

Discrepantie tussen jeugdhulpgebruik en hulpbehoefte

ONDERZOEK IN ROTTERDAMSE WIJKEN

Wilma Jansen, Cathelijne L. Mieloo, Justine Anschutz en Onno de Zwart

- DOEL** Bepalen van de samenhang tussen hulpbehoefte en hulpgebruik in de jeugdhulpketen op wijkniveau en de samenhang met populatiekenmerken, met het oog op de decentralisatie van de jeugdzorg.
- OPZET** Beschrijvend, retrospectief onderzoek.
- METHODE** Wij verzamelden gegevens over jeugdhulpgebruik, indicatoren van hulpbehoefte en populatiekenmerken uit monitoring en registraties van de gemeente, instellingen en zorgverzekeraars. Gegevens werden gegroepeerd op wijkniveau (49 wijken). Voor de analyses pasten we univariate en multivariate regressie toe. Aan de hand hiervan onderscheidde we wijken met hoge en lage discrepantie tussen jeugdhulpgebruik en hulpbehoefte. Verschillen tussen deze wijken werden geanalyseerd met t-toetsen.
- RESULTATEN** In een multivariaat model bleken het percentage jeugdigen met emotionele problemen en gedragsproblemen en het percentage ouders met zelfgerapporteerde hulpbehoefte geen voorspellers te zijn voor jeugdhulpgebruik op wijkniveau. Ongeveer twee derde van de variantie in jeugdhulpgebruik tussen wijken kon worden verklaard door populatiekenmerken van een wijk, namelijk het percentage niet-westerse allochtone jeugdigen, het percentage jeugdigen met een laag opleidingsniveau of speciaal onderwijs en het percentage uitkeringsontvangers. Voor jeugd-ggz was bovendien het aandeel 12-18 jarigen in een wijk een voorspeller en voor ambulante jeugd- en opvoedhulp het percentage jeugdigen in een eenoudergezin. Wijken met een grotere discrepantie tussen jeugdhulpgebruik en hulpbehoefte hadden meer achterstandskenmerken dan wijken met een lagere discrepantie.
- CONCLUSIE** Het percentage jeugdhulpgebruik in een wijk wordt beter voorspeld door de populatiekenmerken dan door wat er bekend is over hulpbehoefte in een wijk uit gemeentelijke monitoren. De mogelijke discrepantie tussen hulpbehoefte en jeugdhulpgebruik op individueel niveau in wijken met veel achterstandskenmerken is een belangrijk aandachtspunt voor toekomstige wijkteams.

Gemeenten zijn per 1 januari 2015 verantwoordelijk geworden voor alle jeugdhulp, waaronder de jeugd-ggz. Rotterdam kiest voor een gebiedsgerichte benadering van de jeugdhulp.¹ Ouders, kinderen en jongeren kunnen vanaf 2015 bij het wijkteam terecht met hun hulpvragen. Wanneer de wijkteams de hulpvragen niet zelf kunnen afhandelen, dragen ze de casus over aan meer gespecialiseerde hulpverleners.² Doordat wijkteams eerder en integraal op problemen kunnen inspelen, is de verwachting dat het beroep op de specialistische hulp vermindert. Zo hoopt de gemeente een deel van de bezuinigingen te realiseren die de overheid bij de decentralisatie van de jeugdzorg aan gemeenten heeft opgelegd.

Voor de inrichting en bekostiging van het jeugdstelsel is het voor de gemeente en voor de wijkteams belangrijk om inzicht te hebben in zowel de omvang van de jeugdhulp als de feitelijke hulpbehoefte.³ Een belangrijke vraag daarbij is in hoeverre het feitelijk gebruik van de jeugdhulp aansluit bij de hulpbehoefte in een wijk. Inzicht hierin is belangrijk, omdat vroegtijdig ingrijpen mogelijk latere, zwaardere en dus duurder zorg kan voorkomen. Een discrepantie tussen jeugdhulpgebruik en hulpbe-

Gemeente Rotterdam, Rotterdam.

Cluster Maatschappelijke ontwikkeling:

dr.ir. W. Jansen, senior-onderzoeker (tevens Erasmus MC,

afd. Maatschappelijke Gezondheidszorg);

dr. O. de Zwart, MPH.

Service Organisatie, afd. Onderzoek en Business Intelligence:

ir. C.L. Mierloo, epidemioloog (tevens Erasmus MC,

afd. Maatschappelijke Gezondheidszorg);

drs. J. Anschutz, sociaal wetenschapper.

