012	Ja	Ja
Amarant	Zorgaanbieder		20-6-2012	Standcijfer 2012	Ja	Nee
Herlaarhof	Zorgaanbieder	Niet gespecificeerd naar zorgvorm	2012	Standcijfer x-7-2012	Ja	Ja
GGZ Oost-Brabant	Zorgaanbieder	Niet gespecificeerd naar zorgvorm	2009,2010,2011,2011	Instroom, uitstroom en totaal behandeld	Ja	Nee
Rebis	Zorgaanbieder		2009,2010,2011,2012	Standcijfer x-3-2013 en instroom 2009-2012	Ja	Ja
Provincie	Bekostigende instelling			Stand, instroom, totaal	Ja	Nee
Zorgkantoor	Bekostigende instelling					
Novadic-Kentron	Zorgaanbieder		2009,2010,2011	Totaal	Ja	Nee
Buro Maks	Zorgaanbieder	Slechts cijfers ontvangen van begeleiding, niet van de behandeling die ze bieden. Tevens zijn de gegevens niet te herleiden	2009,2010, 2011, 2012	Standcijfers	Nee	Nee

De Viersprong	Zorgaanbieder	naar gemeenten. Standcijfers van de jaren 2009-2012 per gemeente	2009,2010,2011, 2012	Standcijfers 1-1	Ja	
De la Salle	Zorgaanbieder	Geen gegevens ontvangen				
Lamberthushof	Zorgaanbieder	Geen gegevens gevraagd				
Zorgkantoor	Bekostigende instelling		2009,2010, 2011	Standcijfers per x-4-2012	Ja, LVB Nee, J-GGZ	Ja, niet per gemeente
Cello Zorg	Zorgaanbieder	Wel gegevens aangeleverd, dit was echter niet uitgefilterd naar jeugdigen en zorgvormen. Door problemen met de performance van het registratieprogramma.				

