



Ambities voor de jaren 2006 - 2008

Jeugd-ggz breed beschikbaar

VOORWOORD

‘De jeugd heeft de toekomst’. Wie kent de uitdrukking niet en hoe ouder wij worden, hoe vaker wij hem zelf gebruiken. Uit ervaring weet ik inmiddels dat niet elke jongere die toekomst rooskleurig ziet. Hulpverleners in de kinder- en jeugdpsychiatrie kunnen er over mee praten. Dagelijks hebben zij met vele problemen van deze jeugdige groep te maken. Het doet me dan ook deugd u dit visiedocument over de jeugd-ggz aan te mogen bieden.

Het visiedocument ‘jeugd-ggz breed beschikbaar; ambities voor de jaren 2006-2008’ laat zien wat de sector zich heeft voorgenomen. Tegelijkertijd beschrijft het document ook de taken die de jeugd-ggz als haar maatschappelijke opdracht ziet. Met deze ‘maatschappelijke spiegel’ wil de jeugd-ggz een duidelijke positie innemen. De plannen die ze daarnaast presenteert voor een bredere inzet van haar aanbod aan jongeren met problemen is een stap op de goede weg.

Daar staan we niet alleen in. De Operatie Jong, de Jeugdzorgbrigade, andere brancheorganisaties, het kabinet en het parlement, allen zullen moeten meehelpen om verbeteringen te zoeken en door te voeren. Ik ben dan ook van mening dat bestuurders en medewerkers van alle sectoren op korte termijn overeenstemming moeten vinden over een gezamenlijke aanpak. Dat zal geen eenvoudige klus worden, maar ik hoop dat de ambities die we hebben opgesteld richtinggevend zijn aan zowel de discussie over het stelsel van jeugdzorg als aan verbeteringen in de praktijk van de jeugd-ggz.

Ik wil iedereen bedanken die aan het tot stand komen van deze notitie hebben meegewerkt. In het bijzonder wil ik de leden van de werkgroep wetgeving en Accare-bestuurder Jos Rietveld bedanken. Zij hebben het voortouw genomen voor dit document.

Amersfoort, januari 2007

Andrée Ch. van Es,
voorzitter GGZ Nederland

INHOUDSOPGAVE

	Beleidsagenda	6
	Inleiding	8
1	Domein van de jeugd-ggz	11
2	Focus van de jeugd-ggz	15
3	Netwerk van de jeugd-ggz	19
	Onderwijs	19
	Jeugdzorg	19
	Bureaus Jeugdzorg	20
	Gehandicaptenzorg	20
	Justitiële jeugdinrichtingen	20
	Ziekenhuizen	21
	Verslavingszorg	21
	Gemeenten, Provincies, Rijk	21
4	Visie op de toekomst	23
	Jeugd-ggz breed beschikbaar: ook in een vroeg stadium	23
	Jeugd-ggz breed beschikbaar: ook bij ernstige gedragsproblemen thuis en op straat	24
	Jeugd-ggz breed beschikbaar: ook in andere delen van de zorg	25
	Jeugd-ggz breed beschikbaar: meer cliënten effectiever en sneller helpen	26
	Bijlagen	
•	Literatuur	29
	Colofon	32

BELEIDSAGENDA

In dit visiedocument formuleert de jeugd-ggz haar ambities voor 2006 tot 2008. In deze periode speelt de jeugd-ggz in op actuele maatschappelijke problematiek door:

- kinderen en jongeren te behandelen in een vroeg stadium;
- ernstige problemen breed aan te pakken, en daarbij ook te kijken naar de maatschappelijke context;
- middelen doelmatiger in te zetten om zo veel mogelijk jeugdigen en hun gezinnen te kunnen helpen;
- in 2006 en 2007 alle kinderen en jeugdigen van de wachtlijst in zorg te nemen en een groei van 6 procent te realiseren.

Deze beleidsagenda beschrijft de verbeteracties die de vernieuwde aanpak kenmerken. De acties hebben betrekking op de periode van 2006 tot 2008. We maken onze visie concreet in de volgende vier beleidslijnen.

1 Jeugd-ggz breed beschikbaar, ook in een vroeg stadium

In De krachten gebundeld. Ambities van de GGZ (2004) kiest GGZ Nederland ervoor om de preventieactiviteiten te verdubbelen. De extra preventieactiviteiten van de jeugd-ggz richten zich op vroege interventies bij kinderen en jongeren die kwetsbaar zijn voor psychische stoornissen en op risicofactoren zoals pesten, geweld, kindermishandeling en spijbelen. Daarnaast besteedt de jeugd-ggz speciale aandacht aan kinderen van ouders met psychiatrische problemen (KOPP).

Op signalen van huisartsen, scholen en kinderopvang, Bureau Jeugdzorg, eerstelijns jeugdzorg en GGD'en reageert de jeugd-ggz snel met preventie en consultatie, en zonodig ook met diagnostiek en behandeling. Ggz-instellingen maken hierover afspraken met de gemeenten, die verantwoordelijk zijn voor preventief jeugdbeleid. Door betere voorlichting en nieuwe vormen van behandeling wordt de drempel tot de jeugd-ggz verlaagd voor allochtone kinderen en jongeren, en voor hun ouders. Zo komt ook voor hen de zorg in een vroeg stadium beschikbaar.

2 Jeugd-ggz breed beschikbaar, ook bij ernstige gedragsproblemen thuis en op straat

Door psychiatrische problemen kunnen jongeren zorg gaan afwijzen, ernstige gedragsproblemen krijgen en delinquent gedrag vertonen. De jeugd-ggz grijpt in als gesignaleerd wordt dat de problematiek ernstig en langdurend is, en als het leven van de jeugdige en het gezin in een neerwaartse spiraal dreigt te raken. Nieuwe behandelmethodieken worden toegepast, waarin de jeugdigen indien nodig thuis worden bezocht en worden gemotiveerd om behandeling te accepteren. Om de kans op succes te vergroten, worden ouders expliciet bij de behandeling betrokken.

Er komen meer en betere behandelingen voor jongeren met verslavingsproblematiek. Geïndiceerde preventieactiviteiten worden aangeboden om erger te voorkomen. De jeugd-ggz ontwikkelt samen met de categorale verslavingszorginstellingen een programma voor preventie en behandeling.

Het orthopsychiatrische aanbod voor jongeren met ernstige psychische en gedragsproblemen en risico op delinquent gedrag, wordt uitgebreid en komt uiterlijk 2008 in alle delen van het land beschikbaar, klinisch en ambulante.

3 Jeugd-ggz breed beschikbaar, ook in andere delen van de zorg

De Wet op de jeugdzorg is bedoeld om de samenwerking tussen jeugdzorginstellingen, inclusief de jeugd-ggz, te verbeteren. De jeugd-ggz werkt mee aan verbeteringen om te voorkomen dat jongeren tussen wal en schip vallen. De jeugd-ggz levert outreachend zorg in andere sectoren en maakt samenwerkingsafspraken over cliënten of groepen cliënten. De toegankelijkheid wordt verbeterd doordat behandelaren diensten aanbieden op internet met e-mental health, in de justitiële jeugd-inrichtingen en in de jeugdzorg. De jeugd-ggz vraagt hulpverleners in de ggz voor volwassenen te signaleren als kinderen en jongeren in het gedrang komen door problematiek bij de ouders. Ze biedt daarbij zo nodig consultatie.

In de praktijk maken veel 18-plussers gebruik van de jeugd-ggz, vooral diegenen die door hun problemen nog onvoldoende cognitief en/of emotioneel volwassen zijn. De jeugd-ggz wil deze groep zelf behandelen in de kinder- en jeugdpsychiatrie. Doel is betere verwijzingen, continuïteit van zorg en een breed vertrouwen in de totale jeugdzorgketen.

4 Jeugd-ggz breed beschikbaar: meer cliënten effectiever en sneller helpen

De jeugd-ggz neemt in 2006 circa 8500 kinderen en jeugdigen extra in behandeling en zorgt dat de wachttijden voor behandeling verminderen. Daarnaast wordt een jaarlijkse groei van minimaal 6 procent gerealiseerd. De rijksoverheid heeft hiervoor recentelijk extra middelen vrijgemaakt. Dit geeft de jeugd-ggz een unieke mogelijkheid om haar ambities versneld te realiseren. In de manier waarop de sector dat doet, wordt de vernieuwende aanpak zichtbaar. Hiertoe zal geschikt personeel worden geworven en opgeleid. Nieuwe interventies worden beoordeeld op effectiviteit en doelmatigheid, voordat ze worden opgenomen in de richtlijnen en breed worden toegepast.