Contactpersoon: dr.ir. W. Jansen (w.jansen@rotterdam.nl).

hoeft kan duiden op eventuele onder- of overconsumptie van zorg. Het jeugdhulpgebruik nam de afgelopen 10 jaar landelijk toe, met bijna 5% per jaar.⁴ De stijgende kosten in de jeugdhulpketen dwingen de overheid om kritisch te kijken naar het jeugdhulpgebruik.

Dat de relatie tussen hulpbehoefte en jeugdhulpgebruik gecompliceerd is, blijkt uit diverse literatuurstudies.⁵⁻⁷ Naast factoren als type en ernst van de problematiek en ouderlijke perceptie van de problemen, blijken ook socio-demografische kenmerken bepalend voor toegang tot de zorg. De Gezondheidsraad concludeert op basis van literatuuronderzoek dat kinderen van bepaalde etnische minderheden ondervertegenwoordigd zijn in de geestelijke gezondheidszorg.⁷ Uit Nederlandse cohortstudies blijken met name gescheiden ouders en schoolproblemen voorspellers te zijn van zorggebruik.^{8,9}

In dit artikel beschrijven wij een studie naar de relatie tussen jeugdhulpgebruik, hulpbehoefte en populatiekenmerken op wijkniveau. De verwachting is dat zowel hulpbehoefte als populatiekenmerken van invloed zijn op het jeugdhulpgebruik in een wijk.

METHODE

OPZET

Wij verzamelden gegevens over jeugdhulpgebruik, indicatoren van hulpbehoefte en populatiekenmerken uit beschikbare gemeentelijke onderzoeken en registraties van het CBS per wijk voor nadere analyse. Soms was het nodig om gegevens van de verschillende wijken uit de CBS-registratie te combineren, omdat op basis van de 4-cijferige postcodes geen verder onderscheid naar CBS-wijkniveau mogelijk was of omdat de steekproefgrootte geen verdere verfijning toeliet. Uiteindelijk waren er over 49 wijken gegevens beschikbaar.

GEGEVENS

Jeugdhulpgebruik Van jeugdhulpgebruik analyseerden we de 2 meest voorkomende vormen: jeugd-ggz, voor hulp aan jeugd met ernstige gedragsproblemen of psychische aandoeningen, en ambulante jeugd- en opvoedhulp, voor hulp aan jeugd en gezinnen met ernstige opvoed- en opgroeioproblemen. Gegevens over tweedelijns ggz-cliënten waren afkomstig van zorgverzekeraars (via Vektis), over het jaar 2010. Gegevens over cliënten die ambulante jeugd- en opvoedhulp ontvingen zijn afkomstig van alle aanbieders van stadsregionale jeugd- en opvoedhulp over 2010 en 2011. We middelden de gegevens over deze 2 jaren.^{10,11}

Hulpbehoefte Gegevens over hulpbehoefte waren afkomstig van de monitor 'Jeugd Rijnmond in beeld 2011'.¹² Deze gegevens waren ten behoeve van de monitor verzameld via een anonieme postenquête bij een steek-

proef van 5287 ouders van 4-12-jarigen (respons: 40%). Deze gegevens werden gewogen voor etniciteit en geslacht en geaggregeerd op wijkniveau. We gebruikten gegevens over emotionele problemen en gedragsproblemen die waren gemeten met de gevalideerde 'Strengths and Difficulties Questionnaire' (SDQ).¹³⁻¹⁵ Het gebruikte afkappunt, een SDQ-score > 10, is in overeenstemming met de landelijke handleiding, die boven dit afkappunt onderscheid maakt tussen matig verhoogde en verhoogde scores.¹⁶ Verder gebruikten we het percentage ouders dat het antwoord 'soms tot bijna altijd' had gegeven op de vraag: 'Heeft u het afgelopen jaar zorgen gehad over de opvoeding, het gedrag of de ontwikkeling van uw kind, zodanig dat u behoefte had aan deskundige hulp of advies?' (zelfgerapporteerde hulpbehoefte).

Ook gebruikten we gewogen en op wijkniveau geaggregeerde gegevens uit de jeugdmonitor 2008-2009, waarvoor 6393 Rotterdamse jongeren van 12-16 jaar uit klas 1 en 3 van het voortgezet onderwijs een vragenlijst hadden ingevuld (respons scholen: 77%).¹⁷ Het betrof gegevens over emotionele problemen en gedragsproblemen, gemeten met de zelfrapportageversie van de SDQ. Bovendien was informatie beschikbaar over het aantal jongeren met een SDQ-score boven de Rotterdamse 90e percentiel uit 2004 (SDQ-score > 17).

