

AUTEURS  
ROB GILSING  
TREES PELS  
HANS BELLAART  
BAS TIEROLF

Kennisplatform  
Integratie &  
Samenleving



21 SEPTEMBER 2015

31 AUGUSTUS 2015

KENNISPLATFORM INTEGRATIE EN SAMENLEVING ANALYSEERT CBS-CIJFERS 2011-2013

# Grote verschillen in gebruik jeugdzorg naar herkomst



# Inhoud

Samenvatting	1
HOE KUNNEN DE VERSCHILLEN WORDEN VERKLAARD?	2
Vooraf	4
VORMEN VAN GEÏNDICEERDE JEUGDZORG (TOT 2015)	4
Analyse gegevens	6
TOTAALBEELD JEUGDZORG	6
HERKOMST JONGEREN TOTALE JEUGDZORG	6
PROVINCIALE JEUGDZORG (INCLUSIEF JEUGDBESCHERMING EN –RECLASSERING)	7
JEUGD-LVB	10
JEUGD-GGZ	10
Verklaringen	11
VERKLARINGEN VOOR VERSCHILLEN IN HET GEBRUIK VAN JEUGDZORG	11

# Samenvatting

Het gebruik van de 'oude' jeugdzorg (voor invoering van de Jeugdwet in 2015) hangt samen met de herkomst van jeugdigen. In tabel 1 is weergegeven het gebruik van verschillende vormen van jeugdzorg binnen verschillende herkomstgroepen in 2013 (voor de jeugd-ggz en totaal: 2012) vergeleken met het gemiddelde gebruik (onder alle jeugdigen).

Het relatieve gebruik van de jeugdzorg is met afstand het hoogst onder Antilliaanse jeugdigen. Bijna 18% van de Antilliaanse jeugdigen gebruikt een van de vormen van jeugdzorg. Dit beeld is constant over de jaren. Antilliaanse jeugdigen zijn in alle onderscheiden vormen van jeugdzorg sterk oververtegenwoordigd. Alleen van de eerstelijns jeugd-ggz maken jeugdigen van Antilliaanse herkomst relatief wat minder gebruik. De oververtegenwoordiging is beperkt bij de in het algemeen veel gebruikte tweedelijns jeugd-ggz en bij de jeugd-lvb zonder verblijf.

Ook jeugdigen van Surinaamse herkomst hebben een hoger gebruik dan gemiddeld. Bijna 14% van de Surinaamse jeugdigen gebruikt minimaal een van de vormen van jeugdzorg, tegen 11% van alle jeugdigen. Ook bij Surinaamse jeugdigen zien we een vaak sterke oververtegenwoordiging in bijna alle onderschei-

den vorm van jeugdzorg, maar is er geen oververtegenwoordiging in de jeugd-ggz en in de dagbehandeling. In de eerstelijns jeugd-ggz zijn jeugdigen van Surinaamse herkomst ondervertegenwoordigd, en in mindere mate geldt dit ook voor de lvb-zorg zonder verblijf.

Jeugdigen van Turkse herkomst maken relatief minder gebruik van jeugdzorg – van de in deze brochure onderscheiden groepen met 8% het minst. Zij zijn alleen oververtegenwoordigd in de jeugdreclassering en in mindere mate bij OTS-maatregelen. Vooral van de jeugd-ggz, de residentiële jeugdzorg en de pleegzorg maken Turkse jeugdigen relatief minder gebruik en, in mindere mate, ook van voogdij, ambulante en jeugd-lvb-zorg.

Het beeld onder jeugdigen van Marokkaanse herkomst komt goeddeels overeen met dat onder Turkse jeugdigen. In totaal maken relatief weinig Marokkaanse jongeren gebruik van jeugdzorg: 9%, tegen 11% onder alle jeugdigen. Zij zijn ondervertegenwoordigd in de jeugd-ggz, in de eerstelijns jeugd-ggz zelfs sterk, en in iets mindere mate ook in de jeugd-lvb, de voogdij en de pleegzorg. Marokkaanse jeugdigen zijn sterk oververtegenwoor-

TABEL 1 Gebruik jeugdzorg, naar herkomst, 2013\*

	provinciaal				Jeugdbescherming			jeugd-lvb		jeugd-ggz		totaal jeugdzorg
	ambulant	dagbehandeling	residentieel	pleegzorg	OTS	voogdij	reclassering	zonder verblijf	met verblijf	1elijns	2elijns	
autochtoon	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	-	(+)	0	(+)	(+)	0
Marokkaans	(+)	(+)	0	(-)	(+)	(-)	++	(-)	(-)	--	-	(-)
Turks	(-)	0	-	-	(+)	(-)	+	(-)	(-)	--	-	(-)
Surinaams	+	0	++	++	+	++	++	(-)	+	-	0	(+)
Antilliaans	++	+	++	++	++	++	++	(+)	++	(-)	(+)	+
ov niet-westers	+	+	+	+	+	+	+	(-)	(+)	-	(-)	(-)
westers	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(-)	0	(-)	(-)	(-)

\* Gebaseerd op gebruik cijfers 2013 (jeugd-ggz en totaal: 2012)

++ = meer dan factor 2,5 keer meer dan gemiddeld

+ = tussen factor 1,5 en 2,5 keer meer dan gemiddeld

(+) = tussen factor 1 en 1,5 keer meer dan gemiddeld

0 = miniem verschil

(-) = tussen factor 1 en 1,5 keer minder dan gemiddeld

- = tussen factor 1,5 en 2,5 keer minder dan gemiddeld

-- = meer dan factor 2,5 keer minder dan gemiddeld



digd in de jeugdreclassering, licht oververtegenwoordigd in de ambulante jeugdzorg, dagbehandeling en bij OTS-maatregelen.

Andere jeugdigen van niet-westerse herkomst, dus niet uit de vier grote groepen, zijn licht ondervertegenwoordigd in het gebruik van jeugdzorg. Deze lichte ondervertegenwoordiging hangt vooral samen met hun relatief lage gebruik van jeugd-ggz en jeugd-lvb zonder verblijf, want in alle andere vormen van jeugdzorg zijn zij oververtegenwoordigd.

Westers-allochtone jeugdigen kennen overall een iets lager jeugdzorggebruik. Ook bij hen zien we (lichte) ondervertegenwoordiging in jeugd-ggz en jeugd-lvb zonder verblijf, en (lichte) oververtegenwoordiging in bijna alle andere vormen van jeugdzorg.

Tot slot autochtone jeugdigen: zij maken gemiddeld gebruik van jeugdzorg, hetgeen door hun aantal en de gebruikte rekenmethode geen verrassing mag zijn. We zien hier het gespiegelde beeld van westers allochtone en overig niet-westerse jeugd: relatief wat hoger gebruik van jeugd-ggz en jeugd-lvb zonder verblijf, en (lichte) ondervertegenwoordiging in bijna alle andere vormen van jeugdzorg, het sterkst bij jeugdreclassering.

#### **HOE KUNNEN DE VERSCHILLEN WORDEN VERKLAARD?**

Antilliaanse jeugdigen hebben relatief vaak emotionele en gedragsproblematiek, vaker last van hyperactiviteit, aandachtsstekort en problemen met leeftijdgenoten. Zij gaan ook vaker dan autochtone jeugdigen naar de huisarts met psychische problemen. Antilliaanse ouders zijn vaker op zoek naar hulp of advies bij opvoeding en hebben relatief vaak een negatieve opvoedbeleving. Jongeren die vanaf de eilanden alleen naar Nederland zijn gekomen missen de ondersteuning van ouders en eigen netwerk. Antilliaanse jeugdigen worden veel vaker dan gemiddeld verdacht van een delict. Bovendien is het opleidingsniveau van Antilliaanse jeugdigen gemiddeld lager, groeien zij veel vaker op in een eenoudergezin, komt voortijdig schoolverlaten vaker dan gemiddeld voor en is er vaak sprake van werkloosheid en uitkeringsgezinnen. Dit verklaart het relatief hoge gebruik van de meeste vormen van jeugdzorg.

De prevalentie van emotionele en gedragsproblematiek is onder Surinaamse jeugdigen gelijk aan die van autochtone jeugdigen. Wel komen er onder Surinaamse meisjes meer zelfmoordpogingen voor en hebben Surinaamse jeugdigen vaker last van hyperactiviteit, aandachtsstekort en problemen met leeftijdgenoten. Het huisartsbezoek vanwege psychische klachten is vergelijkbaar met dat van autochtone jeugdigen, wel stelt de huisarts wat

vaker een diagnose van psychische aard. Surinaamse ouders hebben relatief vaak een negatieve opvoedbeleving en zijn vaker op zoek naar hulp of advies bij opvoeding. Surinaamse jeugdigen worden bovengemiddeld vaak verdacht van een delict. Bovendien is het opleidingsniveau van Surinaamse jeugdigen gemiddeld lager, groeien zij veel vaker op in een eenoudergezin, komt voortijdig schoolverlaten wat meer dan gemiddeld voor en is er vaak sprake van werkloosheid en uitkeringsgezinnen. Dit verklaart het relatief hoge gebruik van de meeste vormen van jeugdzorg.