De komende jaren zal de Nederlandse gezondheidszorg ingrijpend veranderen, onder andere door de invoering van de Zorgverzekeringswet en de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO). Tegelijk zijn er belangrijke ontwikkelingen gaande in de jeugdzorg en jeugd-ggz, die voortvloeien uit de invoering van de Wet op de jeugdzorg in 2005. Er zijn grote zorgen over de jeugdigen met ernstige problemen, en de roep om betere jeugdzorg wordt steeds sterker (vergelijk de rapportages van Operatie Jong, 2006).

Ambities jeugd-ggz

Al deze veranderingen geven voldoende aanleiding om te verhelderen welke bijdrage de jeugd-ggz kan leveren aan de zorg voor jeugdigen en hun begeleiders, en om aan te geven op welke gebieden de jeugd-ggz extra inspanningen kan leveren. Dit gebeurde voor het laatst in 1997 in het document Kinder- en jeugdpsychiatrie, positie, uitgangspunten en toekomstvisie (GGZ Nederland, augustus 1997).

Met dit visiedocument beoogt GGZ Nederland:

- de focus van de jeugd-ggz te verhelderen: benoemen wat de jeugd-ggz doet, wat de kerncompetenties zijn en wat niet;
- te benadrukken dat samenwerking met aanpalende sectoren noodzakelijk is en dat die samenwerking bijdraagt aan de oplossing van maatschappelijke problemen rond kinderen en jeugdigen;
- een bijdrage te leveren aan de discussie over de toekomst van de jeugdzorg, zoals die wordt gevoerd in het kader van Operatie Jong, de Jeugdzorgbrigade en de evaluatie van de Wet op de jeugdzorg.

Hoe is dit visiedocument tot stand gekomen?

Dit visiedocument heeft betrekking op de periode 2006-2008. De presentatie in de definitieve vorm vindt begin 2007 plaats. Veel activiteiten zijn inmiddels in gang gezet. De verspreiding van dit document heeft op zich laten wachten vanwege de besprekingen die gehouden zijn met diverse betrokken partijen. In het voorjaar van 2006 is de voorliggende tekst als werkdocument verspreid onder de leden van GGZ Nederland en de belangrijkste samenwerkingspartners. Op een conferentie van 11 oktober 2006 is het werkdocument vervolgens voorgelegd aan directeuren van zorginstellingen, Bureau Jeugdzorg, cliëntenvertegenwoordiging, bestuurders, politici en overheid. Het doel was reacties te krijgen op de ambities van de jeugd-ggz. De opmerkingen op die conferentie zijn verwerkt in deze definitieve versie van het visiedocument.

In dat kader zijn de volgende elementen aan deze versie toegevoegd:

- * De jeugd-ggz wordt uitgedaagd het aanbod te baseren op een analyse van de problematische situaties waarin jeugdigen opgroeien en problemen ontstaan. Voor de moeilijkste probleemgroepen moeten de meeste inspanningen worden verricht en daarin moet de jeugd-ggz samenwerken met anderen.

JOS VAN DER LANS
LID EERSTE KAMER / PUBLICIST

“Redeneer vanuit het probleem en de probleemgroepen. Zet de beste troepen in aan het front en organiseer dat goed. Maak samenwerking door de juiste personen op de juiste plaats te zetten.”

- * De jeugd-ggz, maar ook de ggz voor volwassenen, moet meer bereidheid tonen informatie te verstrekken bij een vermoeden van kindermishandeling. Informatie moet snel beschikbaar zijn als dat nodig is, ook buiten de ggz.

H. HENSELMANS
REINIER VAN ARKEL GROEP

“Behandelaren zien altijd veel belemmeringen in de wetgeving, meer dan nodig is. Leidinggevend kunnen behandelaren helpen om het principe ‘goed hulpverlenerschap’ voorop te zetten. Op die gronden kan men een afweging maken over het verstrekken van informatie aan derden.”

- * Met veel kinderen gaat het goed. Binnen de jeugd-ggz worden steeds meer jeugdigen en hun ouders op een effectieve manier behandeld. Toch zijn er grote zorgen over jongeren die uitvallen uit de bestaande onderwijs- en zorgsystemen en die onvoldoende opgevangen worden in het gezin. Daarbij is het nodig nieuwe vormen van zorg te bieden en te zorgen dat groepen bereikt worden die dat nodig hebben. Hierbij denken we aan schooluitvallers, jongeren met ernstige gedragsproblemen en/of verslavingsproblemen, een verstandelijke handicap of problemen die samenhangen met hun culturele en maatschappelijke achtergrond.

- * Het belang samen te streven naar een samenhangend zorgstelsel overstijgt de belangen van de jeugd-ggz. GGZ Nederland zal het initiatief nemen om met de partners in de jeugdzorg na te denken over dit gezamenlijke belang.

Om dit visiedocument te verlevendigen, zijn hier en daar opmerkingen opgenomen van deelnemers tijdens de invitational conference van 11 oktober 2006. Dit wil niet zeggen dat GGZ Nederland onverkort achter deze uitspraken staat.

Leeswijzer

Dit visiedocument is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 1 gaan we in op het domein van de jeugd-ggz. Welke disciplines werken hierin samen en wat zijn hun voornaamste taken. Hoofdstuk 2 focust op de doelgroep van de jeugd-ggz, op het regionale basisaanbod en de specifieke functies. In hoofdstuk 3 gaat het over het netwerk van de jeugd-ggz: met welke andere sectoren hebben we te maken en hoe werken we daarmee optimaal samen. In hoofdstuk 4 geven we ten slotte onze visie op de toekomst aan de hand van de concrete ambities die al zijn gepresenteerd in de beleidsagenda voor in dit document.

Domein van de jeugd-ggz

De kerndoelstelling van de jeugd-ggz is het bieden van specialistische diagnostiek, kinderen en jeugdigen met psychische stoornissen behandelen en begeleiden, en daarbij ook hun gezinssysteem betrekken. Naast deze uitvoerende taken heeft de jeugd-ggz nog een belangrijke taak, namelijk consultatie bieden aan andere hulpverleners.

In het domein van de jeugd-ggz werken veel disciplines. Kinder- en jeugdpsychiaters, psychologen, orthopedagogen, maatschappelijk werkers, psycho-, systeem- en sociotherapeuten en verpleegkundigen werken samen aan de diagnostiek, behandeling en begeleiding van kinderen en jeugdigen met psychische stoornissen.

De kinder- en jeugdpsychiatrie is als kerndiscipline van de jeugd-ggz bij uitstek in staat om de biologische, psychologische en omgevingsfactoren te integreren bij de diagnostiek van kinder- en jeugdpsychiatrische stoornissen. Vanuit die diagnostiek kunnen psychiatrische, psychotherapeutische en orthopedagogische interventies samenhangend worden ingezet.

H. VAN LEEUWEN
DE BASCULE

“Kinder- en jeugdpsychiaters moeten zo opgeleid zijn dat ze kennis hebben over andere sectoren, zodat ze ook daar hun vakmatigheid effectief kunnen inzetten. Ook kennis over het managen van samenwerking en over effectiviteit van interventies hoort in de opleiding.”

Breed werkkerrein

De jeugd-ggz omvat een breder werkkerrein dan de kinder- en jeugdpsychiatrie in engere zin. De kinder- en jeugdpsychiatrie als medisch specialisme zoomt primair in op de diagnostiek van ontstaans- en beloopfactoren van kinderpsychiatrische aandoeningen, en op de behandeling daarvan. In de praktijk is de inbreng van sociaalwetenschappelijke disciplines, verpleegkundige disciplines, agogen en vaktherapeuten noodzakelijk om te komen tot een goede diagnostiek, behandeling en begeleiding. Dit brede werkkerrein van de jeugd-ggz wordt in de ggz-instellingen gepraktiseerd, en is ook de focus van dit visiedocument. De jeugd-ggz is op zijn beurt te beschouwen als gespecialiseerd onderdeel van zowel de brede ggz als de algemene jeugdzorg.

Systeembenadering

In de jeugd-ggz ligt de nadruk op de psychische stoornissen van het kind dat is aangemeld. Deze stoornissen zijn vaak niet direct zichtbaar. Allereerst zijn de kinderen zich vaak zelf niet bewust van klachten of problemen, maar de ouders/verzorgers of de school maken zich zorgen over de ontwikkeling van het kind. Daarnaast zijn de symptomen van de psychische stoornissen minder evident dan in de volwassenheid en is het gedrag van het kind contextgebonden (bijvoorbeeld wel agressief op school, maar thuis niet). Dit alles betekent dat de diagnostiek, behandeling en begeleiding van kinderen en jeugdigen niet beperkt mag blijven tot het aangemelde kind, maar gericht moet zijn op het hele systeem: kind, ouders/verzorgers en school. De aandacht voor het systeem en de draagkracht daarvan is een belangrijke succesfactor van de jeugd-ggz; het systeem bepaalt grotendeels het effect van de behandeling.