Populatiekenmerken Uit de bevolkings- en leerlinggegevens van de gemeente haalden we de volgende populatiekenmerken: (a) percentages 0-4-jarigen, 12-18-jarigen, jongens, niet-westerse allochtone jeugdigen en jeugdigen uit een eenoudergezin, uitgedrukt als percentage van de totale populatie 0-18 jarigen in een wijk; (b) het percentage 4-18-jarigen met een laag opleidingsniveau of die speciaal onderwijs volgden, uitgedrukt als percentage van de totale populatie 4-18-jarigen in een wijk; en (c) het percentage uitkeringsontvangers. Onder 'laag opleidingsniveau en speciaal onderwijs' werd verstaan: speciaal basis- en voortgezet onderwijs, clusteronderwijs, praktijkonderwijs, kader- en beroepsgerichte leerweg op het VMBO, leerwegondersteunend onderwijs, MBO niveau 1 en 2, of voortijdige schoolverlaters.

ANALYSE

Om te beginnen brachten we de verdeling van de variabelen in kaart. Met univariate en multivariate regressieanalyse (stapsgewijze methode) bepaalden we hoe jeugdhulpgebruik samenhangt met hulpbehoefte en populatiekenmerken op wijkniveau. De wijken werden verdeeld in 2 groepen: wijken met hoge discrepantie en wijken met lage discrepantie tussen jeugdhulpgebruik en hulpbehoefte. De grens tussen deze 2 groepen was de mediaan van het gewogen percentage jeugdigen met een hoge SDQ-score minus de som van het hulpgebruik. Met een t-toets bepaalden we vervolgens of er tussen deze

TABEL 1 Jeugdhulpgebruik, hulpbehoefte en populatiekenmerken in Rotterdamse wijken

kenmerk	aantal wijken	gemiddelde*	SD	uitersten
aantal jeugdigen van 0-18 jaar; n	49	2527	1757	704-10.520
gebruikers jeugd-ggz	49	5,2	1,4	2,4-8,2
gebruikers jeugd- en opvoedhulp	49	2,5	1,0	0,2-4,6
4-12-jarigen met een hoge SDQ-score	49	22,9	7,1	7,8-39,6
ouders van 4-12-jarigen met hulpbehoefte	49	23,4	5,7	0,2-35,6
12-16-jarigen met een hoge SDQ-score	47	8,2	3,0	2,0-19,0
0-4-jarigen	49	26,1	5,4	15,5-45,9
12-18-jarigen	49	31,1	4,3	20,0-42,2
jongens (0-18 jaar)	49	51,3	1,16	48,4-53,7
niet-westerse allochtonen (0-18 jaar)	49	51,0	23,6	7,7-83,8
laag of speciaal opleidingsniveau (4-18 jaar)	48	16,6	5,4	3,5-22,7
jeugdigen in eenoudergezin (0-18 jaar)	48	29,0	9,8	7,5-52,3
uitkeringsontvangers	49	6,1	3,4	0,5-12,3

* Percentage per wijk, tenzij anders aangegeven.

2 groepen wijken verschillen waren in populatiekenmerken. Alle analyses werden gecorrigeerd voor de relatieve grootte van de populatie 0-18-jarigen in een wijk, zodat wijken met meer 0-18-jarigen zwaarder wogen dan kleinere wijken. De power van een multivariate regressie bij $n = 49$ en een α van 0,05 is groter dan 0,80 als in het multivariate regressiemodel niet meer dan 6 predictoren worden ingevoerd.¹⁸ Colineariteit was in geen van de modellen aanwezig. Voor de analyse werd SPSS 19.0.0.2 gebruikt.

RESULTATEN

Het gemiddelde gebruik van jeugd-ggz en ambulante jeugd- en opvoedhulp in de totale Rotterdamse populatie was respectievelijk 5,3% en 2,6%. Een hoge SDQ-score kwam voor bij 23% van de 4-12-jarigen (matig verhoogde en verhoogde score) en bij 8% van de 12-16-jarigen (verhoogde score). Van de ouders gaf 24% aan 'soms tot bijna altijd' behoefte te hebben gehad aan professionele hulp. Tabel 1 toont de verdeling van het gemiddelde jeugdhulpgebruik, de hulpbehoefte en populatiekenmerken op wijkniveau.

UNIVARIATE EN MULTIVARIATE ANALYSES

Uit de univariate analyses bleek dat het percentage jeugdigen in een wijk met een hoge SDQ-score niet samenhang met het gebruik van jeugd-ggz, maar wel met het gebruik van jeugd- en opvoedhulp. Het percentage ouders met zelfgerapporteerde hulpbehoefte hing met geen van beide vormen van jeugdhulpgebruik in een wijk

samen. 4 van de 7 populatiekenmerken bleken samen te hangen met het gebruik van een van beide vormen van jeugdhulp. Hierbij viel op dat hoe hoger het percentage niet-westerse allochtonen in een wijk was, des te lager het percentage jeugdigen dat gebruik maakte van jeugd-ggz; tussen deze 2 kenmerken was dus een negatief verband (tabel 2).