Bij Turkse jeugdigen zien we een hogere prevalentie van emotionele en (volgens sommige onderzoeken) ook van gedragsproblematiek. Zij hebben minder vaak last van hyperactiviteit of aandachtsstekort, maar wel weer vaker problemen met leeftijdgenoten. Turkse meisjes melden zich vaker dan autochtone meisjes met psychische klachten of symptomen bij de huisarts. Onder Turkse meisjes (15-24 jaar) komen suïcidepogingen significant vaker voor dan onder autochtone meisjes. Ouders van Turkse herkomst hebben gemiddeld een minder positieve opvoedbeleving, maar maken minder vaak gebruik van (formele) opvoedingsondersteuning. Turkse jeugdigen worden wat vaker dan gemiddeld verdacht van een delict. Bovendien is het opleidingsniveau van Turkse jeugdigen gemiddeld lager, groeien zij iets vaker op in een eenoudergezin, komt voortijdig schoolverlaten wat meer dan gemiddeld voor en is er vaak sprake van werkloosheid en uitkeringsgezinnen. Er zijn aanwijzingen dat een verstandelijke beperking wat vaker voorkomt bij jeugdigen met een Turkse achtergrond. Op grond van al deze factoren zou je een hoger gebruik van jeugdzorg verwachten, maar dit zien we alleen bij ondertoezichtstelling en jeugdreclassering. Mogelijke verklaringen voor dit lagere gebruik dan op grond van de problematiek verwacht mag worden, zijn een passievere houding en minder actiegeïgheid bij emotionele problemen, een grotere angst voor de hulpverlening, minder probleemherkenning bij ouders en jeugdigen, een voorkeur voor 'eigen' voorzieningen – daar maken zij relatief vaak gebruik van, maar ook onbekendheid met de mogelijkheden, andere verwachtingen of negatieve ervaringen en wantrouwen ten opzichte van formele voorzieningen. Anderzijds ervaren professionals de zorg voor nieuwe Nederlanders soms als 'een vak apart', evenals de communicatie en afstemming. Zij hebben hiervoor vaak onvoldoende kennis en vaardigheden, en ook de opleidingen lopen op dit punt achter. Bovendien zijn instrumenten, methoden en interventies niet altijd voldoende toegesneden op de kenmerken en behoeften van nieuwe Nederlanders.



Jongens van Marokkaanse afkomst hebben relatief vaak gedragsproblemen, in ieder geval volgens leerkrachten. Marokkaanse jeugdigen hebben minder vaak emotionele problemen, en Marokkaanse meisjes melden minder vaak dan autochtone meisjes suïcidaal gedrag. Zij hebben minder vaak last van hyperactiviteit of aandachtstekort, maar wel weer vaker problemen met leeftijdgenoten. Zij hebben even vaak als autochtone jeugdigen contact met de huisarts over psychische problemen. Ouders van Marokkaanse herkomst hebben gemiddeld een minder positieve opvoedbeleving, maar maken minder vaak gebruik van (formele) opvoedingsondersteuning. Marokkaanse jeugdigen worden veel vaker dan gemiddeld verdacht van een delict. Bovendien is het opleidingsniveau van Marokkaanse jeugdigen gemiddeld lager, groeien zij iets vaker op in een eenoudergezin, komt voortijdig schoolverlaten wat meer dan gemiddeld voor en is er vaak sprake van werkloosheid en uitkeringsgezinnen. Er zijn aanwijzingen dat een verstandelijke beperking wat vaker voorkomt bij jeugdigen met een Marokkaanse achtergrond. Op grond van deze factoren is het hogere gebruik van sommige vormen van jeugdzorg door Marokkaanse jeugdigen verklaarbaar, in het bijzonder de jeugdreclassering. Aandacht verdient het lagere gebruik van jeugd-ggz: dit is verklaarbaar uit de lagere prevalentie van emotionele problemen, maar niet uit het gemiddeld even vaak als autochtone jeugd bezoeken van de huisarts vanwege psychische klachten. Ook bij Marokkaanse jeugdigen en ouders spelen mogelijk een rol de passievere houding en minder actiegeneigdheid bij emotionele problemen, een grotere angst voor de hulpverlening, minder probleemherkenning bij ouders en jeugdigen, een voorkeur voor 'eigen' voorzieningen, maar ook onbekendheid met de mogelijkheden, andere verwachtingen of negatieve ervaringen en wantrouwen ten opzichte van formele voorzieningen, evenals de gebrekkige cultuursensitiviteit van voorzieningen en professionals.

Over overig niet-westerse, westers allochtone en autochtone jeugdigen zijn voor een beperkt aantal factoren gegevens beschikbaar: over hun gemiddelde opleidingsniveau, voortijdig schoolverlaten, het verdacht zijn van een delict, het aantal werkzoekenden en het aantal uitkeringsgezinnen. Deze factoren zijn in lijn met het patroon van jeugdzorggebruik.

### VERDER ONDERZOEK ZEER GEWENST

Uit de 1e CBS-cijfers over het gebruik van jeugdhulp in het eerste kwartaal van 2015 dat niet-westers allochtone (dat zijn de vier grote hierboven onderscheiden groepen plus de overig niet-westerse jeugd) minder dan autochtone jeugd in de jeugdhulp zitten.

Dit geldt echter alleen voor de meest gebruikte vorm: jeugdhulp zonder verblijf. In de veel minder gebruikte maar zwaardere jeugdhulp met verblijf zijn zij juist oververtegenwoordigd (zie tabel 2).

TABEL 2 Gebruik jeugdhulp 1e kwartaal 2015, naar herkomst

	totaal jeugdhulp	zonder verblijf	met verblijf
Autochtoon	5,0%	4,7%	0,3%
Westers allochtoon	4,2%	3,8%	0,4%
Niet-westers allochtoon	4,1%	3,5%	0,6%

Bron: CBS (2015)

Deze brochure maakt duidelijk dat het van belang is om verder onderscheid te maken binnen in ieder geval de groep niet-westers allochtonen. Het verschil in gebruik tussen bijvoorbeeld jeugdigen van Antilliaanse en Turkse herkomst is aanzienlijk. Ook is het van belang een verder onderscheid te maken naar de verschillende vormen van jeugdzorg zoals die in de nieuwe Jeugdwet worden onderscheiden. Het zichtbaar maken van verschillen hierin kan bijdragen aan het uiteindelijk evenredig met adequate jeugdhulp ondersteunen van de diverse groepen. Mede gezien de geheel nieuwe inrichting van het jeugdstelsel verdient het ook sterke aanbeveling om onderzoek te doen dat het gebruik van vrij toegankelijke en specialistische jeugdhulp van verschillende herkomstgroepen kan nagaan en verklaren.





# Vooraf

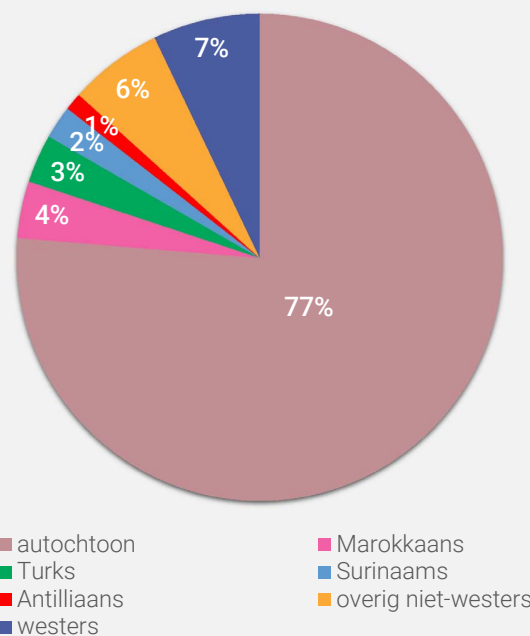
Deze brochure gaat over de herkomst van de gebruikers van jeugdzorg in Nederland. Onder de nieuwe Jeugdwet, in werking is getreden in 2015, vallen verschillende typen van gespecialiseerde jeugdhulp, die voorheen onder de geïndiceerde jeugdzorg vielen. Het CBS heeft ter voorbereiding op de invoering van de Jeugdwet gegevens over het gebruik sinds 2011 van deze geïndiceerde jeugdzorg verzameld en gekoppeld. Dit betekent dat voor verschillende zorgvormen die nu onder de jeugdwet vallen de gegevens van 2011, 2012 en 2013 (met uitzondering van jeugd-ggz) beschikbaar zijn op individueel niveau van alle inwoners in Nederland. Een jeugdige kan in een jaar verschillende vormen van zorg gebruiken, tegelijkertijd of opeenvolgend. Als we in deze brochure rapporteren over het gebruik van verschillende vormen van jeugdzorg, dus bij elkaar genomen, dan gaat het over het aantal jeugdigen dat van minimaal één van deze vormen gebruik maakte.

In deze brochure presenteren we de gegevens en gaan we in op mogelijke verklaringen. De gegevens zijn afkomstig van een maatwerktable van het CBS die informatie bevat over het aantal jeugdigen dat in de periode 2011-2013 gebruik heeft gemaakt van provinciaal gefinancierde jeugdzorg of curatieve (geneeskundige) geestelijke gezondheidszorg (GGZ) gefinancierd vanuit de Zvw, dan wel een indicatie had die recht gaf op AWBZ-gefinancierde gehandicaptenzorg en langdurige GGZ. Dit betreft zorgvormen die vanaf 2015 zijn overgegaan naar de nieuwe Jeugdwet. Het aantal jeugdigen is onderverdeeld naar herkomstgroepering.