MW. A. SCHUTTE
VNG

“Als er een complexe zorgelijke situatie rond een kind ontstaat, is diagnostische kennis en snelle doorverwijzing noodzakelijk. Het op afroep beschikbaar zijn in casuïstiekbesprekingen in de zorg- en adviesteams rond scholen is een goede optie voor de jeugd-ggz. De jeugd-ggz kan ook preventie bieden en advies om te komen tot een goede hulpverlening. Zo kan ook voorkomen worden dat kinderen in de jeugd-ggz terechtkomen.”

Niet-psychiatrische problematiek

Als er problemen zijn zonder (het vermoeden van) een psychische stoornis en daaraan gerelateerde beperkingen, dan heeft de ggz geen voorttrekkersrol. De ggz beschikt echter wel over expertise die kan worden ingezet bij deze niet-psychiatrische problematiek. Zo zijn gezondheidsbevordering en jeugdgezondheidszorg het domein van gemeentelijke voorzieningen, bijvoorbeeld in de vorm van opvoedingsondersteuning en het werk van schoolartsen. De ggz heeft expertise in huis om bij te dragen aan dit doel, zoals kennis over pesten op school en hoe slachtoffers en daders daarbij geholpen kunnen worden. Scholen weten nu vaak niet dat ze gebruik kunnen maken van de expertise van de jeugd-ggz.

Toegang tot de jeugd-ggz

De eerste verwijzas voor de (jeugd-)ggz wordt gevormd door de huisarts en de psychiater. Het merendeel van de verwijzingen naar de jeugd-ggz komt van de huisarts, schoolarts en kinderarts. Het is in het belang van patiënten dat deze rechtstreekse gezondheidszorglijn intact blijft, als er een vermoeden bestaat van (ernstige) psychische problematiek. Zo blijft een verwijzing mogelijk van arts tot arts (veelal met de vraag naar specialistische diagnostiek, al dan niet gevolgd door behandeling), zoals dat ook in de somatische zorg gebruikelijk is.

De tweede as wordt gevormd door de relatie met de bredere jeugdzorg (algemene jeugdzorg, orthopedagogische centra, MEE's). Op deze as heeft het Bureau Jeugdzorg een belangrijke rol als verwijzer, indicatiesteller en regisseur.

MW. MEIJER
ZN

“Het lijkt me geen probleem als bij enkelvoudige problematiek de indicatiestelling door de huisarts gebeurt.”

H. LOOMANS
MO-GROEP, VOORZITTER BUREAUS JEUGDZORG NEDERLAND

“Als de jeugd-ggz nu eens begint met de cliënten die via huisartsen in behandeling komen te melden aan Bureau Jeugdzorg.”

In de praktijk verschilt op dit moment de mate van samenwerking tussen de instellingen voor jeugd-ggz en de Bureaus Jeugdzorg. In veel regio's hebben deze organisaties elkaar inmiddels weten te vinden, waarbij de jeugd-ggz soms een belangrijke bijdrage levert aan de indicatiestelling binnen de bureaus. In andere regio's zijn de relaties afstandelijker. Het is belangrijk voor kinderen en jongeren dat de bureaus en de jeugd-ggz in alle regio's optimaal gaan samenwerken.

Capaciteit en bekostiging jeugd-ggz

De sector jeugd-ggz bestaat uit:

- negen categorale instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie c.q. jeugd-ggz;
- circa veertig afdelingen jeugd-ggz binnen een multifunctionele ggz-instelling (een enkele ambulante jeugdinstelling is zelfstandig);
- zeven academische centra voor kinder- en jeugdpsychiatrie (waarvan er vijf onderdeel zijn van een van de categorale KJP-instellingen);
- 131 plaatsen voor beschermd wonen bij 10 RIBWen.

De jeugd-ggz omvat anno 2006 ongeveer 1370 intramurale behandelplaatsen en 720 plaatsen voor dagbehandeling. Het merendeel van de activiteiten vindt inmiddels poliklinisch of in thuiszorg plaats (circa 1.000.000 verrichtingen). In totaal werken er binnen deze sector circa 6.000 medewerkers en bedraagt de 'omzet' circa 400 miljoen euro. Jaarlijks worden in deze instellingen circa 80.000 cliënten (met hun systeem) geholpen. De jeugd-ggz wordt tot dusver bekostigd vanuit de AWBZ, maar gaat in 2008 over naar de nieuwe Zorgverzekeringswet (met uitzondering van de klinische zorg langer dan een jaar). In dat kader wordt een wijziging van de bekostigingssystematiek voorbereid (invoering diagnose-behandelcombinaties).

Focus van de jeugd-ggz

In dit hoofdstuk beschrijven we de focus van de jeugd-ggz aan de hand van de doelgroep, het regionale basisaanbod en de specifieke functies.

Doelgroep

De doelgroep van de jeugd-ggz bestaat uit kinderen en jeugdigen met (een vermoeden van) psychische problemen volgens de DSM-IV-classificatie¹. Ongeveer 5 procent van de kinderen en jeugdigen² in Nederland heeft psychische problemen die zo ernstig zijn dat ze daardoor disfunctioneren in het dagelijks leven. Ongeveer 2 procent van de kinderen en jeugdigen in Nederland is in zorg bij de jeugd-ggz (plusminus 80.000 cliënten op een populatie van ongeveer 4 miljoen kinderen en jeugdigen in de leeftijd van 0 tot 20 jaar). Er lijkt dus sprake van onderbehandeling in de jeugd-ggz.

Bevolkingsonderzoeken naar de prevalentie van psychische stoornissen bij kinderen en jeugdigen geven verschillende uitkomsten. De meest voorkomende stoornissen zijn (in afnemende volgorde):³

- angststoornissen (vooral separatieangst bij jonge kinderen en enkelvoudige en sociale fobie bij jeugdigen);
- gedragsstoornissen;
- aandachtsstoornissen (vooral aandachtstekort met hyperactiviteit);
- stemmingsstoornis (vooral depressieve stoornis);
- functiestoornissen (enuresis bij jonge kinderen; bulimia nervosa en anorexia nervosa).

Ook kinderen en jeugdigen met laag prevalentie stoornissen, zoals stoornissen in het autistisch spectrum (0,6 procent van de hele bevolking), schizofrenie en dubbele diagnoses, behoeven in sterke mate zorg van de jeugd-ggz.

Alcohol- en middelengebruik

Gebruik van alcohol en andere middelen door jongeren trekt de laatste jaren de aandacht. Het gebruik van cannabis⁴ steeg sterk tot 1996, maar is sindsdien gestabiliseerd. In 2003 heeft ongeveer een op de drie leerlingen op zestienjarige leeftijd wel eens cannabis gebruikt. Alcoholgebruik door jongeren schommelt, maar er is een stijgende trend. Vooral meisjes van 12 tot 14 jaar zijn meer gaan drinken dan vroeger. In 2003 had op twaalfjarige leeftijd bijna de helft van alle scholieren al eens een glas alcohol gedronken en dronk de helft van de vijftienjarigen wekelijks alcohol. Er bestaat een duidelijke relatie tussen antisociaal gedrag en het gebruik van alcohol en andere middelen. Criminele jongeren gebruiken gemiddeld het meest; als ze minder gebruiken, vertonen ze minder ernstige vormen van antisociaal gedrag.⁵

Toenemende vraag naar jeugd-ggz

Aangenomen wordt dat de komende jaren de vraag naar jeugd-ggz zal toenemen. Niet zozeer het aantal jongeren met problemen neemt toe, maar wel de ernst van de

stoornissen en het aantal jongeren dat de weg naar de hulpverlening weet te vinden. Dit is een gevolg van de volgende maatschappelijke ontwikkelingen:

- Migrantengroepen burgeren in en emanciperen. Daardoor zal bij deze groepen het taboe op psychische problemen afnemen. Dit zal ook leiden tot een grotere instroom in de (ambulante) jeugd-ggz.
- De problemen van kinderen en jeugdigen die in behandeling zijn, worden complexer onder invloed van maatschappelijke factoren. Denk daarbij aan de toename van agressie en geweld en het gebruik van alcohol en drugs.
- De draagkracht van de systemen (gezin, familie, buurt) neemt af. Kinderen en jeugdigen worden bijvoorbeeld vaker opgevoed door één ouder of gescheiden ouders en er is minder mantelzorg beschikbaar.