Uit de multivariate analyses bleek dat ongeveer twee derde (68%) van het jeugdhulpgebruik in een wijk kon worden verklaard door populatiekenmerken van de wijk. Het percentage jeugdigen met een hoge SDQ-score of het percentage ouders met zelfgerapporteerde hulpbehoefte droegen hier niet aan bij (zie tabel 2).

WIJKEN MET LAGE EN HOGE DISCREPANTIE

Wijken met een hoge discrepantie tussen jeugdhulpgebruik en hulpbehoefte hadden in vergelijking met wijken met een lage discrepantie een significant hoger percentage niet-westerse allochtone jeugdigen ($t = 5,4$; $df = 47$; $p < 0,005$), een hoger percentage jeugdigen met een laag opleidingsniveau of speciaal onderwijs ($t = -3,8$; $df = 47$; $p = 0,01$), een hoger percentage jeugdigen uit eenoudergezinnen ($t = -3,1$; $df = 47$; $p = 0,03$) en een hoger percentage uitkeringsgerechtigden ($t = 2,1$; $df = 47$; $p = 0,04$). In de figuur illustreren we dit door de percentages van jeugdhulpgebruik en de percentages van jeugdigen met hoge SDQ-score per wijk uit te zetten tegen het percentage niet-westerse allochtone jeugdigen in een wijk. In wijken met veel niet-westerse allochtone jeugdigen was de verhouding tussen het percentage kinderen met een hoge SDQ-score en jeugdhulpgebruik schever. In die wijken

TABEL 2 Samenhang op wijkniveau tussen hulpbehoefte en populatiekenmerken enerzijds en gebruik van jeugd-ggz en jeugd- en opvoedhulp anderzijds, gewogen naar wijk grootte

hulpbehoefte en populatiekenmerken	aantal wijken	percentage jeugdhulpgebruik	
		jeugd-ggz β (SE)	jeugd- en opvoedhulp β (SE)
univariaat model			
percentage 4-12-jarigen met een hoge SDQ-score*	49	-0,06 (0,03)	0,06 (0,02)†
percentage ouders met zelfgerapporteerde hulpbehoefte	49	0,01 (0,4)	-0,02 (0,02)
percentage 12-16-jarigen met een hoge SDQ-score*	47	0,04 (0,09)	0,11 (0,05)†
percentage 0-4-jarigen	49	-0,08 (0,05)	0,01 (0,03)
percentage 12-18-jarigen	49	0,10 (0,05)	0,04 (0,03)
percentage jongens	49	0,08 (0,22)	-0,03 (0,13)
percentage niet-westerse allochtonen	49	-0,04 (0,01)†	0,02 (0,01)†
percentage laag of speciaal opleidingsniveau	48	-0,04 (0,05)	0,14 (0,02)†
percentage jeugdigen in een eenoudergezin	48	-0,03 (0,03)	0,08 (0,01)†
percentage uitkeringsontvangers	49	-0,14 (0,07)	0,17 (0,04)†
multivariaat model (stapsgewijze methode)			
percentage 4-12-jarigen met een hoge SDQ-score*			
percentage ouders met zelfgerapporteerde hulpbehoefte			
percentage 12-16-jarigen met een hoge SDQ-score*			
percentage 0-4-jarigen			
percentage 12-18-jarigen		0,08 (0,04)†	
percentage jongens			
percentage niet-westerse allochtonen		-0,09 (0,01)†	-0,03 (0,01)†
percentage laag of speciaal opleidingsniveau		0,18 (0,05)†	0,12 (0,03)†
percentage jeugdigen in een eenoudergezin			0,04 (0,02)†
percentage uitkeringsontvangers		0,18 (0,07)†	0,12 (0,04)†
verklaarde variantie (R ²)		68%	68%

β = helling (richtingscoëfficiënt) van de regressielijn; SE = standaardfout.

* Een hoge SDQ-score wil zeggen: veel emotionele en gedragsproblemen.