In totaal woonden in Nederland in 2013 bijna 3,5 miljoen jeugdigen van 0-18 jaar. In deze brochure maken we onderscheid naar de volgende groeperingen van herkomst (tussen haakjes het aantal 0-18-jarige inwoners van Nederland in 2013, x 1.000):

- autochtoon (2.643)
- Marokkaans (130)
- Turks (111)
- Surinaams (76)
- Antilliaans (40)
- Overig niet-westers (216)
- Westers allochtoon (247)

FIGUUR 1 Jeugdigen in Nederland, naar herkomst, 2013



## Vormen van geïndiceerde jeugdzorg (tot 2015)

In de nieuwe Jeugdwet zijn verschillende zorgvormen samen genomen die eerder onder verschillende wettelijke regelingen vielen. In deze brochure rapporteren wij over de volgende vormen:

- de provinciaal gefinancierde Jeugdzorg (vanuit Wet op de Jeugdzorg). Hieronder valt een gevarieerd aanbod van hulpverlening. We onderscheiden de volgende vormen:
  - » ambulante jeugdzorg voor jeugdigen en hun ouders (o.a. intensieve thuiszorg)
  - » dagbehandeling (o.a. medisch kinderdagverblijven, Boddaertcentra, dagcentra voor schoolgaande jeugd)
  - » residentiële jeugdzorg (o.a. kamertraining, 'opvoeding en verzorging' en behandeling; ook crisisopvang valt hieronder)
  - » pleegzorg, gegeven door pleeggezinnen. Bestaat in kort- en langer durende vormen, voor 24 uur per dag of in deeltijd.
- Ondertoezichtstelling (OTS) (Wet op de jeugdzorg). Dit is de meest voorkomende jeugdbeschermingsmaatregel. Als de ontwikkeling van een kind bedreigd wordt en vrijwil-

lige hulpverlening niet (meer) voldoende is of als ouders de hulp niet accepteren, dan kan de rechter een ondertoezichtstelling uitspreken. De Raad voor de Kinderbescherming kan de kinderrechter verzoeken een dergelijke maatregel op te leggen. Bij OTS biedt een gezinsvoogd hulp en steun bij de opvoeding en houdt toezicht op de jeugdige. Ouders en de jeugdige kunnen aanwijzingen krijgen die zij verplicht zijn op te volgen. Uitvoering gebeurde door het Bureau Jeugdzorg.

- Voogdij (Wet op de jeugdzorg). Ook dit is een jeugdbeschermingsmaatregel. Als ouders niet in staat zijn om hun kind op te voeden en te verzorgen kan de rechter het gezag van ouders beëindigen. Dit gebeurt ernstige bedreiging in de ontwikkeling waarbij de ouder niet in staat is de verantwoordelijkheid voor de verzorging en opvoeding te dragen, of als de ouder het gezag misbruikt. Het kind wordt opgevoed in een pleeggezin of tehuis. De ouders hebben dan officieel niets meer over het kind te zeggen. Uitvoering gebeurde door het Bureau Jeugdzorg.
- Jeugdreclassering (Wet op de jeugdzorg). De jeugdreclassering heeft als taak jeugdigen die in aanraking komen met het jeugdstrafrecht door (soms gedwongen) hulpverlening en begeleiding een goede plaats in de samenleving te geven. Uitvoering lag bij de Bureaus jeugdzorg. Het gaat onder meer om intensieve trajectbegeleiding van jongeren die een delict hebben gepleegd, de leerstraf sociale vaardigheidstraining, begeleiding bij scholings- en trainingsprogramma's en nazorg bij jeugd detentie.
- de jeugd-lvb (vanuit de Awbz): de zorg voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking (lvb) en hun ouders/verzorgers. Zorg vindt plaats in alle sectoren van de jeugdzorg en in de verstandelijk gehandicaptenzorg: orthopedagogische behandelcentra, gezinsvervangende tehuizen voor (licht) verstandelijk gehandicapten, kinderdagcentra voor verstandelijk gehandicapten en algemene instellingen voor verstandelijk gehandicapten. We maken onderscheid in:
  - » zorg met verblijf
  - » zorg zonder verblijf
- de geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen (jeugd-ggz, financiering vanuit Zvw, toegang tweedelijns via Bureaus jeugdzorg en huisarts).<sup>1</sup> We maken onderscheid tussen:
  - » eerstelijns zorg: vrij toegankelijke psychologische zorg
  - » tweedelijns zorg: zorg waarvoor een verwijzing van een huisarts of Bureau Jeugdzorg noodzakelijk was.

De jeugd-ggz bestaat uit de jeugd afdelingen van de Riagg, poliklinieken en jeugd afdelingen van algemene psychiatrische ziekenhuizen, poliklinieken en jeugd afdelingen psychiatrie van academische ziekenhuizen en speciale instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie.

<sup>1</sup> Uitzondering is intramurale verblijf van langer dan één jaar: deze wordt uit de AWBZ gefinancierd.



# Analyse gegevens

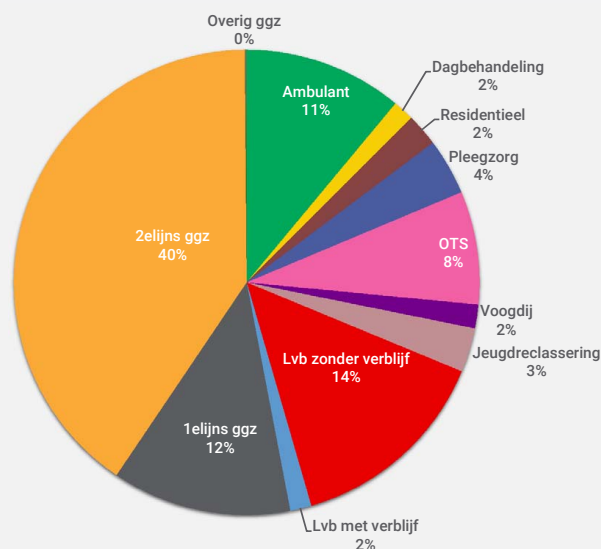
## Totaalbeeld jeugdzorg

In 2011 maakten in totaal 382.440 jeugdigen gebruik van een van de onderscheiden vormen van jeugdzorg. 267.470 jeugdigen (69,9% van alle gebruikers) gebruikten jeugd-ggz, 104.090 (27,2%) gebruikte provinciale jeugdzorg inclusief jeugdbeschermingsmaatregelen en jeugdreclassering, en 85.015 (22,2%) gebruikte jeugd-lvb. De jeugd-ggz is dus met afstand de meest gebruikte zorgvorm.

Deze percentages tellen niet op tot 100%. Dit heeft te maken met de overlap tussen deze drie verschillende zorgvormen. In totaal 74.135 (19,4%) jongeren maken van minimaal twee van deze drie zorgvormen gebruik. Daarnaast is er ook overlap binnen deze drie hoofdcategorieën. Zo maakt 56% van de jongeren in de provinciale jeugdzorg (inclusief jeugdbeschermingsmaatregelen en jeugdreclassering) gebruik van minimaal twee zorgvormen. Bij de jeugd-lvb en de jeugd-ggz is deze overlap veel kleiner. Zo maakt in 2011 maar 4,5% van de jongeren in de jeugd-ggz gebruik van zowel eerstelijns zorg als tweedelijns zorg. Binnen de jeugd-lvb was de overlap nog kleiner: ruim 2% maakt daar zowel gebruik van zorg met verblijf als van zorg zonder verblijf.

Als we de overlap in gebruik niet meenemen, dan zien we in 2012 523.995 gebruikers van jeugdzorg (tegen 381.530 unieke gebruikers). Splitsen we dit uit naar de verschillende vormen, dan blijkt dat de tweedelijns jeugd-ggz in omvang het grootst is. Deze zorgvorm neemt 40% van alle gebruik voor zijn rekening. Daarna volgen jeugd-lvb zonder verblijf (14%) eerstelijns jeugd-ggz (12%) en ambulante jeugdzorg met 11%. Acht procent van de zorg betreft OTS. De overige zorgvormen nemen allen minder dan 5% voor hun rekening.

FIGUUR 2 Gebruik jeugdzorgvormen (niet uniek)



Tellen we op naar hoofdcategorieën, dan is de jeugd-ggz goed voor 53% van het gebruik. De provinciale jeugdzorg en de jeugdbescherming zijn ieder goed voor 19%, en de jeugd-lvb voor 16%.

Over de jaren heen zien we dat de provinciale jeugdzorg (inclusief jeugdbeschermingsmaatregelen en jeugdreclassering) en de jeugd-ggz qua volume vrijwel gelijk blijven. De jeugd-lvb laat een sterke afname zien, van ruim 85.000 in 2011 naar bijna 76.000 in 2013. Van de jeugd-ggz zijn er voor 2013 nog geen gegevens.