MW. I. KEUZEKAMP
IPO

“De expertise van de jeugd-ggz moet veel meer beschikbaar komen voor de behandeling van de zwaarste doelgroepen. Dit houdt in dat de jeugd-ggz meer zelf moet participeren in behandelprogramma's voor kinderen in behandelhuizen en justitiële inrichtingen. Daarnaast kan de jeugd-ggz een bijdrage leveren aan deskundigheidsbevordering. Niet alleen verbetering van de indicatiestelling en diagnostiek is belangrijk, maar de expertise kan ook breder ingezet en gericht benut worden voor de groepen die haar het hardst nodig hebben.”

Leeftijdsgrens cliënten

Tot welke leeftijd hebben jongeren en jeugdigen toegang tot de jeugd-ggz? Tot nu toe is 18 jaar als bovengrens gehanteerd. Lopende behandelingen worden echter veelal gecontinueerd tot de leeftijd van 23 jaar. In de ggz voor volwassenen is immers niet altijd het juiste aanbod beschikbaar en het is heel belangrijk om de overgang naar de ggz voor volwassenen zorgvuldig te maken. De jeugd-ggz moet daarom toegankelijk zijn voor jongvolwassenen tot 23 jaar, als zij nog onvoldoende cognitief en/of emotioneel volwassen zijn en als een aanbod vanuit de jeugd-ggz beter aansluit bij hun zorgbehoefte.

Basisfuncties jeugd-ggz

De jeugd-ggz omvat idealiter de volgende basisfuncties per regio:

- preventie;
- vroegsignalering/vroeginterventie;
- consultatie en liaisonpsychiatrie;
- diagnostiek (poliklinisch);
- acute kinder- en jeugdpsychiatrie (ambulante crisisdienst);
- extramurale behandeling, al dan niet korter dan een jaar:
 - diverse vormen van ambulante behandeling (individueel, groep of gezin, waaronder ook intensieve psychiatrische gezinsbegeleiding);
 - deeltijdbehandeling;
- intramurale behandeling, al dan niet korter dan een jaar:
 - klinische observatie;
 - klinische behandeling (kortdurend en langdurend; open en gesloten);
- ondersteunende/activerende begeleiding voor langdurige problematiek (onder meer arbeidstoeleiding);
- verblijf (beschermd wonen, logeerfunctie).

Ggz-preventie is erop gericht ernstige psychische stoornissen te voorkómen bij kinderen en jeugdigen die een verhoogd risico lopen. Voorbeelden zijn kinderen van ouders met psychische problemen en verslavingsproblemen, adolescenten met lichte depressieve klachten en vluchtelingenjongeren. Hieraan draagt de jeugd-ggz bij met preventieactiviteiten, zoals consultatie voor en training van medewerkers van aanpalende sectoren en door voorlichting en cursussen te geven aan risicogroepen. Ook in preventieprogramma's is zo'n getrapte aanpak effectief. De jeugd-ggz werkt hier aanvullend op andere partijen die op dit terrein actief zijn, zoals jeugdgezondheidszorg, onderwijs, maatschappelijk werk en lokaal jeugdwerk.

Voor een deel van de kinderen en jongeren in de jeugd-ggz zijn de problemen van tijdelijke aard, maar voor een ander deel zijn de psychische stoornissen chronisch. Voor hen geldt dat de behandeling hand in hand moet gaan met interventies gericht op de persoonlijke ontplooiing en sociale redzaamheid. Bij dit laatste type interventies worden jeugdigen benaderd vanuit het handicapmodel met behulp van rehabilitatiemethodieken.

De afgelopen jaren is het ambulante aanbod uitgebreid, doordat meer begeleiding in de thuissituatie wordt geboden, onder andere via intensieve gezinsbehandeling. Logeerhuizen, waar kinderen tijdelijk verblijven zodat de gezinnen op adem kunnen komen, hebben deze ontwikkeling mede mogelijk gemaakt. De problematiek van de groep die voor klinische behandeling in aanmerking komt, wordt gemiddeld complexer. De behandelduur voor deze doelgroep neemt daardoor toe.

Specifieke functies jeugd-ggz

Naast de genoemde basisfuncties kent de jeugd-ggz een aantal specifieke doelgroepen en functies, waarvoor specialistische behandeling op bovenregionale schaal beschikbaar moet zijn:

- klinische psychotherapie;
- kinderen en jeugdigen met een auditieve handicap;
- kinderen en jeugdigen met een (licht) verstandelijke handicap;
- kinderen en jeugdigen met autisme (en aanverwante stoornissen);
- infantpsychiatrie;
- orthopsychiatrie/forensische kinder- en jeugdpsychiatrie;
- psychiatrische gezinsbehandeling (klinisch/dagbehandeling/thuiszorg);
- kinderen en jeugdigen met somatoforme stoornissen.

De forensische kinder- en jeugdpsychiatrie en de orthopsychiatrie zijn sterk in ontwikkeling, onder invloed van de eerdergenoemde maatschappelijke ontwikkelingen. Dit specifieke aanbod is gericht op kinderen met gedragsstoornissen die in aanraking zijn gekomen of dreigen te komen met politie en justitie.

MW. F. MULDER

JUSTITIE, DIENST JUSTITIËLE JEUGDINRICHTINGEN

“Justitie heeft een visie ontwikkeld waarin staat dat de ggz en de justitiële jeugd-
inrichtingen (JJI's) een stevig verband moeten vormen. Psychiatrie moet meer de
justitiële jeugdinstelling in gebracht worden. Omgekeerd moeten jongeren uit
de JJI's makkelijker geplaatst kunnen worden in de ggz-voorzieningen.
Bestuurders moeten randvoorwaarden voor samenwerking scheppen.”

Wachtlijsten

Hoewel het aanbod van jeugd-ggz gestaag groeit, zijn er aanhoudende wachtlijsten ‘aan de voordeur’. De wachttijden kunnen soms oplopen tot enkele maanden (overigens vergelijkbaar met de wachtljstproblematiek in de provinciale jeugdzorg). De jeugd-ggz wil zich inspannen deze wachtljsten terug te brengen tot het niveau van de Treeknormen (zie de volgende alinea), waartoe extra middelen nodig zijn. Parallel met de groei van jeugd-ggz is het belangrijk dat er de komende jaren meer kinder- en jeugdpsychiaters komen. In tien jaar moet het huidige aantal van circa 380 kinder- en jeugdpsychiaters idealiter toenemen tot een niveau van circa 500. De opleidingscapaciteit moet hiertoe uitgebreid worden.

DEFINITIE TREEKNORMEN

Er zijn normen per wachtfase opgesteld. In totaal mag de wachttijd van aanmelding tot behandeling niet langer zijn dan 14 weken voor ambulante behandeling, 15 weken voor klinische behandeling en 21 weken voor beschermd wonen. De maximale periode tussen de aanmelding en het eerste intakegesprek is 4 weken. De maximale periode van begin intake tot aan het besluit tot behandeling is 4 weken. Voor acute zorg gelden bovenstaande normen niet. In dat geval moet er binnen 24 uur hulp verleend worden.

Netwerk van de jeugd-ggz

Ouders zijn als eerste verantwoordelijk voor de opvoeding van hun kinderen. Daarbij kunnen zij worden ondersteund door de basisvoorzieningen in de jeugdzorg, zoals consultatiebureaus, scholen, peuterspeelzalen en het lokale jeugd- en jongerenwerk. Door deze basisvoorzieningen worden de ontwikkelingskansen van alle jeugdigen vergroot. De gemeenten zijn verantwoordelijk voor de basisjeugdzorg en de jeugd-gezondheidszorg.⁶

Als ouders er zelf niet meer uitkomen, kunnen zij en hun kinderen geholpen worden door de gespecialiseerde jeugdzorg. De provincies en grootstedelijke regio's zijn verantwoordelijk voor de provinciale jeugdzorg, die bestaat uit:

- jeugdzorg voor kinderen, jeugdigen en hun ouders die ernstige problemen ervaren bij het opgroeien en opvoeden;
- jeugdbescherming voor kinderen en jeugdigen die in hun ontwikkeling worden bedreigd en van wie de ouders (tijdelijk) onvoldoende of niet meer in staat zijn hun opvoedende taak uit te voeren;
- jeugdreclassering om jongeren te begeleiden die met het strafrecht in aanraking zijn gekomen.

Jeugd-ggz is geïndiceerd als kinderen of jeugdigen een psychische stoornis hebben, die te classificeren is in DSM-termen. Dit gaat vrijwel altijd gepaard met sociale of pedagogische problemen en daarom moet de jeugd-ggz samenwerken met partnerinstellingen in het brede netwerk. Als een van de ouders zelf ook psychische stoornissen heeft, is samenwerking met de ggz voor volwassenen aangewezen.

Hieronder bespreken we enkele belangrijke netwerkpartners van de jeugd-ggz.