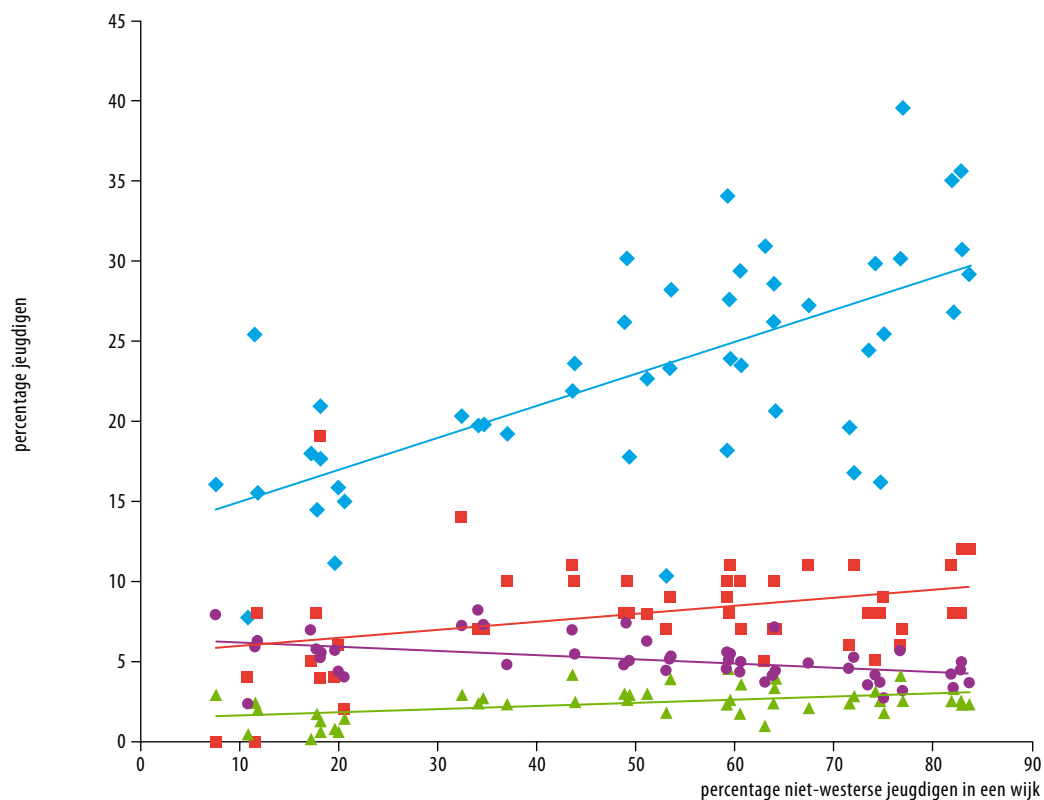
† Bij een statistisch significant verband ($p < 0,05$) zijn de waarden rood gedrukt. Een voorbeeld: hoe hoger het percentage uitkeringsontvangers in een wijk, des te hoger het percentage jeugdigen dat gebruik maakt van jeugdhulp.

was er relatief meer hulpbehoefte dan dat er gebruik wordt gemaakt van jeugdhulp.

BESCHOUWING

In deze studie keken we op wijkniveau naar de samenhang tussen het gebruik van de 2 meest voorkomende vormen van jeugdhulp – jeugd-ggz en ambulante jeugd- en opvoedhulp – en de behoefte aan hulp bij kinderen en jongeren – afgemeten aan hoge SDQ-scores – en ouders. De belangrijkste uitkomst van de multivariate analyse was dat hulpbehoefte géén voorspeller is voor jeugdhulpgebruik op wijkniveau.

Ongeveer twee derde van de variantie in jeugdhulpgebruik tussen wijken kan worden verklaard door bepaalde populatiekenmerken van een wijk, namelijk: het percentage niet-westerse allochtone jeugdigen – hoe hoger dit percentage, des te lager het jeugdhulpgebruik –, het percentage jeugdigen met een laag opleidingsniveau of speciaal onderwijs, en het percentage uitkeringsontvangers in een wijk. Voor de jeugd-ggz was het aandeel 12-18-jarigen in een wijk eveneens een voorspellende factor, en voor de ambulante jeugd- en opvoedhulp het percentage jeugdigen in een eenoudergezin. Wijken met een grotere discrepantie tussen jeugdhulpgebruik en hulpbehoefte hadden meer achterstandskenmerken dan wijken met



FIGUUR Verband tussen het percentage niet-westerse allochtone jeugdigen in een wijk en het percentage jeugdigen dat jeugdhulp gebruikt of behoefte heeft aan jeugdhulp. Weergegeven op de y-as is het percentage 0-18-jarigen dat gebruik maakt van jeugd- en opvoedhulp (▲) of jeugd-ggz (●), het percentage 4-12-jarigen met een hoge SDQ-score (◆) en het percentage 12-16-jarigen met een hoge SDQ-score (■) (SDQ = Strengths and Difficulties Questionnaire).

een lagere discrepantie.

