

beschikbaar bereikbaar betrouwbaar en in beweging

een visie op jeugd-ggz



GGZNEDERLAND

In de jeugd-ggz helpen we kinderen en jongeren die door een psychische aandoening worden beperkt in hun functioneren. We schatten de aard en ernst van de psychische aandoening in. Dat doen we liefst in een vroeg stadium om snel met de behandeling te kunnen starten. Tijdens de behandeling versterken we de kennis en competenties van jeugdigen en hun omgeving (thuis en op school), zodat zij zo zelfstandig mogelijk kunnen meedoen aan de samenleving. Hierbij willen we een bereikbare, beschikbare en betrouwbare samenwerkingspartner zijn, die actief meedenkt en meewerkt aan de best mogelijke hulp.

04 Voorwoord

06 Samenvatting

Hoofdstuk 1

08 Kinderen en jongeren met psychische aandoeningen

08 1.1 Kwetsbaarheid voor psychische aandoeningen

08 1.2 Kenmerken van psychische aandoeningen

10 1.3 Psychische aandoeningen in de kindertijd in cijfers

Hoofdstuk 2

12 Zorg voor kinderen en jongeren met psychische problemen

12 2.1 Veelzijdige hulp

13 2.2 Ouders: partners van hulpverleners

14 **Cindy slaat wild om zich heen en dreigt uit het raam te springen...**

15 2.3 Wetenschappelijk gefundeerde zorg

15 2.4 Diverse doelgroepen

18 2.5 Functies jeugd-ggz

Hoofdstuk 3

22 Uitgangspunten Jeugdwet

22 3.1 Transformatiedoelen

23 3.2 Jeugd-ggz sluit aan bij nieuw perspectief

Hoofdstuk 4

24 Transformatie agenda: uitdagingen voor jeugd-ggz

24 4.1 Vroegtijdig signaleren

24 Ambitie 1: Sterkere consultatie functie

25 Ambitie 2: Meer aandacht voor jonge kinderen tot 6 jaar

26 **Jasper stuitert rond, maakt niets af en wordt heel snel boos...**

27 Ambitie 3: Speciale aandacht voor allochtone jeugdigen met (een vermoeden van) psychische aandoeningen

27 Ambitie 4: Participatie van kinderen en jongeren is leidend

28 4.2 Vroegtijdige aanpak in het gezin

28 Ambitie 5: Laten zien wat de jeugd-ggz bereikt

29 Ambitie 6: Versterken eigen kracht van ouders

29 Ambitie 7: Verstevigen van gedeelde besluitvorming

30 **Dave is agressief en trekt regelmatig zijn broek naar beneden...**

31 Ambitie 8: Beschikbaar en bereikbaar zijn

31 4.3 Specialistische hulp bij complexe problemen

32 Ambitie 9: Meer oog voor verwaarloosde, mishandelde en misbruikte kinderen

32 Ambitie 10: Samenhangend aanbod realiseren

33 Ambitie 11: Privacy respecteren

33 Ambitie 12: Verstandige afbouw van klinische capaciteit

34 **Kees heeft heftige tics en kan fel op vriendjes reageren...**

35 Ambitie 13: Goede zorg voor 18+

35 Ambitie 14: Blijven investeren in kennisontwikkeling

Hoofdstuk 5

37 Verantwoording

37 5.1 Geraadpleegde bronnen

38 5.2 Werkwijze

Voorwoord

Op 1 januari 2015 is de nieuwe Jeugdwet van kracht. Hierdoor bestaat er voor het eerst in de geschiedenis één wettelijke basis voor de hulp aan jeugdigen. De wet beschrijft in hoofdlijnen het hoe, wat en waarom van deze hulp.

De overheid organiseert jeugdhulp “vanuit de maatschappelijke ambitie dat alle kinderen gezond en veilig opgroeien, naar vermogen kunnen meedoen in de eigen leefomgeving en hun talenten benutten, zodat zij zich ontwikkelen tot zelfstandige, actieve, competente volwassenen, die verantwoordelijkheid kunnen en willen dragen voor zichzelf en hun omgeving en een positieve bijdrage leveren aan de samenleving” (Vereniging Nederlandse Gemeenten, 2013).

De samenleving wil dat kinderen met problemen goed geholpen worden. Met hulp en zorg die ‘werkt’ en betaalbaar is. Dus zonder overbodige interventies, tegen de laagste prijs en waar mogelijk bewezen effectief. Dat

vraagt van hulpverleners dat zij steeds de juiste dingen doen, op de juiste manier, en tegen de laagste kosten. Op deze manier dient jeugdhulp een bijdrage te leveren aan een mentaal vitale samenleving.

Kinderen kunnen te maken krijgen met zeer uiteenlopende psychische problemen. Ook zijn er kinderen die een verhoogd risico lopen om in hun ontwikkeling geremd te worden. Bij de behandeling van dit soort problemen gaat het om de beïnvloeding van gedrag, emotie en interactie in hun context. Dat moet ertoe leiden dat deze kinderen zo goed mogelijk kunnen meedoen. Thuis en op school, nu en later als volwassene in de maatschappij. De jeugd-ggz is één van de partijen die hieraan een bijdrage levert.