ONDERWIJS

Kinderen met een psychische stoornis zijn vaak aangewezen op speciaal onderwijs, omdat ze gedrags- en ontwikkelingsstoornissen hebben of omdat hun emotionele of cognitieve ontwikkeling achterloopt. In de jeugd-ggz worden behandeling en onderwijs nauwkeurig op elkaar afgestemd. De categorale instellingen voor kinderen en jeugdpsychiatrie hebben vrijwel altijd een school in de directe nabijheid van hun klinische voorzieningen.

JEUGDZORG

Bij complexe problemen (combinatie van psychische stoornissen en problemen in de opvoeding) en bij de uitstroom naar vervolgzorg of -opvang is het belangrijk dat de jeugd-ggz samenwerkt met de (provinciale) jeugdzorginstellingen. Het aanbod van de provinciale jeugdzorg bestaat uit: ambulante hulp, daghulp, pleegzorg, residentiële jeugdhulp, thuiszorgprogramma's en medische kleuterdagverblijven. Voor doelgroepen waar opvoedingsproblemen en psychische stoornissen beide voorkomen is het gewenst dat de jeugd-ggz en de provinciale jeugdzorg nauwer gaan samenwerken, al dan niet ondersteund door bestuurlijke afspraken of verbindingen. Het verdient aanbeveling dat deze instellingen nadere afspraken maken in elke regio over de doelgroepen die zich bevinden op de scheidslijn tussen beide soorten instel-

BUREAUS JEUGDZORG

lingen. Zij kunnen heel goed samen activiteiten ontwikkelen, bijvoorbeeld in de vorm van transmurale behandelprogramma's.

Op basis van de Wet op de jeugdzorg is het Bureau Jeugdzorg een belangrijke toegangspoort tot de gespecialiseerde jeugdzorg. Het oogmerk van de wetgever is dat alle kinderen en jeugdigen, die zorg behoeven van de tweedelijns jeugdzorg (provinciale jeugdzorg en jeugd-ggz), via de Bureaus Jeugdzorg worden toegeleid. In de praktijk loopt het overgrote deel van de verwijzingen naar de jeugd-ggz echter via de huisarts.

De jeugd-ggz is gebaat bij een zo eenvoudig mogelijke verwijsprocedure, omdat dit in het belang is van de cliënt (geen dubbele wachtlijnen) en de bureaucratie hierdoor afneemt. Het Bureau Jeugdzorg zou zich voor de jeugd-ggz moeten beperken tot een oordeel of ggz geïndiceerd is. De vervolgstap, de behandelingsdiagnostiek, moet binnen de jeugd-ggz gebeuren. De jeugd-ggz koppelt informatie over het verloop van de behandeling terug naar het Bureau Jeugdzorg. Medio 2006 is een indicatieprotocol beschikbaar gekomen, waarin deze afspraken zijn opgenomen.

Naast de toegangsfunctie en indicatiestelling zijn de (gezins)voogdij, de jeugdreclassering en de advies- en meldpunten kindermishandeling belangrijke onderdelen van het Bureau Jeugdzorg.

R.J. VAN DER GAAG
KARAKTER

“Kinder- en jeugdpsychiaters moeten zich toeleggen op diagnostiek en aan de poort in Bureau Jeugdzorg aan het werk gaan. Stel expertise beschikbaar, maar neem het niet over. Vanuit deze diagnostiek wordt verwezen naar de meest passende en doelmatige behandeling.”

GEHANDICAPTEN- ZORG

De relatie tussen de jeugd-ggz en de gehandicaptenzorg is belangrijk voor kinderen die zowel een lichamelijke of verstandelijke handicap als een psychische stoornis hebben. De orthopedagogische centra richten zich op jongeren met een licht verstandelijke handicap. In verschillende regio's zijn de jeugd-ggz en de orthopedagogische centra gaan samenwerken in multifunctionele centra (MFC's). De jeugd-ggz heeft specifieke voorzieningen voor kinderen met een auditieve handicap en een psychische stoornis. De samenwerking met instellingen voor ernstig verstandelijk gehandicapte kinderen is (nog) beperkt.

JUSTITIËLE JEUGD- INRICHTINGEN

Kinderen en jeugdigen wie een rechterlijke maatregel is opgelegd, worden geplaatst in een justitiële jeugdinrichting. Volgens de huidige praktijk gebeurt dit op zowel civielrechtelijke (ondertoezichtstelling, OTS) als strafrechtelijke titel. Het beleid is erop gericht om kinderen met gedragsproblemen en met een civielrechtelijke OTS-maatregel vanaf 2007 op te vangen in de jeugdzorg. De Wet op de jeugdzorg wordt daartoe aangepast, zodat deze doelgroep vanaf 2007 ook kan worden opgevangen in gesloten jeugdzorginstellingen. In dat kader zal een deel van de JJI's in 2008 'van kleur verschieten' (van justitie- naar VWS-instelling).

Om zowel de justitiële als de OTS-geplaatste kinderen op te vangen, is het belangrijk dat de deskundigheid vanuit de jeugd-ggz hierbij wordt ingebracht. In 2006 wordt

daarmee op vijf plaatsen in Nederland ‘proefgedraaid’. De jeugd-ggz wil nadrukkelijk haar verantwoordelijkheid nemen voor de geestelijke gezondheidszorg aan deze complexe doelgroep (zowel de strafrechtelijk als civielrechtelijk geplaatste jongeren).

MW. E. KALSBEEK

VOORZITTER NEDERLANDS JEUGDINSTITUUT, NJI

“Er zijn veel meer kinderpsychiaters en ervaren behandelaars nodig om effectieve behandeling te kunnen geven binnen de JJI’s. Daar moet de ggz veel aandacht voor vragen.”

ZIEKENHUIZEN

De jeugd-ggz verricht op beperkte schaal consultatie aan afdelingen kindergeneeskunde en kinderneurologie van ziekenhuizen. De gespecialiseerde curatieve zorg zal in de toekomst belangrijker worden door de ontwikkelingen op het terrein van de farmacologie en technieken waarin het functioneren van de hersenen zichtbaar wordt (bijvoorbeeld via MRI). Daarom moet de consultatieve functie vanuit de kinderen jeugdpsychiatrie versterkt worden.

VERSLAVINGS- ZORG

De categorale instellingen voor verslavingszorg bieden op beperkte schaal zorg aan jongeren met verslavingsgedrag. Het grootste deel van de jongeren die risico lopen op een verslaving wordt echter niet bereikt. Ook de jeugd-ggz slaagt daar niet in. Beide werkvelden moeten daarom dringend de handen ineenslaan, om te voorkomen dat een groeiende groep jongeren afglijdt. De jongeren die verslaafd dreigen te raken moeten op tijd en intensief behandeld worden.

GEMEENTEN, PROVINCIES, RIJK

De jeugd-ggz werkt binnen een complexe bestuurlijke context. De diverse onderdelen van de jeugdzorg vallen namelijk onder de verantwoordelijkheid van verschillende overheden: gemeenten, provincies en het Rijk. De rijksverantwoordelijkheden zijn belegd bij verschillende ministeries. Deze verbrokkelde structuur komt de samenwerking in de brede jeugdzorg niet ten goede. Met de Wet op de jeugdzorg en de afspraken tussen Bureau Jeugdzorg en aanbieders uit verschillende sectoren moet deze verbrokkeling verminderen. Het is echter de vraag of deze wet daartoe een toereikend instrumentarium biedt (eind 2006 is de eerste evaluatie van de wet geweest, als uitvloeisel van de motie-Soutendijk).

MW. REITSMAN

LANDELIJKE PATIËNTEN- EN BEWONERSRADEN IN DE GGZ

“Het is schokkend en onacceptabel om vanuit de positie en ervaringen van jeugdige cliënten en ouders bij bestuurders gevoelens en blijken van onmacht waar te nemen. Maak een denktank van deskundigen om samen een vernieuwende visie te ontwikkelen en doe daar geen tien jaar over. Betrek de cliënten- en familieledenorganisaties daarbij.”

M. FAAS

ZORGAANBIEDERS MAATSCHAPPELIJKE ONDERNEMERSGROEP,
LEO STICHTINGGROEP

“Consensus over een gezamenlijke aanpak moet op bestuurlijk niveau worden vastgesteld. Een voorbeeld daarvan is het Landelijke convenant autisme. Ook is het denkbaar dat branches in hun certificatie-eisen afstemmingsafspraken opnemen over wie wat doet in de behandeling.”

De instellingen voor jeugd-ggz willen graag praten met de meest betrokken, aanpalende jeugdzorgaanbieders over manieren om binnen de huidige (en op onderdelen uiteenlopende) wetgeving beter samen te werken. In overleg is te bezien welke hinderlijke procedures en regels op korte termijn te schrappen zijn, in het belang van snellere en betere zorg aan jongeren met problemen.