VERGELIJKING MET UITKOMSTEN OP LANDELIJK NIVEAU

Het gebruik van jeugd-ggz in Rotterdam lijkt procentueel wat lager te liggen dan wat landelijk gevonden wordt en het gebruik van jeugd- en opvoedhulp wat hoger (respectievelijk 5,3 vs. 7,6% en 2,6 vs. 2,1%).¹⁹ Het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) rapporteert dat 16,5% van de 3-18-jarigen een verhoogde SDQ-score heeft.²⁰ Dit is lastig te vergelijken met de 23% voor 4-12-jarigen en de 8% voor 12-16-jarigen die wij in onze studie vonden, omdat er voor deze laatste leeftijdsgroep geen landelijke standaard is en onze afkappunten voor 12-18-jarigen niet overeenkomen met die van het SCP voor deze leeftijdsgroep.

Dat wij een discrepantie vonden tussen enerzijds het jeugdhulpgebruik en anderzijds de hulpbehoefte in een wijk is deels te verklaren, maar het gebrek aan samenhang tussen de hulpbehoefte en de hulpvraag is opvallend en nog niet eerder aangetoond. Een verklaring voor deze discrepantie is dat de SDQ weliswaar een gevali-

deerde vragenlijst is die goed samenhangt met klinische diagnoses,²¹ maar dat niet ieder kind dat boven een bepaald afkappunt scoort – zeker niet bij ‘matig verhoogde’ scores – ook behoefte heeft aan geïndiceerde jeugdhulp. Het is goed mogelijk dat een deel van deze groep jongeren voldoende heeft aan andere, lichtere vormen van hulp, of dat problemen en zorgen in eigen kring kunnen worden opgelost of vanzelf verdwijnen.

VERKLARING VAN DE RESULTATEN

Dat er geen samenhang is tussen het jeugdhulpgebruik en de hulpbehoefte in een wijk is mogelijk deels te verklaren doordat de SDQ niet alle problemen meet waarvoor kinderen in de jeugdhulp terecht komen. Bovendien komen de problemen die niet door de SDQ worden gemeten, mogelijk niet in alle wijken even vaak voor. De sensitiviteit van de SDQ is ongeveer 63% voor de meeste psychiatrische diagnoses, maar daalt onder de 50% voor bijvoorbeeld eetstoornissen, verslavingsproblematiek en specifieke stoornissen.²² Ook schiet de SDQ waarschijnlijk tekort in situaties van opvoedingsincompetentie of

LEERPUNTEN

- Gemeenten worden per 1 januari 2015 verantwoordelijk voor de gehele jeugdketen, zij kiezen over het algemeen voor inrichting van die zorg door het inzetten van wijkteams.
- Inzicht in de samenhang van het jeugdhulpgebruik en de hulpbehoefte op wijkniveau ontbreekt.
- Jeugdhulpgebruik op wijkniveau wordt beter voorspeld door populatiekenmerken in een wijk dan door wat er uit gemeentelijke monitoren bekend is over de hulpbehoefte.
- Wijken met een hogere discrepantie tussen het percentage jeugd met hulpbehoefte en het percentage jeugd met hulpgebruik kenmerken zich door veel achterstandskenmerken.

problematische gezinssituaties. Ongeveer de helft van de kinderen met een indicatie voor jeugdhulp had een niet-afwijkende SDQ-score of een matig verhoogde SDQ-score bij aanvang van de hulpverlening, zo bleek uit onderzoek door de academische werkplaats 'C4Youth'.²³ Een groot deel van de verklaring is waarschijnlijk dat bij bepaalde subpopulaties de discrepantie tussen hulpbehoefte en jeugdhulpgebruik groter is dan bij andere. Discrepantie zagen we met name bij niet-westerse allochtone jeugdigen, maar mogelijk ook bij eenoudergezinnen, jeugdigen met een laag opleidingsniveau of speciaal onderwijs en jeugdigen uit gezinnen met een uitkering. De Gezondheidsraad concludeerde op basis van literatuuronderzoek dat bepaalde migrantengroepen minder gebruik maken van jeugd-ggz, terwijl de prevalentie van psychische problematiek in migrantengroepen hoger is.⁷ De verklaring wordt gezocht in verminderde probleemherkenning en een voorkeur voor informele vormen van zorg.²⁴ Deze verklaring werd bevestigd in een studie bij jonge Rotterdamse kinderen.^{25,26}