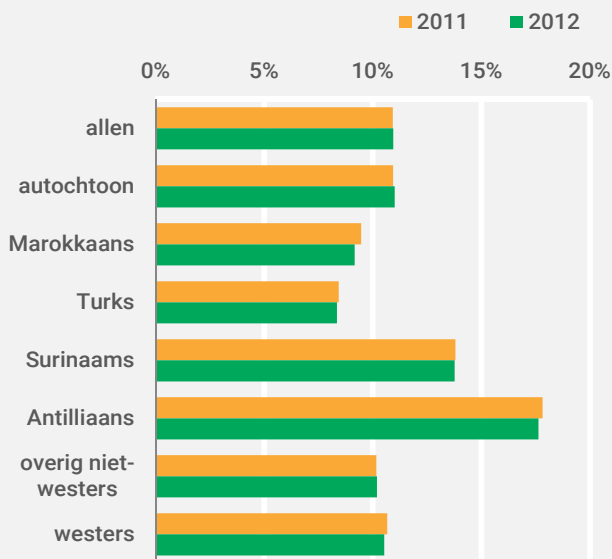
## Herkomst jongeren totale jeugdzorg

Bijna 11% van alle jeugdigen maakte in 2011 en 2012 gebruik van een of meer van de onderscheiden vormen van jeugdzorg. Jeugdigen van Antilliaanse herkomst maken relatief veel gebruik van jeugdzorg (bijna 18% in beide jaren), ruim anderhalf keer zoveel als gemiddeld. Ook jeugdigen van Surinaamse herkomst (bijna 14%) maken relatief veel gebruik van jeugdzorg. Jongeren van Turkse (ruim 8%) en Marokkaanse (ruim 9%) herkomst maken relatief wat minder gebruik van jeugdzorg.

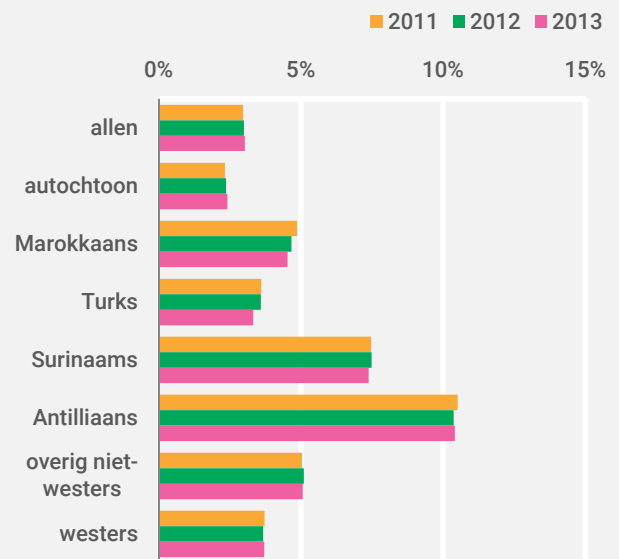




FIGUUR 3 Gebruik jeugdzorg totaal, naar herkomst, 2011-2012



FIGUUR 4 Gebruik provinciale jeugdzorg totaal naar herkomst, 2011-2013 (incl Jeugdbescherming en -reclassering)

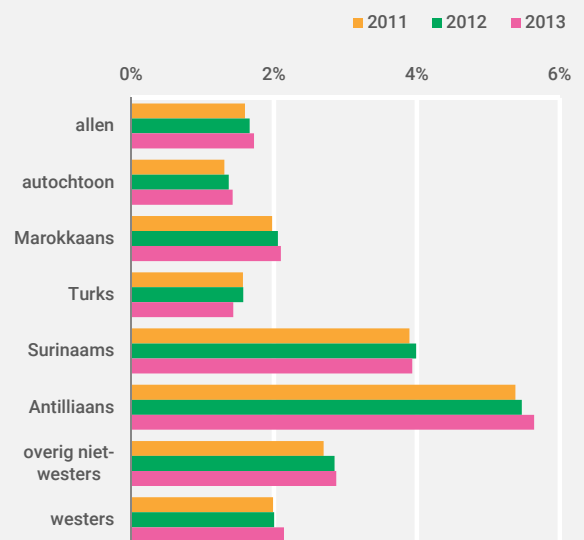


## Provinciale jeugdzorg (inclusief jeugdbescherming en -reclassering)

In de jaren 2011-2013 maakte steeds zo'n 3% van alle jeugdigen gebruik van provinciale jeugdzorg, inclusief jeugdbeschermingsmaatregelen en jeugdreclassering. We zien hier dat alle jeugdigen van niet-westerse allochtone herkomst een relatief hoog gebruik kennen. Jeugdigen van Turkse herkomst gebruiken in 2013 bijna overeenkomstig het gemiddelde, nadat het in de jaren daarvoor iets hoger lag. Rond de 5% van de jeugdigen van Marokkaanse en overig niet-westerse herkomst gebruikte minimaal een van de onderscheiden vormen van provinciale jeugdzorg; dat is zo'n twee keer meer dan bij autochtone jeugdigen. Onder jeugdigen van Surinaamse en vooral van Antilliaanse herkomst is het gebruik van provinciale jeugdzorg met respectievelijk ruim 7% en ruim 10% een stuk hoger dan bij alle andere herkomstsgroepen.

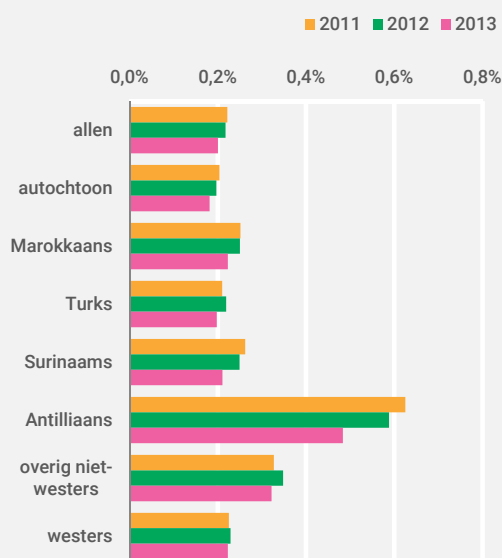
De meest gebruikte vorm van provinciale jeugdzorg is ambulante zorg. Hiervan maakte in de jaren 2011-2013 steeds ruim 1,5% van de jeugdigen gebruik. We zien hier met name een oververtegenwoordiging van jeugdigen van Antilliaanse (circa 5,5%) en Surinaamse (bijna 4%) herkomst, en in iets mindere mate van overig niet-westerse en westerse jeugdigen (bijna 3%) en jeugdigen van Marokkaanse herkomst (ruim 2%).

FIGUUR 5 Gebruik ambulante jeugdzorg naar herkomst, 2011-2013



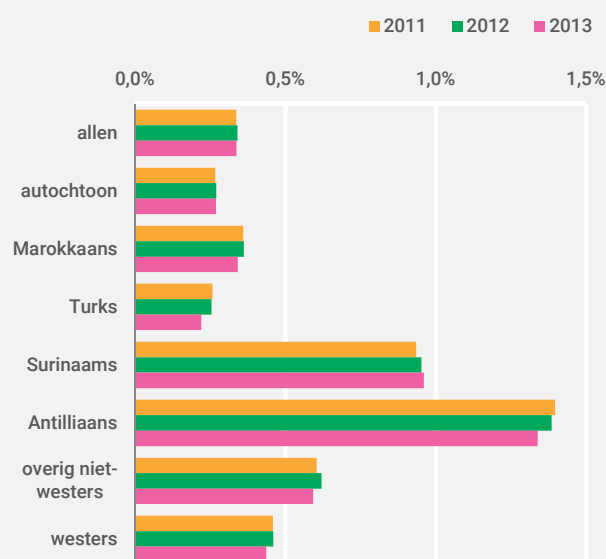
Van alle jeugdigen maakte zo'n 0,2% gebruik van dagbehandeling, een van de vormen van provinciaal gefinancierde jeugdzorg. Kijken we naar de herkomst van jeugdigen, dan zien we dat vooral jeugdigen van Antilliaanse herkomst veel meer in dagbehandeling zitten: in 2013 bijna 0,5%. Wel zien we tussen 2011 en 2013 een sterke afname van Antilliaanse jeugdigen die in dagbehandeling zijn. Onder andere groepen ligt in 2013 het percentage dat in dagbehandeling zit rond het gemiddelde van 0,2%, met uitzondering van de jeugdigen van niet-westerse afkomst (ruim 0,3%).

FIGUUR 6 Dagbehandeling, naar herkomst, 2011-2013



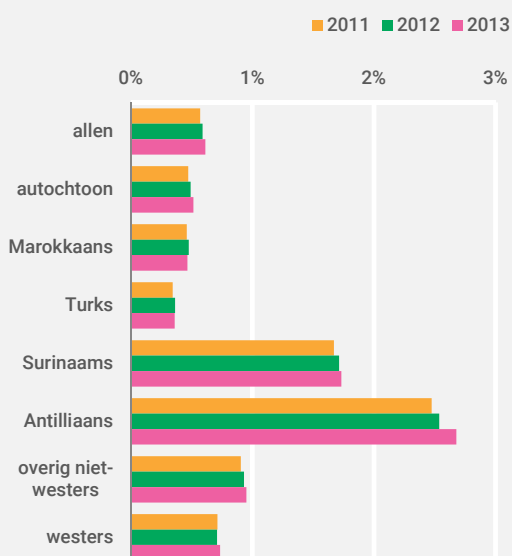
Van alle jeugdigen zat in de jaren 2011-2013 zo'n 0,3% in een residentiële jeugdzorginstelling. Onder jeugdigen van Antilliaanse herkomst lag dit percentage in deze jaren zo'n factor 4 hoger. Ook onder jeugdigen van Surinaamse (factor 2,5) en niet-westerse (factor 2) herkomst lag het gebruik van residentiële zorg duidelijk hoger dan gemiddeld. Jeugdigen van Turkse herkomst zaten juist minder vaak (0,2% in 2013) in een residentiële instelling. Het gebruik onder Marokkaanse jeugdigen lag rond het gemiddelde.