Daarbij kunnen deze partijen samen nadenken over hoe de structuur van de jeugdzorg verbeterd kan worden. GGZ Nederland ondersteunt de aanbevelingen van Steven van Eijck (Sturingsadviezen Operatie Jong) om de jeugdzorg onder te brengen in een eerstelijns compartiment (onder te brengen in de WMO) en een tweedelijns compartiment (onder te brengen in de Zorgverzekeringswet). De doelen die daarmee bereikt worden zijn een aanzienlijke reductie van de diversiteit aan instellingen, veel kortere lijnen tussen eerste en tweedelijnszorg, en een rigoureuze vermindering van de bureaucratie.

Visie op de toekomst

De visie van de jeugd-ggz is samen te vatten met het begrip stepped care. Als we in de jeugd-ggz stepped care (getrapte zorg) toepassen, kunnen vooral de kinderen met de ernstigste stoornissen snel gebruikmaken van de schaarse capaciteit aan jeugd-ggz.⁷ Daarvoor moeten psychische stoornissen in de eerste plaats tijdig worden gesignaleerd. Naast getrapte zorg kan ook de diagnostiek getrapd gedaan worden. Daarbij moeten duidelijk afspraken gemaakt worden over wie welke diagnostiek doet in welke fase (dus ook in de eerste lijn). Vervolgens moet deze getrapte zorg gebaseerd zijn op effectief bewezen behandelmodules. Tot slot moet getrapte zorg uitgewerkt worden in de hele keten en niet slechts beperkt blijven tot de sector jeugd-ggz.

In de beleidsagenda in het begin van dit visiedocument zijn de vier inhoudelijke uitdagingen voor de sector jeugd-ggz geformuleerd. Hieronder werken we uit wat deze uitdagingen in de komende jaren voor de sector betekenen.

JEUGD-GGZ BREED BESCHIKBAAR; OOK IN EEN VROEG STADIUM

Als stoornissen onbehandeld blijven of onderbehandeld worden, kan dit leiden tot persisterende stoornissen die in een later stadium vragen om intensievere en langer durende zorg. Een deel van de kinderen en jeugdigen met psychische stoornissen komt te laat onder de aandacht van de jeugd-ggz, een probleem dat zeker geldt voor kinderen uit migrantengezinnen. Dit komt doordat de stoornissen niet worden herkend of de ernst wordt onderschat en men denkt dat de problemen van (zeer) tijdelijke aard zijn. Betere vroegsignalering en vroeginterventie levert (op langere termijn) capaciteitswinst⁸ én gezondheidswinst op voor de cliënt.

Daarvoor zijn de volgende maatregelen in de jeugd-ggz nodig:

- Uitbreiden van de consultatieve functie voor huisartsen, ziekenhuizen, jeugdgezondheidszorg/ouder & kindcentra⁹ en jeugdzorg, maar ook voor scholen en andere aanpalende voorzieningen. Vroegtijdige signalering van psychische stoornissen bij kinderen uit migrantengezinnen heeft daarbij de hoogste prioriteit.
- Versterken en verdiepen van het preventieve aanbod voor kwetsbare groepen met een hoog risico op psychische stoornissen, zoals kinderen van ouders met een psychiatrische stoornis (KOPP-kinderen¹⁰) en mishandelde kinderen. Om het preventieve aanbod verder te ontwikkelen zal de jeugd-ggz gebruikmaken van de vijftien bewezen effectieve modules voor vroeginterventie.¹¹
- Intensiveren van het preventieve aanbod voor kinderen met gedragsproblemen¹² zoals hyperactiviteit in de eerste levensjaren, fysieke agressie en externaliserend gedrag (pesten, mishandelen, vernielen, brand stichten).

De jeugd-ggz kan op verschillende fronten maatschappelijk probleemgedrag onder jongeren helpen beperken.

Zwerfjongeren

Zwerfjongeren staan de laatste jaren sterk in de maatschappelijke belangstelling, omdat de zorg voor deze kwetsbare groep jongeren tekortschiet.¹³ De ggz moet een actieve rol vervullen om de zorg aan deze specifieke groep te verbeteren, voor zover deze jongeren ook psychische stoornissen hebben. Het is echter de vraag of de jeugd-ggz daarvoor de geschiktste aanbieder is. De gemiddelde leeftijd van deze doelgroep ligt te hoog voor de jeugd-ggz. De grootste groep is tussen de 18 en de 25 jaar en heeft langdurig hulp nodig. Omdat deze kwetsbare groep vaak lastig te motiveren is om zorg te accepteren moet een knip in de zorg zo veel mogelijk vermeden worden.

De groep zwerfjongeren vraagt om een speciale aanpak: bemoeizorg. Nauwe samenwerking met de verslavingszorg is daarbij belangrijk. De ggz voor volwassenen heeft inmiddels kennis en ervaring opgebouwd op dit terrein. Zoals voor emotioneel onvolwassen jongeren boven de 18 jaar geldt dat zij beter passen in de jeugd-ggz, passen de 'streetwise' volwassen zwerfjongeren beter bij de actieve bemoeizorg van de ggz voor volwassenen.

Met *Assertive Community Treatment (ACT)* kan de jeugd-ggz hen - vooral in de grote steden en in samenwerking met de algemene jeugdzorg - helpen opsporen en behandelen. Daarmee kan de jeugd-ggz vooralsnog op bescheiden schaal 'bemoeizorg' voor jeugdigen leveren en overlast door zwerfjongeren helpen voorkomen.

Kinderen en jeugdigen met psychische problemen uit allochtone gezinnen

Als de jeugd-ggz zich maatschappelijk sterker oriënteert, komt er meer aandacht voor kinderen en jeugdigen uit migrantengroepen. Dit geldt vooral in de grote steden waar de etnische samenstelling van de bevolking sterk verandert. Op dit moment zijn kinderen van migranten ondervertegenwoordigd in de ambulante en poliklinische jeugd-ggz. Ze komen veelal via somatische klachten en crisissituaties bij de jeugd-ggz (vaak na te lang wachten). Daarom heeft het voor de jeugd-ggz de hoogste prioriteit om psychische stoornissen bij kinderen uit migrantengezinnen vroegtijdig te signaleren. Maar er is meer nodig. Ook de diagnostiek en de behandeling moeten beter aansluiten bij de specifieke hulpvraag van de cliënten uit migrantengroepen. Het taboe op ggz, dat nog heerst onder deze groep, kan wellicht aangepakt worden door gerichte voorlichting aan de ouders. Daarnaast moet in het aanbod rekening gehouden worden met het feit dat psychotrauma's frequent voorkomen.

Jeugdigen met ernstige gedragsstoornissen

Voor de groep gedragsgestoorde jongeren gaat de jeugd-ggz intensiever samenwerken met de justitiële jeugdinrichtingen. De aangekondigde splitsing van deze instellingen vanaf 2008 in een straf- en civielrechtelijk compartiment vraagt van de jeugd-ggz een actieve inhoudelijke bijdrage. Om daarnaast ook een bijdrage te leveren aan delictpreventie is het dringend gewenst dat de orthopsychiatrie en de forensische jeugdpsychiatrie worden uitgebreid. De jeugd-ggz zal zich ook actief bemoeien met jeugdigen die evident zorg nodig hebben, maar die vooralsnog weigeren.

Aangezien er een relatie bestaat tussen antisociaal gedrag en het gebruik van alcohol en andere middelen, zal de jeugd-ggz kennis en methoden uit de verslavingszorg en ggz moeten integreren om te komen tot passende interventies. Daarom is het een belangrijk speerpunt voor de komende jaren om effectieve behandelprogramma's voor deze doelgroep te ontwikkelen, te implementeren en over te dragen. Daarnaast is ook de intersectorale samenwerking een speerpunt.

Als aangemelde kinderen lang moeten wachten op passende zorg, is dit schadelijk voor hun ontwikkeling. Door *stepped care* (getrapte zorg) toe te passen in de jeugd-ggz kunnen vooral de kinderen met de ernstigste stoornissen snel gebruikmaken van de schaarse capaciteit aan jeugd-ggz.¹⁴

Bij *stepped care* wordt in eerste instantie diagnostiek toegepast die past bij de vraagstelling en probleemschatting. Vervolgens wordt een behandelarrangement aangeboden dat het minst belastend, kortst en goedkoopst is.

Als een (beperkte) interventie geen effect heeft, wordt in tweede instantie gekozen voor een intensievere behandeling. Tijdens de behandeling is aanvullende diagnostiek noodzakelijk om onderbehandeling te vermijden.