Behalve probleemherkenning zijn er nog veel andere factoren die bepalen of een kind – al dan niet van allochtone afkomst – uiteindelijk hulp ontvangt. Voorbeelden hiervan zijn bekendheid van hulpverleners met het gezin, communicatie tussen hulpverleners en het gezin, herkenning van het probleem door een professional, verwijzing naar hulpverlening en toelating tot behandeling, maar ook motivatie bij ouders, bekendheid met en vertrouwen in hulpverlening, eerdere – mogelijk negatieve – ervaringen met hulpverlening en geloof in effectiviteit van hulpverlening bij ouders en professionals.^{6,26} Dat migrantengroepen en kinderen uit eenoudergezinnen oververtegenwoordigd zijn binnen de gedwongen jeugdhulp (jeugdbescherming en jeugdreclassering) kan er op duiden dat deze jongeren en gezinnen te laat in contact komen met hulpverlening.¹⁰

BEPERKINGEN VAN DIT ONDERZOEK

Bij de interpretatie van onze bevindingen moet rekening worden gehouden met een aantal beperkingen. De hulpbehoefte bij 4-12-jarigen is gebaseerd op een steekproef onder ouders. Hoewel alle percentages gewogen werden voor populatiekenmerken in een wijk, om te corrigeren voor eventuele selectieve non-respons, kan eventuele bias niet uitgesloten worden. Hetzelfde geldt voor de hulpbehoefte bij 12-16-jarigen; deze werd niet op alle scholen in het voortgezet onderwijs gemeten. We zijn er vanuit gegaan dat eventuele andere vormen van selectiebias niet per wijk verschilden en dus geen invloed hadden op de resultaten.

Het afkappunt van de SDQ-score bij de SDQ voor ouders van 4-12-jarigen is verder niet helemaal vergelijkbaar met het afkappunt bij SDQ voor 12-16-jarigen. De belangrijkste beperking van onze studie is het geringe aantal wijken, waardoor de parameter schattingen in het multivariate model minder precies zijn en het onmogelijk is om eventuele zwakkere verbanden aan te tonen. Ten slotte is het van belang te benadrukken dat alleen verbanden op wijkniveau zijn onderzocht en onbekend blijft of kinderen die jeugdhulp nodig hebben ook degenen in de wijk zijn die de jeugdhulp ontvangen.

BETEKENIS VOOR DE PRAKTIJK

Voor de wijkteams die in Rotterdam aan de slag gaan, betekenen deze resultaten dat zij te maken krijgen met grote verschillen tussen wijken in jeugdhulpgebruik en hulpbehoefte en met de discrepantie daartussen. Wanneer de wijkteams erin slagen de hulp vroegtijdig en laagdrempeliger te organiseren, zullen zij in bepaalde wijken waarschijnlijk te maken krijgen met veel tot nog toe latente hulpvragen. Het vergroten van de toegankelijkheid van zorg in combinatie met het realiseren van de bezuinigingsopgave wordt voor de wijkteams en de gemeente een belangrijke opgave.

CONCLUSIE

In dit onderzoek vonden we een relatie tussen jeugdhulpgebruik in een wijk en de volgende populatiekenmerken van de wijk: de percentages niet-westerse allochtonen, laag opgeleide jeugdigen, jeugdigen uit eenoudergezinnen en 12-18-jarigen. Deze populatiekenmerken van een wijk zijn sterkere voorspellers van het jeugdhulpgebruik in een wijk dan de hulpbehoefte zoals die in gemeentelijke monitoren wordt gemeten met de SDQ of met zelfgerapporteerde hulpbehoefte bij ouders.

De mogelijke discrepantie tussen hulpbehoefte en jeugdhulpgebruik op individueel niveau in wijken met veel achterstandskenmerken is een belangrijk aandachtspunt voor wijkteams.

Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.