FIGUUR 7 Residentiële jeugdzorg, naar herkomst, 2011-2013



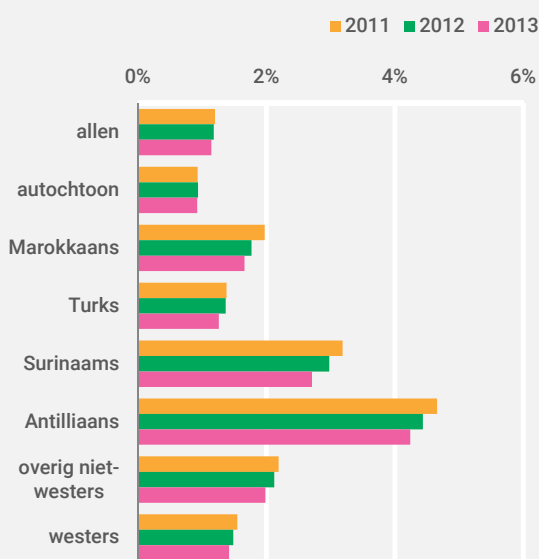
Ook bij pleegzorg zien we een beduidend hoger gebruik onder jeugdigen van Antilliaanse en Surinaamse afkomst. Van alle jeugdigen zit ruim 0,6% in pleegzorg, onder Antilliaanse jeugdigen is dit 2,7%, en onder Surinaamse jeugdigen 1,7%. Ook onder niet-westerse jeugdigen ligt het gebruikpercentage met ruim 0,9% wat hoger. Jeugdigen van Turkse (bijna 0,4%) en Marokkaanse (bijna 0,5%) herkomst maken relatief weinig gebruik van pleegzorg.

FIGUUR 8 Pleegzorg, naar herkomst, 2011-2013



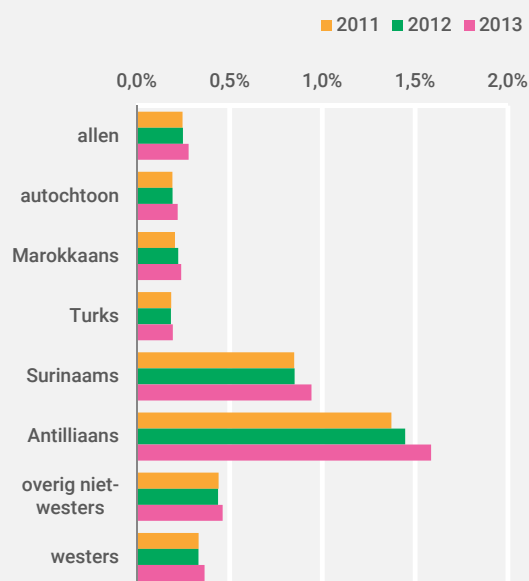
Van alle jeugdigen heeft ruim 1% te maken met een OTS-maatregel. Onder jeugdigen van Antilliaanse herkomst ligt dit percentage boven de 4%, met de kanttekening dat er tussen 2011 en 2013 een daling was met bijna een half procentpunt. Onder jeugdigen van Surinaamse herkomst is het percentage met 2,7% in 2013 ook relatief hoog; ook hier zien we een daling van bijna een half procentpunt tussen 2011 en 2013. Jeugdigen van niet-westerse (circa 2% in 2013), Marokkaanse (1,7%) en Turkse (1,3%) herkomst hebben eveneens vaker dan gemiddeld te maken met OTS; bij al deze groepen zien we een daling tussen 2011 en 2013.

FIGUUR 9 Jeugdbescherming: OTS, naar herkomst, 2011-2013



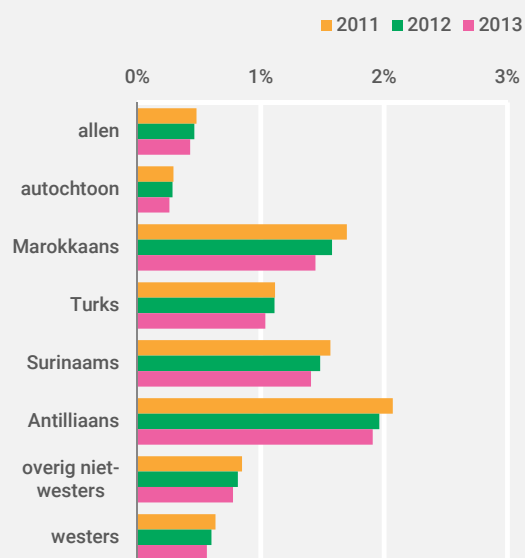
Het ouderlijk gezag wordt het vaakst ontnomen bij jeugdigen van Antilliaanse (1,6%) en Surinaamse (0,9%) herkomst – bij beide groepen zien we in 2013 een toename. Gemiddeld kwam dit in 2013 bij 0,3% van alle jeugdigen voor. Bij jeugdigen van Marokkaanse en Turkse herkomst kwam dit ongeveer net zo vaak voor als bij autochtone jeugd.

FIGUUR 10 Jeugdbescherming: voogdij, naar herkomst, 2011-2013



Het aandeel jeugdigen dat in de periode 2011-2013 te maken had met jeugdreclassering lag tegen de 0,5%. Onder autochtone jeugdigen is het percentage bijna 0,3%. Bij alle niet-westerse groepen is het percentage fors hoger dan bij autochtone jeugd: bijna acht keer zo hoog onder Antillianen, bijna vijf keer zo hoog onder Marokkanen en Surinamers, en vier keer zo hoog onder Turken. Bij niet-westerse jeugd is het percentage drie keer hoger als onder autochtonen. Overigens zien we bij alle groepen een afname tussen 2011 en 2013.

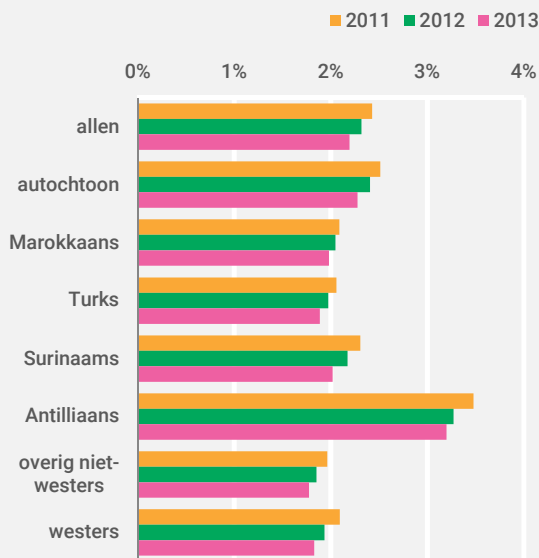
FIGUUR 11 Jeugdreclassering, naar herkomst, 2011-2013



## Jeugd-lvb

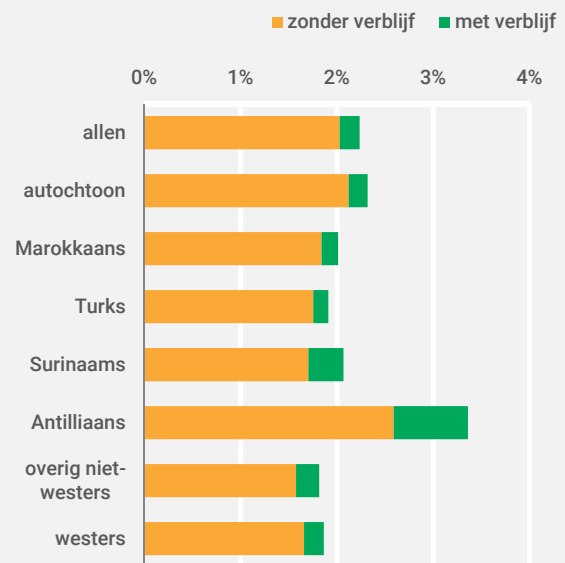
Van alle jeugdigen had in 2013 2,2% lvb-zorg. In 2011 lag dit percentage op ruim 2,4%. Alleen jeugdigen van Antilliaanse herkomst maken relatief veel gebruik van deze zorg: 3,2% in 2013. Jeugdigen van overig niet-westerse (1,8% in 2013) Turkse (1,9%), Marokkaanse (2%) en Surinaamse (2%) herkomst maken juist wat minder gebruik van deze zorg.