In het kader van het verminderen van belastende maatregelen wil de jeugd-ggz zich inspannen om het aantal separaties in de klinische zorg substantieel terug te brengen. Dit past ook in het project om belastende maatregelen terug te dringen, dat begin 2006 binnen GGZ Nederland van start is gegaan (project Dwang en Drang). Tot slot moet getrapte zorg niet beperkt blijven tot de sector jeugd-ggz, maar uitgewerkt worden in de gehele keten.

Gezamenlijke visie ketenpartners

Om samen te werken in een getrapte keten¹⁵ moeten de ketenpartners een gezamenlijke visie hebben op diagnostiek, behandelstrategieën, consultatiemogelijkheden en verwijscriteria. Vooral de afstemming met Bureau Jeugdzorg en huisartsen is hierbij cruciaal. Verwijzers, cliënten en ouders moeten het behandelingsaanbod kennen, zodat adequate verwijzing mogelijk is. Tussen de ketenpartners is op regionaal niveau overeenstemming nodig over vragen als: voor welke cliënt is een behandeling in de eerstelijns zorg adequaat en voor welke cliënten is het geïndiceerd om naar de tweedelijns zorg te verwijzen? De ontwikkeling van multidisciplinaire richtlijnen kan hiertoe bijdragen.

Afspraken regionaal vastleggen

Verskillende instellingen leveren jeugdzorg. Daarom moeten er heldere afspraken bestaan over wie welke onderdelen van het basisaanbod levert (inclusief kwaliteitseisen, normen voor wachttijden en protocollen voor verwijzing). De zorgkantoren hebben hierin ook een belangrijke rol.

Speciale aandacht is nodig voor de continuïteit van zorg in de keten. De jeugd-ggz zal daarbij de volgende drie uitgangspunten hanteren:

- 1** Heldere afspraken vastleggen over de verantwoordelijkheid bij ketenzorg: wie is verantwoordelijk voor welk deel? Ook voor kinderen, jongeren en ouders moet dit transparant en navolgbaar zijn.
- 2** Voorkomen dat cliënten en ouders van het ‘kastje naar de muur’ worden gestuurd om onnodige bureaucratie te vermijden.
- 3** Snelle en deskundige toeleiding naar de juiste zorg (geen dubbele diagnostiek; voorkomen dat cliënten en ouders vaker hetzelfde verhaal moeten vertellen).

Het verdient aanbeveling dat de jeugdzorgpartijen in elke regio convenanten met elkaar sluiten om de afspraken op deze punten vast te leggen.

Intensief samenwerken voor specifieke categorieën

Sectoren moeten vooral intensiever gaan samenwerken rond de volgende twee categorieën patiënten:

- **Kinderen en jongeren met chronische problematiek**
Goede zorg voor kinderen en jeugdigen met langdurige psychische stoornissen vergt

vaak meer dan diagnostiek en behandeling door de jeugd-ggz. Daarvoor is goede samenwerking met aanpalende sectoren nodig, bijvoorbeeld voor opvoedingsondersteuning, psycho-educatie of maatschappelijke zorg voor de ouders en/of specifieke woonvormen voor de jongeren. Speciale aandacht is nodig voor de schoolloopbaan en het arbeidsperspectief van kinderen en jeugdigen, via begeleid leren en arbeidsintegratie.

In dit kader kunnen de RIBW's een belangrijke rol vervullen, zoals inmiddels op enkele plaatsen in het land gebeurt (sinds 2006 is een specifieke NZa-beleidsregel voor deze functie van kracht).

- **Kinderen en jongeren met een combinatie van psychische stoornissen en een verstandelijke beperking**

De samenwerking rond patiënten die naast een psychische stoornis ook een verstandelijke beperking hebben, moeten de jeugd-ggz en de orthopedagogische centra samen verder vormgeven in multifunctionele centra (MFC's). Naast deze doelgroep zou de jeugd-ggz zich ook in moeten spannen om op grotere schaal een bijdrage te leveren aan de diagnostiek en behandeling van ernstiger verstandelijk gehandicapte jongeren met psychische problematiek. Op korte termijn zijn de mogelijkheden hiertoe beperkt, doordat er te weinig kinder- en jeugdpsychiaters zijn.

De laatste jaren zijn er hardnekkige wachtlijsten. Capaciteitstekorten in de jeugd-ggz worden erger, doordat cliënten worden doorgeplaatst naar de provinciale jeugdzorg en woonvoorzieningen¹⁶, waar ook lange wachttijden zijn. Bovendien is er nog steeds een tekort aan kinder- en jeugdpsychiaters in Nederland.¹⁷ Snelle behandeling bevordert echter de ontwikkeling van het kind en voorkomt dat psychische problemen van kinderen en jeugdigen verergeren. Daarom zijn lange wachttijden in de jeugd-ggz een groot probleem.

De diagnostiek en behandeling van de verschillende stoornissen steeds vaker georganiseerd in zorgprogramma's (zorglijnen).¹⁸ Een zorgprogramma is een reeks van handelingen en maatregelen gericht op een doelgroep met een specifieke stoornis. Op basis van wetenschappelijke effectstudies worden richtlijnen ontwikkeld voor de behandeling van specifieke stoornissen. Zorgprogramma's brengen meer samenhang in de zorg, scheppen duidelijkheid voor de cliënt én de financiers en helpen de kwaliteit te bewaken.

Technologische en farmacologische ontwikkelingen zullen de diagnostiek en behandeling van psychische stoornissen in de toekomst zeker verder beïnvloeden, maar dit is een kwestie van de langere termijn. Inhoudelijk is er de komende jaren vooral winst te behalen door zorgprocessen effectiever in te richten. Dit kan door richtlijnen te ontwikkelen en meer evidence based en vraaggericht te gaan werken.

Het Landelijk Kenniscentrum Kinder- en jeugdpsychiatrie levert hierbij vanaf 2006 een belangrijke bijdrage. Om praktijk en wetenschap beter op elkaar aan te laten sluiten, moeten meer initiatieven worden genomen voor wetenschappelijk onderzoek bij cliëntenzorg. Hiervoor moeten meer wetenschappelijke gelden worden gevonden en moeten de jeugd-ggz-instellingen bereid zijn onderzoeken in hun praktijk te ondersteunen. Hiertoe zullen dwarsverbanden tussen de academische afdelingen KJP en de jeugd-ggz worden verstevigd. In breder perspectief kan internationale samenwerking nieuwe impulsen voor vernieuwing bieden.

**JEUGD-GGZ BREED
BESCHIKBAAR:
MEER CLIËNTEN
EFFECTIEVER EN
SNELLER HELPEN**



Literatuur

- 1 American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition. Washington, DC.
- 2 Cijfers over de prevalentie verschillen tussen onderzoeken, vooral door verschillen in definities en methoden. Sommige onderzoeken rapporteren prevalenties van boven de 30 procent voor psychische stoornissen onder jeugdigen. Maar als deze groep vervolgens beperkt wordt tot de stoornissen in combinatie met duidelijk disfunctioneren, dan blijft hiervan 5-6 procent over. Bron: Verhulst FC, Kinder en jeugdpsychiatrie, in: De Jong A, et al (1999). Handboek Psychiatrische Epidemiologie. Maarsen: Elsevier / De Tijdstroom.
- 3 Bronnen:
Verhulst FC, Kinder en jeugdpsychiatrie, in: De Jong A, et al. (1999). Handboek Psychiatrische Epidemiologie. Maarsen: Elsevier / De Tijdstroom.
Rutter M, Taylor E. & Hersov (1994). Child and Adolescent Psychiatry (3e edition). Oxford: Blackwell Science.
Raijmakers VJA, et al. (2005). Zorgbehoefte en zorgvraag in de geestelijke gezondheidszorg regio Midden-West Utrecht. Utrecht: Julius Centrum, Universitair Medisch Centrum Utrecht.
- 4 Bron: Trimbos-instituut (2004). Nationale Drugsmonitor – jaarbericht 2004. Utrecht.
- 5 De relatie tussen middelengebruik/-misbruik en antisociaal gedrag is duidelijk, maar de richting van de relatie niet. Druggebruik kan leiden tot antisociaal gedrag en omgekeerd.
Bron: Huizinga, D. & Jakob-Chien, C. (1998). The contemporaneous co-occurrence of serious and violent juvenile offending and other problem behaviors, in: Loeber, R.L. & Farrington, D.P. (1998). Serious & Violent Juvenile Offenders: risk factors and successful interventions. Thousand-Oaks, CA: Sage.
- 6 Het jeugdbeleid volgens de Welzijnswet, die in 2007 wordt vervangen door de Wet maatschappelijke ondersteuning; de jeugdgezondheidszorg volgens de Wet op de collectieve preventie en volksgezondheid.
- 7 De huidige capaciteit jeugd-ggz kan hulp bieden aan ongeveer 40 procent van de kinderen met psychische problemen die zodanig ernstig zijn dat ze gepaard gaan met duidelijk disfunctioneren in het dagelijks leven (zie eerder: 5 procent van de kinderen heeft ernstige problemen, en 2 procent van de kinderen is in zorg, wat 40 procent van 5 procent is).