 **KIJK OOK OP WWW.NTVG.NL/A7664**

LITERATUUR

- 1 Gemeente Rotterdam. Voor de jeugd: Het Nieuw Rotterdams Jeugdstelsel. Rotterdam: Gemeente Rotterdam, cluster Maatschappelijke Ontwikkeling; 2013.
- 2 De Visser M, Smid J. Wijkteams met budgetverantwoordelijkheid. *Zorgmarkt*. 2014;(1):241-44.
- 3 Van Yperen T. Met kennis oogsten; Monitoring en doorontwikkeling van integrale zorg voor jeugd. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut; 2013.
- 4 Sadiraj K, Ras M, Putman L, Jonker J. Groeit de jeugdzorg door? Het beroep op de voorzieningen: realisatie 2011-2011 en raming 2011-2017. Den Haag: SCP; 2013.
- 5 Sayal K. Annotation: Pathways to care for children with mental health problems. *J Child Psychol Psychiatry*. 2006;47:649-59.
- 6 Zwaanswijk M, Verhaak PF, Bensing JM, van der Ende J, Verhulst FC. Help seeking for emotional and behavioural problems in children and adolescents: a review of recent literature. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2003;12:153-61.
- 7 Gezondheidsraad. Psychische gezondheid en zorggebruik van migranten jeugd. Publicatienr. 2012/14. Den Haag: Gezondheidsraad; 2012.
- 8 Reijneveld SA, Wiegersma PA, Ormel J, Verhulst FC, Vollebergh WA, Jansen DE. Adolescents' use of care for behavioral and emotional problems: types, trends, and determinants. *PLoS ONE*. 2014;9:e93526.
- 9 Tick NT, van der Ende J, Verhulst FC. Ten-year increase in service use in the Dutch population. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2008;17:373-80.
- 10 Anschutz J, van den Berg-de Ruitter R, De Jong P, Mieloo C, Rietveld L, Vogel I. Startfoto Rotterdam, Zorggebruik en zorgkosten van de jeugd in 2010 en 2011. Rotterdam: GGD Rotterdam Rijnmond; 2013.
- 11 Anschutz J, Den Dikken J, Van den Einde-Bus A, Mieloo C, Rietveld L, Vogel I. Vraagontwikkelingsonderzoek Rotterdam-Rijnmond; Verdiepend onderzoek naar jeugd GGZ, AWBZ-gefinancierde zorg, forensische psychiatrie en AMK. Rotterdam: Gemeente Rotterdam, afdeling Onderzoek en Business Intelligence; 2013.
- 12 Van den Einde-Bus A, van den Berg-de Ruitter R, van Veelen-Dieleman N, van de Looij-Jansen P. Jeugd Rijnmond in Beeld 2011, 4-12 jarigen, gemeenterapport Rotterdam. Rotterdam: GGD Rotterdam-Rijnmond; 2012.
- 13 Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry*. 1997;38:581-6.
- 14 Mieloo CL, Bevaart F, Donker MC, van Oort FV, Raat H, Jansen W. Validation of the SDQ in a multi-ethnic population of young children. *Eur J Public Health*. 2014;24:26-32.
- 15 Mieloo C, Raat H, van Oort F, et al. Validity and reliability of the strengths and difficulties questionnaire in 5-6 year olds: differences by gender or by parental education? *PLoS ONE*. 2012;7:e36805.
- 16 Nederland GGD. Handleiding voor het gebruik van de SDQ binnen de jeugdgezondheidszorg. Utrecht: GGD Nederland; 2006.
- 17 Van Veelen-Dieleman N, van de Looij-Jansen P. Scholierenrapportage Communities that Care 2009, gemeente Rotterdam. Rotterdam: GGD Rotterdam-Rijnmond; 2011.
- 18 Cohen J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Second edition ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum associates Publishers; 1988.
- 19 Van Yperen T, Van Woudenberg A. Werk in uitvoering. Bouwen aan het nieuwe jeugdstelsel. Utrecht: Nederlands Jeugd Instituut; 2011.
- 20 Bot S, de Roos S, Sadiraj K, Keuzekamp S, van den Broek A, Kleijnen E. Terecht in de jeugdzorg? Voorspellers van kind- en opvoedproblematiek en jeugdzorggebruik. Den Haag: SCP; 2013.
- 21 Goodman A, Goodman R. Strengths and difficulties questionnaire as a dimensional measure of child mental health. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009;48:400-3.
- 22 Goodman R, Ford T, Simmons H, Gatward R, Meltzer H. Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *Int Rev Psychiatry*. 2003;15:166-72.
- 23 Van Eijk L, Verhage V, Noordik E, Reijneveld M, Knorth E. Take Care! Provincie Groningen. Een onderzoek naar kenmerken van jeugdigen en hun ouders in relatie tot de geboden zorg. Groningen: C4Youth; 2013.
- 24 Zwaanswijk M, Van der Ende J, Verhaak PF, Bensing JM, Verhulst FC. Factors associated with adolescent mental health service need and utilization. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003;42:692-700.
- 25 Bevaart F, Mieloo CL, Jansen W, et al. Ethnic differences in problem perception and perceived need for care for young children with problem behaviour. *J Child Psychol Psychiatry*. 2012;53:1063-71.
- 26 Verlinden M, Tiemeier H, Veenstra R, et al. Television viewing through ages 2-5 years and bullying involvement in early elementary school. *BMC Public Health*. 2014;14:157.