FIGUUR 12 Jeugd-lvb, naar herkomst, 2011-2013



Als we inzoomen op 2013, dan zien we dat de meest zorg voor lvb-jeugdigen zorg zonder verblijf is. Bij de meeste groepen heeft zo'n 10% van de gebruikers van lvb-zorg zorg met verblijf. Bij Antilliaanse jeugdigen gaat het echter om bijna een kwart van de gebruikers van lvb-zorg, bij Surinaamse jeugdigen om ruim een op de zes jeugdigen.<sup>2</sup>

FIGUUR 13 Jeugd-lvb, zonder en met verblijf, naar herkomst, 2013



## Jeugd-ggz<sup>3</sup>

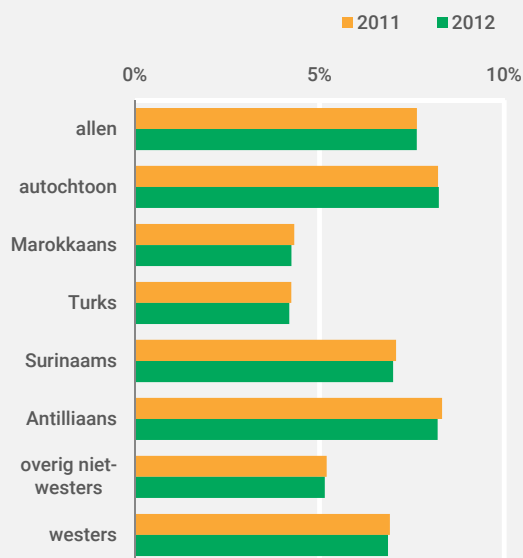
Bij de jeugd-ggz zien we een geheel van de tot nu toe gepresenteerde zorgvormen afwijkend beeld. In 2011 en 2012 maakte 7,6% van alle jeugdigen gebruik van jeugd-ggz. Onder autochtone jeugd ligt het gebruik met 8,2% hoger dan gemiddeld. Dit relatief hoge gebruik zien we ook onder jeugdigen van Antilliaanse herkomst. Het gebruik in deze groepen is bijna twee keer hoger dan onder jeugdigen van Turkse (4,2%) en Marokkaanse (4,2%) herkomst in 2012, maar ook ruim hoger dan onder jeugdigen van overig niet-westerse herkomst (5,1%). Ook onder jeugdigen van Surinaamse herkomst is het gebruik lager (7%) dan in de autochtone en Antilliaanse groep.

<sup>2</sup> Overigens zijn in de cijfers over de jeugd-lvb met verblijf ook de gebruikers van jeugd-ggz opgenomen die langer dan een jaar intramuraal verblijven. Dit heeft te maken met het feit dat de financieringsbron net als bij jeugd-lvb de AWBZ is. Het gaat om kleine aantallen.

<sup>3</sup> Voor de jeugd-ggz hebben we alleen cijfers voor 2011 en 2012. Intramurale jeugd-ggz met een verblijf van langer dan een jaar is meegenomen in de cijfers over de jeugd-lvb, omdat deze zorg uit de AWBZ wordt bekostigd.

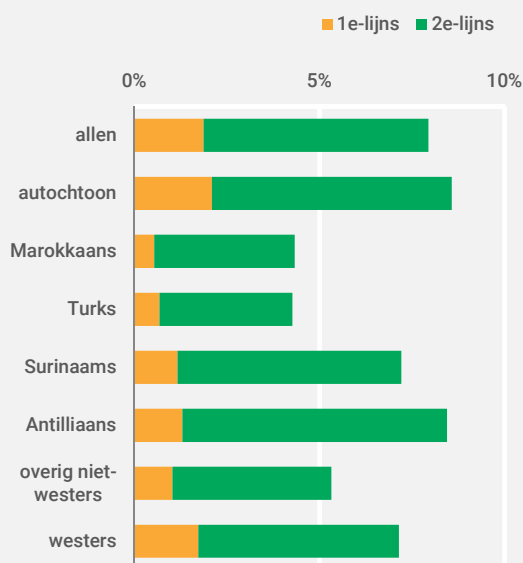


FIGUUR 14 Jeugd-ggz naar herkomst, 2011-2012



Het merendeel van de jeugdigen die in 2012 jeugd-ggz gebruikten, maakte gebruik van (geïndiceerde) tweedelijns-jeugd-ggz. Het gaat om 80%. Onder jeugd-ggz-gebruikers van Marokkaanse (90%), Antilliaanse (87%), Surinaamse (86%) en Turkse herkomst ligt het aandeel gebruikers van tweedelijns jeugd-ggz hoger. Zij bezochten dus relatief minder vaak de vrij toegankelijke eerste lijns jeugd-ggz.

FIGUUR 15 1e- en 2e lijns jeugd-ggz, naar herkomst, 2012



# Verklaringen

## Verklaringen voor verschillen in het gebruik van jeugdzorg

In een rapport over het verschil in gebruik naar herkomst van verschillende soorten voorzieningen maakt het SCP onderscheid naar verschillende typen verklaringen (SCP, 2010):

- De doelgroep van voorzieningen. In het geval van (voorheen) geïndiceerde jeugdzorg gaat het om meer ernstige vormen van opvoed- en opgroei-problematiek, die niet door bijvoorbeeld het Centrum voor Jeugd en Gezin of andere eerstelijnsvoorzieningen kunnen worden aangepakt (met uitzondering van de eerstelijns jeugd-ggz).
- Achtergrondkenmerken die gerelateerd zijn aan de problematiek waar de voorziening zich op richt, of direct dan wel indirect aan het gebruik van voorzieningen. In het geval van jeugdzorg zijn de belangrijkste factoren die samenhangen met hoger gebruik (SCP, 2013a; 2013b; 2014).
  - » Op niveau van de jeugdige.
    - laag opleidingsniveau (bij 12-17-jarigen)
    - voortijdig schoolverlaten
    - hoog en laag IQ
    - chronische ziekte
    - gebruik verslavende middelen
  - » Op niveau ouder(s)/gezin.
    - hoge opleiding (alleen bij jeugd-ggz, lager gebruik jeugdreclassering)
    - lage opleiding: meer opvoedstress, minder positieve opvoedbeleving, vaker leerproblemen en emotionele problematiek bij kinderen
    - gebruik hulpverlening (psycholoog, psychiater, amw)
    - eenoudergezin (meer opvoedstress, minder positieve opvoedbeleving)
    - samengesteld huishouden
    - verslavingsproblematiek
    - armoede/uitkering ('twee werkende ouders' verlaagt de kans op gebruik van jeugdzorg)
- De houding van jeugdigen/en of ouders ten aanzien van de voorziening, in dit geval jeugdzorg – denk aan vertrouwen in de voorziening. Ook het kennis hebben van de voorziening behoort hiertoe.
- De (on)toegankelijkheid van voorzieningen. Het aanbod moet bereikbaar en passend zijn. Belemmeringen op het gebied van communicatie en taal kunnen een rol spelen, evenals de mate van cultuursensitiviteit van voorzieningen.



Hieronder gaan we per herkomstgroep in op mogelijke verklaringen. De cijfers over echtscheidingen, het opleidingsniveau van jeugdigen, voortijdig schoolverlaters, werkzoekenden, uitkeringsgerechtigden en verdachten komen uit de RISBO-monitor 2013 (De Boom et al., 2014).<sup>4</sup> De cijfers over eenoudergezinnen komen van het NJi (Cijfers over eenoudergezin, 2015). Voor de overige factoren zijn de bronnen vermeld. Daarbij geldt dat een aantal van de betrokken studies specifiek betrekking hebben op (sociaal-)psychische problematiek:

- Pels et al. (2013): Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse jongeren met vergelijkbare mate van internaliserende problematiek.
- Gezondheidsraad (2012): rapport over de prevalentie van psychische problemen bij migrantenjeugd als indicatie voor zorgbehoefte. De auteurs merken op dat kennis uit populatieonderzoeken over psychische stoornissen ontbreekt.
- In de studie van het SCP (2010) gaat het om een relatief kleine groep migrantenouders die in de enquête is meegenomen. Bovendien zijn alleen Nederlands sprekende ouders bevroegd.

In het algemeen geldt dat de houding ten aanzien van voorzieningen en de (on)toegankelijkheid ervan een rol kunnen spelen. Bij ouders kan een voorkeur voor meer informele steun of steun vanuit eigen voorzieningen meespelen, maar ook onbekendheid met de mogelijkheden, andere verwachtingen of negatieve ervaringen en wantrouwen ten opzichte van formele voorzieningen kunnen drempels opwerpen. Zij voelen zich bijvoorbeeld weinig respectvol behandeld, of zijn bang dat de kinderen hen worden afgenomen. Veel ouders ervaren zorginstanties als 'wit', bijvoorbeeld door de aankleding van ruimten, de wijze van ontvangst, eenrichtingsverkeer in de benadering en een gering aantal professionals dat zelf tot etnische minderheden behoort. Veel ouders hebben het idee dat professionals niet voldoende rekening houden met hun culturele achtergrond en taalvaardigheid. Daarbij komt dat ouders nogal eens vastlopen op de onoverzichtelijke hoeveelheid aan voorzieningen, regels en protocollen (Bellaart en Pehlivan 2011).

Anderzijds ervaren professionals de zorg voor nieuwe Nederlanders soms als 'een vak apart', evenals de communica-

tie en afstemming. Zij hebben hiervoor vaak onvoldoende kennis en vaardigheden, en ook de opleidingen lopen op dit punt achter. Bovendien zijn instrumenten, methoden en interventies niet altijd voldoende toegesneden op de kenmerken en behoeften van nieuwe Nederlanders. Zo blijken bestaande voorlichtingsmiddelen, zoals posters en folders, vaak niet goed bruikbaar, evenals instrumenten voor vroegsignalering en diagnostiek. Een indicatiestelling komt niet zelden door 'communicatie met handen en voeten' tot stand. Verder speelt het standaard aanbod aan methodieken en interventies vaak nog weinig in op de verwachtingen en behoeften van mensen van diverse afkomst (Bellaart en Pehlivan 2011). Zo is er nog weinig aandacht voor vragen en problemen over communicatie met pubers, religieuze en morele opvoeding, radicalisering of het rijmen van 'eigen' en in Nederland dominante waarden en normen. (Pels et al., 2009).