- 8** In eerste instantie zal het een aanvullende investering vergen, omdat er een grotere (kortdurende) instroom komt, terwijl de 'oude' (langdurende) groep nog in behandeling is.
- Economen hebben berekend dat preventieve maatregelen het effectiefst zijn, als ze vroeg in het leven plaatsvinden. Bron: Rendement van maatschappelijke investeringen in de jeugd. Carneiro, P. & Heckman, J. J. (2003). Human Capital Policy (No. IZA DP No. 821). Bonn, Germany: Institute for the study of labor.
- 9** Het Ouder&Kkindcentrum (OKC) is een manier om jeugdgezondheidszorg te verbinden met andere algemene voorzieningen die belangrijk zijn voor de gezonde ontwikkeling van jonge kinderen. Het is een laagdrempelige voorziening in de wijk waar de gesignaleerde gezondheidsproblemen van kinderen integraal worden behandeld. De samenwerkende partners in het OKC zijn: de verloskundigen, de kraamzorg, het consultatiebureau, de aanbieders van opvoedingsondersteuning en ontwikkelingsstimulering. Door alle functies in één gebouw onder te brengen, wordt optimale afstemming en samenwerking mogelijk. In Amsterdam bestaan al OKC's; andere steden zoals Utrecht en Groningen hebben concrete plannen daartoe.
- 10** Een voorbeeld van een doelgroep voor preventie is de groep kinderen van ouders met een psychische stoornis of verslavingsprobleem. Het gaat om een grote groep: 1,6 miljoen kinderen onder de 22 jaar hebben ouders bij wie een psychische stoornis is gediagnosticeerd en ongeveer 300.000 kinderen hebben een vader en/of moeder met alcoholproblemen. Ongeveer een derde van hen krijgt later zelf ernstige psychische problemen zoals stemmingsstoornissen, angststoornissen en alcoholafhankelijkheid. Van de kinderen van wie beide ouders een psychische stoornis hebben, krijgt 66 procent ooit zelf een psychische stoornis. In de kinderpsychiatrische klinieken heeft 77 procent van de kinderen met een ontwikkelingsstoornis en 55 procent van de kinderen met een gedragsstoornis één of twee ouders met een psychische stoornis.
- 11** In een recent rapport dat is opgesteld in opdracht van het ministerie van VWS, zijn 15 interventies voor geïndiceerde preventie en vroeginterventie geïnventariseerd die bewezen effectief zijn gebleken (in een randomized controlled trial):
- Coping With Stress Course (Clarke et al., 1995);
 - Counselors Care Coping and Support Training (Randell et al., 1998);
 - Penn Prevention Program (Jaycox et al., 1994);
 - Coping with Depression (Antonuccio, 1998);
 - Parent Management Training Oregon (Patterson, G, 2005);
 - The Montreal Longitudinal Experimental Study (Tremblay, 1995);
 - Incredible Years (in Nederland in testfase: Matthys, UMC Utrecht);
 - Nurse-Family Partnership (Olds et al., 1997, 1998, 1999; in Nederland getest: Voorzorg);
 - Queensland Early Intervention and Prevention of Anxiety Project (Dadds et al., 1999);
 - Primary Mental Health Project (o.a. Cowen et al., 1992, 1995; Barton & Shivers 1997);
 - Stress Inoculation Training (Haines 1992; Haines & Ellmann 1994; Kiselica et al., 1994);
 - Social Effectiveness (Beidel et al., 2000; Kashdan & Herbert, 2001);
 - Therapy for Children;
 - Video Feedback Training (Weiner et al., 1994);
 - Parent Child Interaction Training (Hood & Eyberg, 2003; Nixon et al., 2003).
- Voor uitgebreide literatuurverwijzingen: zie onderstaande bron. De commissie die het rapport heeft opgesteld, heeft ook honderden interventies geïdentificeerd die in Nederland worden gebruikt maar onvoldoende bewezen werkzaam zijn. Bron:

Hermans, J., Öry, F. & Schrijvers, G. (2005). Helpen bij opgroeien en opvoeden: eerder, sneller en beter – een advies uitgebracht op verzoek van staatssecretaris drs. Ross-Van Dorp. Utrecht, 13 september 2005.

- 12 De laatste jaren gaat er veel aandacht uit naar de antisociale ontwikkeling van kinderen en jeugdigen en de mogelijkheden om gedragsproblemen te verminderen door vroeginterventie. Er zijn inmiddels vele programma's voor selectieve preventie en vroeginterventie, maar de effectiviteit van deze interventies onder niet-experimentele omstandigheden is vaak nog een open vraag. Daarom dient het algemene motto te zijn: 'Prevent what is preventable, and diagnose only if treatable.' (Cochrane's test volgens Light, in: Thornicroft, G. & Tansella, M. (1999). The mental health matrix – a manual to improve services. Cambridge, UK: Cambridge University Press).
- 13 Bronnen:
Algemene Rekenkamer. Zwerfjongeren 2005. Den Haag: 20 december 2005.
Algemene Rekenkamer. Opvang zwerfjongeren 2004. Den Haag: 20 december 2004.
TK, vergaderjaar 2003-2004: 29290, nr. 2. Opvang Zwerfjongeren 2003. Den Haag.
TK, vergaderjaar 2002-2003: 28265, nr. 2. Opvang Zwerfjongeren. Den Haag.
- 14 De huidige capaciteit aan jeugd-ggz kan hulp bieden aan ongeveer 40 procent van de kinderen met psychische problemen die zodanig ernstig zijn dat ze gepaard gaan met duidelijk disfunctioneren in het dagelijks leven (zie eerder: 5 procent van de kinderen heeft ernstige problemen, en 2 procent van de kinderen is in zorg, wat 40 procent van 5 procent is).
- 15 Bron: Meeuwissen, J. en Weeghel, J. van (2003). Ontwikkeling, evaluatie en implementatie van een stepped care-programma voor depressie. Utrecht: Trimbos-instituut.
- 16 Het 'verkeerdebeddenprobleem': plaatsen die bezet blijven door patiënten die eigenlijk elders geholpen moeten worden.
- 17 De voorspelling uit het midden van de jaren negentig, dat het aantal kinder- en jeugdpsychiaters heel sterk zou gaan dalen, is niet uitgekomen. In de afgelopen zeven jaar is het aantal fulltime equivalenten kinder- en jeugdpsychiaters toegenomen met 16 procent (van 170 naar 198). Bron: Boer F. (2005) Child and adolescent psychiatry in the Netherlands: patterns of practice 7 years later. Eur Child Adolesc Psychiatry 14:351-355.
- 18 In de jeugd-ggz zijn de volgende zorgprogramma's ontwikkeld: angststoornissen, voordeurprogramma, systeemproblematiek, stemmingsstoornissen, schizofrenie en aanverwante stoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, eetstoornissen, (pervasieve) ontwikkelingsstoornissen, aandachtstekortstoornissen en gedragsstoornissen, aan een middel gebonden stoornissen. Bron: www.ggznederland.nl.

COLOFON

GGZ Nederland is verantwoordelijk voor het opstellen van dit document. GGZ Nederland dankt de instellingen voor de kinder- en jeugdpsychiatrie voor hun inbreng en hoopt dat de uiteindelijke inhoud zal bijdragen aan herkenbaarheid van het vak. Verder dankt GGZ Nederland een ieder door wiens inspiratie de inhoud van Jeugd-ggz breed beschikbaar, ambities voor de jaren 2006 – 2008 mede tot stand is gekomen.

UITGAVE

GGZ Nederland, Amersfoort

TEKST

H.G. Bosweger, Curium; mw. S.H. Hartman-Faber, PTC De Viersprong; A.A. Rietveld, Accare; J. Sleeger, Denken en doen

OPDRACHTGEVER

GGZ Nederland

ONTWERP

www.taluut.nl

DRUKWERK

Océ

OPLAGE

1000

PUBLICATIENUMMER

2006-314L

EINDREDACTIE

Mw. C.A.A.M. Brekelmans, GGZ Nederland

BESTELLEN

Deze publicatie is te bestellen bij GGZ Nederland, Amersfoort o.v.v. publicatienummer en aantal.

e-mail: info@ggz nederland.nl

fax: 033 460 8999

© Amersfoort, januari 2007