## BIJLAGE 4: AANBEVELINGEN ZORGAANBIEDERS

Zorgaanbieder	Adviezen aan gemeenten
<b>1. Buro Maks</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Samen aanbieden. Als je dezelfde producten aanbiedt, slimmer (en goedkoper) regelen wat betreft bedrijfsvoering, maar ook de samenhang tussen verschillende producten en lijnen. (Bv. MFC samenwerking tussen Herlaarhof en de la Salle).</li> <li>- Overhead van overheid ook slimmer samen regelen.</li> <li>- Kijken naar het voorveld</li> </ul>
<b>2. De Viersprong</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Heldere lijn vanuit gemeenten over wat je waar kunt vinden van eerste tot derde lijn. Goede en duidelijke zorgpaden. Ook wat betreft de zwaarte van de hulp.</li> <li>- Investeren in de vindplaats, bv. scholen, wijkagent. En daar goede verbindingen leggen. (Gevaar: problematiseren.)</li> <li>- Werken met prestatie-indicatoren. Laat maar zien wat je doet en wat het kost.</li> </ul>
<b>3. Bureau Jeugdzorg</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lees en leer van de evaluatie wet op de jeugdzorg. Er staan veel valkuilen in waar we weer in kunnen vallen.</li> <li>- Maak keuzes! We moeten bezuinigen. Hulp in justitieel kader moet ook aandacht krijgen. Er moet een vangnet zijn ook voor de zwaardere hulpvragen, bv kindermishandeling.</li> </ul>
<b>4. De la Salle</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eigenlijk moet je een goed beeld krijgen van de zorgconsumptie per cliënt. Jeugdigen moeten zo snel mogelijk jeugdigen op de goede plek komen, zonder stapeling van zorggebruik.</li> <li>- Eerder erkennen en herkennen van LVB problematiek, ook op vindplaatsen.</li> <li>- Chronische problematiek erkennen, in verschillende levensfasen jeugdige en ondersteuning kunnen bieden (Bv. FACT teams).</li> </ul>
<b>5. GGZ Oost Brabant</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kind niet met het badwater weggooien: dat wat goed loopt niet weggooien. Bv. CJG als netwerkorganisaties in Uden/Veghel. Vragen komen sneller op de goede plek terecht.</li> <li>- Maak keuzes, maar denk niet dat er 1 werkende manier is voor het hele veld.</li> <li>- Verwacht dat wij het in samenwerking met elkaar doen. Daar mag je ons op aanspreken.</li> <li>- Stuur op (gezamenlijke) outcome!</li> </ul>
<b>6. Amarant</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Samen met ons dichter bij organiseren (logeren en naschoolse opvang). Nadruk op sociaal netwerk; minder vervoer.</li> <li>- Gerichte sociale kaart opstellen. Wat valt waar te halen. Inventariseer krachten van verschillende aanbieders, wie is waar goed in.</li> <li>- Let op effectiviteit op de lange termijn. Gebruik hiervoor een meetinstrument. Er is ook al heel veel over bekend.</li> <li>- Werk altijd systeemgericht bij kinderen. Wees dus niet alleen gericht op het kind zelf. Maar hanteren we dezelfde definities voor systeemgericht werken?</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eenheid van taal</li> <li>- Reken niet in individuele kindgetallen, maar gezinsgetallen.</li> <li>- Verbindingen met andere decentralisaties, Passend Onderwijs, Begeleiding, Werk en Inkomen. Gemeenten moeten aanbieders daarop aanspreken.</li> <li>- Diagnostiek tijdig inzetten. Goede kennis bij generalist over wanneer, wat past.</li> </ul>
<b>7. Herlaarhof</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Transmurale zorgprogrammering. Waar is iedereen goed in en wie moet wat doen. Maar gezin moet wel zoveel mogelijk ondersteuning krijgen van 1 hulpverlener. Wanneer behandelen en wanneer begeleiden?</li> <li>- Gebruik de ROM. Dit zijn enkele schalen waar je het resultaat van de behandeling mee kun meten: effect en kwaliteit van leven en van de behandeling. Wordt gebruikt binnen de gehele ggz.</li> <li>- Niet alles in de wijk of thuis willen aanbieden. Sommige cliënten moeten ergens voor kiezen en gemotiveerd zijn om gebruik te maken van zorg.</li> <li>- Gebruik internet als 'wijk'.</li> <li>- Kijk je niet blind op preventie. Het hangt er vanaf hoe je preventie vormgeeft. Problematiseer niet meteen. Daarbij rekening houdend met de financiering, voor de zwaardere zorg is de financiering al krap.</li> </ul>
<b>8. Maashorst (J&amp;O)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Krijg het hele systeem van de organisaties zorg voor jeugd in beeld. Let daarbij op de functies van BJZ: bescherming en behoudt de expertise van BJZ, wat betreft de bescherming. En realiseer je hoe en waarom verschillende financieringsstromen en het stelsel nu zo in elkaar zit. En denk niet te snel dat het nu is helemaal verkeerd is.</li> <li>- Kom in gesprek met de zorgaanbieders.</li> </ul>
<b>9. Novadic-Kentron</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Investeer in preventie. Van verslavingszorg weten we dat het werkt.</li> <li>- Schaal tijdig op.</li> <li>- Samenwerken is belangrijk. Bv. Verslavingszorg als consultatie beschikbaar voor instellingen kan veel gebruikt kan worden. Maak gebruik van elkaars expertise.</li> </ul>
<b>10. Oosterpoort</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Doe geen aanbodgericht onderzoek op deze wijze. Doe een grondige analyse naar de zorgbehoefte. Welke vragen worden gesteld door jeugdigen en gezinnen? Waar moeten we op aansluiten? Doe dit op maat en lokaal.</li> <li>- Onderzoek trajectbenaderingen (combinatie van verschillende zorgvormen/trajecten).</li> <li>- Werk met toekomstplannen ipv hulpverleningsplannen. En verbindt daaraan de gewenste inzet.</li> <li>- Zorg voor voorwaarden voor samenwerking tussen de verschillende sectoren. Denken vanuit de doelgroep ipv aanbod. Bv. Kind veiligheid.</li> </ul>