Het lage gebruik van Marokkanen en Turken van de eerste lijns GGZ is opvallend, zeker omdat er relatief veel psychische problematiek wordt gerapporteerd. Deze groepen ervaren een hoge drempel naar de jeugd-GGZ (Boon et al., 2012). Sinds de marktwerking in de zorg is ingevoerd zijn er daarom organisaties opgericht voor interculturele psychiatrie, zoals I-psy de Jutters.<sup>5</sup> Ondanks deze laagdrempelige, toegankelijke organisaties is er nog altijd sprake van ondergebruik van deze zorg.

Sommige migrantengroepen maken dus minder gebruik van formele jeugdzorgvoorzieningen. Voor lichte problematiek zouden zij ook gebruik kunnen maken van hulp van familie, het eigen netwerk, of informele voorzieningen. Turkse jeugdigen en hun ouders maken veelvuldig gebruik van opvoedingsondersteuning en hulp in eigen kring. Familie vangt jeugdigen op als het in een gezin niet goed gaat en er zijn vele initiatieven vanuit de Turkse gemeenschap, zoals jeugdinternaten, jongerengroepen, moedergroepen, oudercomités en praatgroepen vanuit religieuze organisaties (Van den Berg et al., 2015). Jongeren met een Marokkaanse en Surinaamse achtergrond melden minder vaak dat zij zorg van hun ouders ontvangen dan Nederlandse jongeren. Bovendien rapporteert de eerste groep ook aanzienlijk minder hulp van vrienden. Opvallend is verder dat ouders én jongeren uit migrantengroepen aangeven minder hulp te krijgen van de mentor (SCP, 2010). Het gebruik van hulp van familie of van informele voorzieningen is dus niet bij alle groepen een verklaring voor het ondergebruik van bepaalde soorten formele

4 Voor het opleidingsniveau is gekeken naar het percentage VO-leerlingen in het praktijkonderwijs en in de klassen 3 en 4 van het vmbo (bb, kb, tl). Bij werkzoekenden gaat het om percentages van de 15-64-jarige bevolking. Deze cijfers hebben betrekking op 2012 en 2013.

5 Dit is een organisatie voor interculturele jeugd-GGZ die is ontstaan uit een samenwerking van i-psy, interculturele psychiatrie en De Jutters, centrum voor Jeugd-GGZ Haaglanden. De instellingen voor interculturele psychiatrie hebben Marokkanen en Turken als de grootste cliëntengroepen (Boon et al., 2012).





jeugdzorg. Dit werd eerder geopperd als mogelijke verklaring voor hun lage formele zorggebruik (Gezondheidsraad, 2012).

### ANTILLIAANSE HERKOMST

- Opleidingsniveau jeugdigen gemiddeld lager (41,6% in vmbo tegen 26% alle jeugdigen).
- Niet vaker gescheiden ouders, wel meer jeugd in eenoudergezin (37% tegen 14% alle jeugdigen).
- Relatief veel voortijdig schoolverlaters. Hoogste percentage onder herkomstgroepen in deze brochure: 8,2% versus 4,3% alle jeugdigen.
- Relatief veel werkzoekenden en mensen met uitkering: 12,4 resp. 14,9% tegen 6,8% resp. 6% onder alle volwassenen.
- Relatief vaak verdacht van delict: 13,9% van alle Antilliaanse 12-17-jarigen werd in de periode 2008-2012 verdacht, tegen 6,1% van alle jeugdigen.
- Vaker emotionele en gedragsproblematiek (SCP, 2010; Gezondheidsraad, 2012), ook vaker hyper-activiteit/aandachtstekort en problemen met leeftijdgenoten (SCP, 2010).
- Minder probleemherkenning bij ouders en jongeren (Verhulp et al., 2013).
- Gaan vaker naar de huisarts met psychische problemen dan autochtone jeugdigen, jongens meer dan meisjes. Huisarts stelt twee keer zo vaak diagnose van psychische aard (Gezondheidsraad, 2012).
- Ouders vaker op zoek naar hulp of advies bij opvoeding, hebben relatief vaak een negatieve opvoedbeleving (gevoel het niet aan te kunnen, het niet in de hand te hebben) (SCP, 2010).
- Antilliaanse jongeren zijn vaak vanaf de eilanden zonder ouders naar Nederland gekomen; zij missen ondersteuning van ouders en een eigen netwerk. Niet zelden geldt voor deze jongeren dat zij op de Antillen al opgroeiden in problematische omstandigheden in hun leefomgevingen/of gezin (Steketee e.a. 2003).

### SURINAAMSE HERKOMST

- Opleidingsniveau jeugdigen gemiddeld lager (34,9% in vmbo tegen 26% alle jeugdigen).
- Vaker gescheiden ouders en meer jeugd in eenoudergezin (18,9% resp. 36% tegen 10,5% resp. 14%).
- Relatief wat meer voortijdig schoolverlaters: 5,3% versus 4,3% alle jeugdigen.
- Relatief veel werkzoekenden en mensen met uitkering: 10,4% resp. 10,3% tegen 6,8% resp. 6% onder alle volwassenen.

- Relatief vaak verdacht van delict: 9,2% van alle Surinaamse 12-17-jarigen werd in de periode 2008-2012 verdacht, tegen 6,1% van alle jeugdigen.
- Prevalentie ontwikkelingsproblematiek vergelijkbaar met autochtonen, meer zelfmoordpogingen onder Surinaamse meisjes (Gezondheidsraad, 2012), vaker hyperactiviteit/aandachtstekort en problemen met leeftijdgenoten (SCP, 2010).
- Relatief meer angst te hebben voor de hulpverlening (Pels et al., 2013).
- Huisartsbezoek vanwege psychische klachten vergelijkbaar met autochtone jeugdigen, wel iets vaker een diagnose van psychische aard (Gezondheidsraad, 2012).
- Ouders vaker op zoek naar hulp of advies bij opvoeding, hebben relatief vaak een negatieve opvoedbeleving (gevoel het niet aan te kunnen, het niet in de hand te hebben) (SCP, 2010).

### TURKSE HERKOMST

- Opleidingsniveau jeugdigen gemiddeld lager (37,9% in vmbo tegen 26% alle jeugdigen).
- Niet vaker gescheiden ouders, iets meer jeugd in eenoudergezin (16% tegen 14% alle jeugdigen).
- Relatief wat meer voortijdig schoolverlaters: 5,4% versus 4,3% alle jeugdigen.
- Relatief veel werkzoekenden en mensen met uitkering: 11,3 resp. 10,5% tegen 6,8% resp. 6% onder alle volwassenen.
- Relatief vaak verdacht van delict: 8% van alle Turkse 12-17-jarigen werd in de periode 2008-2012 verdacht, tegen 6,1% van alle jeugdigen.
- Minder probleemherkenning bij ouders en jongeren (Verhulp et al., 2013).
- Relatief meer angst voor de hulpverlening (Pels et al., 2013).
- Passievere houding en minder actiegeneigdheid bij internaliserende problemen (Pels et al., 2013).
- Hogere prevalentie emotionele problematiek (Gezondheidsraad), en volgens sommige onderzoeken ook van gedragsproblematiek (Adriaanse et al., 2014); minder vaak hyperactiviteit/aandachtstekort, vaker problemen met leeftijdgenoten (SCP, 2010).
- Turkse meisjes melden zich vaker dan autochtone meisjes met psychische klachten/symptomen bij de huisarts (Gezondheidsraad, 2012). Van alle Turks-Nederlandse vrouwen van boven de 12 jaar is 26% somber/depressief, tegenover 11% bij autochtone vrouwen (Verweij & Houben-van Herten, 2013). Onder Turkse meisjes (15-24 jaar)



komen suïcidepogingen significant vaker voor dan onder autochtone meisjes (Van Bergen et al., 2008; 2010).

- Minder vaak gebruik van (formele) opvoedingsondersteuning door ouders van Turkse herkomst, maar ook een minder positieve opvoedbeleving (SCP, 2010).
- Er zijn aanwijzingen dat een verstandelijke beperking enigszins vaker voorkomt bij jeugdigen met een Turkse achtergrond, vanwege het voorkomen van huwelijken tussen bloedverwanten (zoal neef-nicht). (SCP, 2013b).

### MAROKKAANSE HERKOMST

- Opleidingsniveau jeugdigen gemiddeld lager (36,2% in vmbo tegen 26% alle jeugdigen).
- Minder vaak gescheiden ouders, iets meer jeugd in eenoudergezin (9,3 resp. 16% tegen 10,5 resp. 14% alle jeugdigen).
- Relatief wat meer voortijdig schoolverlaters: 5,5% versus 4,3% alle jeugdigen.
- Relatief meeste werkzoekenden en mensen met uitkering: 14,3 resp. 15,6% tegen 6,8% resp. 6% onder alle volwassenen.
- Relatief hoge prevalentie gedragsproblemen bij jongens, vooral gerapporteerd door leerkrachten en minder door ouders en jongeren zelf. Relatief minder vaak emotionele problemen, Marokkaanse meisjes melden minder vaak suïcidaal gedrag (Gezondheidsraad, 2012); minder vaak hyperactiviteit/aandachtstekort, vaker problemen met leeftijdsgenoten (SCP, 2010).
- Relatief vaak verdacht van delict: 13,6% van alle Marokkaanse 12-17-jarigen werd in de periode 2008-2012 verdacht, tegen 6,1% van alle jeugdigen.
- Minder probleemherkenning bij ouders en jongeren (Verhulp et al., 2013).
- Minder ideeën over wat de problemen kan hebben veroorzaakt (Pels et al., 2013)
- Passievere houding en minder actiegeneigdheid bij internaliserende problemen (Pels et al., 2013).
- Relatief meer angst te hebben voor de hulpverlening (Pels et al., 2013).
- Relatief vaak een slechte relatie met de mentor, hetgeen een risico is ivm signalering en doorgeleiding naar hulp
- Even vaak als autochtone jeugdigen contact met huisarts over psychische problemen.
- Minder vaak gebruik van (formele) opvoedingsondersteuning door ouders van Marokkaanse herkomst, maar ook een minder positieve opvoedbeleving (SCP, 2010).
- Er zijn aanwijzingen dat een verstandelijke beperking enigszins vaker voorkomt bij jeugdigen met een

Marokkaanse achtergrond, vanwege het voorkomen van huwelijken tussen bloedverwanten (zoal neef-nicht). (SCP, 2013b).

### OVERIG NIET-WESTERSE HERKOMST

- Opleidingsniveau jeugdigen gemiddeld (27% in vmbo tegen 26% alle jeugdigen).
- Gemiddeld voorkomen van gescheiden ouders (geen informatie eenoudergezinnen).
- Relatief wat meer voortijdig schoolverlaters: 5,2% versus 4,3% alle jeugdigen.
- Relatief veel werkzoekenden en mensen met uitkering: 12,3 resp. 14,7% tegen 6,8% resp. 6% onder alle volwassenen.
- Relatief wat vaker verdacht van delict: 7,2% van alle overig niet westerse 12-17-jarigen werd in de periode 2008-2012 verdacht, tegen 6,1% van alle jeugdigen.
- Ouders hebben relatief vaak een negatieve opvoedbeleving (gevoel het niet aan te kunnen, het niet in de hand te hebben).
- Vaker problemen met leeftijdsgenoten (SCP, 2010).

### WESTERSE ALLOCHTONEN

- Opleidingsniveau jeugdigen gemiddeld hoger (20,3% in vmbo tegen 26% alle jeugdigen).
- Gemiddeld voorkomen van gescheiden ouders (geen informatie eenoudergezinnen).
- Ongeveer gemiddeld percentage voortijdig schoolverlaters.
- Relatief minder werkzoekenden en mensen met uitkering: 6,4 resp. 4,3% tegen 6,8% resp. 6% onder alle volwassenen.
- Relatief wat minder vaak verdacht van delict: 5,1% van alle westers allochtone 12-17-jarigen werd in de periode 2008-2012 verdacht, tegen 6,1% van alle jeugdigen.
- Ouders vaker op zoek naar hulp of advies bij opvoeding (SCP, 2010).

### AUTOCHTONEN

- Opleidingsniveau jeugdigen gemiddeld hoger (21,3% in vmbo tegen 26% alle jeugdigen).
- Minder vaak gescheiden ouders en minder jeugd in eenoudergezinnen (9,8 resp. 14% tegen 10,5 resp. 14% alle jeugdigen).
- Lager percentage voortijdig schoolverlaters: 3,4% versus 4,3% alle jeugdigen.
- Relatief minder werkzoekenden en mensen met uitkering: 4,9 resp. 3,4% tegen 6,8% resp. 6% onder alle volwassenen
- Relatief minder vaak verdacht van delict: 3,7% van alle autochtone 12-17-jarigen werd in de periode 2008-2012 verdacht, tegen 6,1% van alle jeugdigen.



## Geraadpleegde literatuur

Adriaanse, M., Veling, W., Doreleijers, T., & Domburgh, L. van. (2014). *The link between ethnicity, social disadvantage and mental health problems in a school-based multiethnic sample of children in the Netherlands*. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23(11), 1103-1113.

Bellaart, H. en Pehlivan, A. (2011). *Met één hand kun je niet klappen. Migrantenorganisaties en jeugdvoorzieningen werken samen aan toegankelijke hulp voor migrantengezinnen*. Utrecht: FORUM.

Berg, G. van den, Bellaart, H. & Yar, H. (2015). *Een betere match tussen vraag en aanbod*. Utrecht: Nederlands jeugdinstituut.

Bergen, D.D. van, Smit, J.H., Balkom, A.J. van, Ameijden, E. van, & Saharso, S. (2008). Suicidal ideation in ethnic minority and majority adolescents in Utrecht, the Netherlands. In: *Crisis* 29(4) 202-208.

Bergen, D.D. van, Eikelenboom, M., Smit, J.H., Looij-Jansen, P.M. van de, & Saharso, S. (2010) Suicidal behavior and ethnicity of young females in Rotterdam, the Netherlands: rates and risk factors. In: *Ethnicity & Health* 15(5): 515-530.

Boom, J. de, Wensveen, P. van, Hermus, P., Weltevrede, A., & San, M. van. (2014). Marokkaanse Nederlanders 2013. *De positie op de terreinen van onderwijs, arbeid en uitkering en criminaliteit (meting 4)*. Rotterdam: Risbo, Erasmus Universiteit.

Boon, A., Haan, A. de, Boer, S. de & Isitman, N. (2012). Het bereik van de Jeugd-GGZ voor jongeren van niet-Nederlandse herkomst: de toegevoegde waarde van een instelling voor interculturele psychiatrie voor jeugd en gezin. *Epidemiologisch Bulletin* 47(3), 20-26.

CBS. (2015). *Maatwerktafel jongeren in jeugdzorg naar herkomstgroepering 2011-2013. Voorburg*: Centraal Bureau voor de Statistiek.

Gezondheidsraad. (2012). *Psychische gezondheid en zorggebruik van migrantenjeugd*. Den Haag: Gezondheidsraad.

Pels, T., Distelbrink, M., & Postma, L. (2009). *Opvoeding in de migratiecontext. Review van onderzoek naar de opvoeding in gezinnen van nieuwe Nederlanders*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Pels, T., Gruijter, M. de, & Los, V. (2013). *Bouwstenen voor gemeentelijk beleid. Vroegsignalering en hulp bij internaliserend probleemgedrag van adolescenten uit migrantengezinnen*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

SCP. (2010). *Naar Hollands gebruik? Verschillen in gebruik van hulp bij opvoeding, onderwijs en gezondheid tussen autochtonen en migranten*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

SCP. (2013a). *Groeit de jeugdzorg door? Het beroep op de voorzieningen. Realisatie 2001-2011 en raming 2011-2017*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

SCP. (2013b). *Terecht in de jeugdzorg. Voorspellers van kind- en opvoedproblematiek en jeugdzorggebruik*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

SCP. (2014). *Kostenverschillen in de jeugdzorg. Een verklaring van verschillen in kosten tussen gemeenten*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Steketee, M., Ex, C., Tan, S., & Kromontono, E. (2003). *Jonge Antilliaanse immigranten en hun voogden: De levenssituatie van Antilliaanse jongeren die met en zonder wettelijk gezag in Nederland verblijven*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Verhulp, E., Stevens, G., Schoot, R. van de, & Vollebergh, W. (2013). Understanding ethnic differences in mental health service use for adolescents' internalizing problems: the role of emotional problem identification. *European child & adolescent psychiatry*, 22 (7), 413-421.

Verweij, G., & Houben-van Herten, M. (2013). *Depressiviteit en antidepressiva in Nederland*. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.



## Colofon

Financier: ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid

Auteurs: Dr. R. Gilsing  
Prof. dr. T. Pels  
Drs. H. Bellaart  
Drs. B. Tierolf

Ontwerp: Design Effects

Uitgave: Kennisplatform Integratie & Samenleving /Verwey-Jonker Instituut  
Kromme Nieuwegracht 6  
3512 HG Utrecht  
T (030) 230 07 99  
E [secr@verwey-jonker.nl](mailto:secr@verwey-jonker.nl)  
I [www.verwey-jonker.nl](http://www.verwey-jonker.nl)

De publicatie kan gedownload en/of besteld worden via de website van het Kennisplatform Integratie & Samenleving: <http://www.kis.nl>.

ISBN 978-90-5830-688-3

© Verwey-Jonker Instituut, Utrecht 2015.

Het auteursrecht van deze publicatie berust bij het Verwey-Jonker Instituut. Gedeeltelijke overname van teksten is toegestaan, mits daarbij de bron wordt vermeld.

The copyright of this publication rests with the Verwey-Jonker Institute. Partial reproduction of the text is allowed, on condition that the source is mentioned.



kennis en aanpak van  
sociale vraagstukken

### KENNISPLATFORM INTEGRATIE & SAMENLEVING

Kennisplatform Integratie & Samenleving doet onderzoek, adviseert en biedt praktische tips en instrumenten over vraagstukken rond integratie, migratie en diversiteit. Daarnaast staat het platform open voor vragen, signalen en meningen en formuleert daar naar beste vermogen een antwoord op.

Deze kennisuitwisseling is bedoeld om een fundamentele bijdrage te leveren aan een pluriforme en stabiele samenleving.

Blijf op de hoogte van alle projecten, vragen en antwoorden en andere kennisuitwisseling via [www.kis.nl](http://www.kis.nl), de [nieuwsbrief](#), [Twitter](#) en [LinkedIn](#).

Kennisplatform Integratie & Samenleving is een programma van het Verwey-Jonker Instituut en Movisie

T 030 230 32 60 E [info@kis.nl](mailto:info@kis.nl) I [www.kis.nl](http://www.kis.nl)