De manier waarop de bestaande zorg voor kinderen en jongeren is georganiseerd, heeft te maken met de ontstaansgeschiedenis van de jeugdgezondheidszorg, jeugdzorg, voogdij, reclassering en jeugd-ggz. Al deze sectoren zijn de afgelopen decennia steeds professioneler gaan werken, onder meer door kennis uit verschillende wetenschappen toe te passen. Bijvoorbeeld vanuit de orthopedagogiek, psychologie, geneeskunde, psychiatrie, erfelijkheidsleer en sociologie. Omdat deze wetenschappen nieuwe inzichten ontwikkelen op basis van steeds weer andere vragen vanuit de samenleving, blijft ook de hulp voor jeugdigen permanent in beweging. De jeugd-ggz onderscheidt zich van andere jeugdhulp-

.....

aanbieders door de focus op één specifieke doelgroep: kinderen en jongeren met een (risico op een) psychische aandoening. Soms is er echter sprake van een overlap met groepen die door andere jeugdhulpvoorzieningen worden geholpen. Dat kan te maken hebben met veranderende inzichten in de oorzaken en behandelmogelijkheden van bepaalde aandoeningen. ADHD is hier een goed voorbeeld van. De naam voor deze aandoening is in de loop der jaren veranderd van MBD in ADHD. Dit kwam door nieuwe wetenschappelijke inzichten in de oorzaken van de geconstateerde gedragsproblemen. Die inzichten leiden nu tot de discussie voor welk gedrag wel of geen behandeling nodig is. Op basis van nieuwe kennis over de manier waarop we gedrag kunnen beïnvloeden, worden kinderen met ADHD steeds vaker stapsgewijs geholpen. Hierbij wordt gezocht naar betere differentiatie, zodat meer kinderen met ADHD en hun ouders in eerste instantie in het veld van de Jeugd & Opvoedhulp kunnen worden ondersteund. Hieruit blijkt hoe belangrijk samenwerking is. Niet alleen in de zorg en hulpverlening zelf, maar ook in het opzetten van wetenschappelijk onderzoek en het toepassen van nieuwe kennis om kinderen beter te kunnen behandelen. Dat maakt het ‘beïnvloeden van gedrag, emotie en interactie in hun context’ effectiever en goedkoper, met alle voordelen van dien voor de samenleving.

Dit document beschrijft de plaats van de jeugd-ggz in het domein van de jeugdhulp. Daarbij laten we zien welke ambities de jeugd-ggz heeft om de behandeling en begeleiding van kinderen en jongeren zo slim en efficiënt mogelijk te organiseren.

Samenvatting

In Nederland kampen circa 175.000 kinderen en jongeren met een psychische aandoening die hen in min of meerdere mate beperkt in hun dagelijks functioneren. Daarnaast is er een groot aantal kinderen met een psychische kwetsbaarheid als gevolg van bijvoorbeeld verwaarlozing, mishandeling of misbruik.

In de jeugd-ggz richten we ons op deze kinderen en hun ouders (of opvoeders/verzorgers). Met vroegtijdige signalering, om te voorkomen dat de kinderen onnodig in hun verdere ontwikkeling worden belemmerd. Met diagnostiek om de aard en de ernst van de psychische aandoening te onderzoeken. En met preventieve ondersteuning en een breed pallet aan behandelmogelijkheden. Hierbij maken we gebruik van richtlijnen en zorgprogramma's waarin de laatste inzichten verwerkt zijn vanuit de psychologie, orthopedagogiek, geneeskunde, psychiatrie erfelijkheidsleer en sociologie. Psychische aandoeningen hebben namelijk te maken met genetische, biologische, psychologische en omgevingsfactoren.

Verreweg de meeste kinderen krijgen een ambulante behandeling of een dagbehandeling. Slechts 3 procent wordt voor kortere of langere tijd in een kliniek behandeld. Want – zo luidt een van de motto's van de jeugd-ggz – 'beter worden, doe je thuis'. We bieden zoveel mogelijk hulp op maat: dat betekent dat we snel schakelen tussen intensieve en minder intensieve zorg om steeds te bieden wat nodig is.

Omdat in de jeugdhulp diverse instanties te maken kunnen krijgen met kinderen met een psychische aandoening en hun ouders, richt de jeugd-ggz zich ook op hen. Met consultatie aan keten- en netwerkpartners delen we onze kennis, zodat zij meer weten over het ontstaan van psychische aandoeningen, het belang van vroegsignalering en de mogelijkheden om psychische aandoeningen effectief te behandelen.

De nieuwe Jeugdwet die per 1 januari 2015 van kracht is, biedt een overkoepelend juridisch kader voor alle hulp aan jeugdigen. In het verlengde van de nieuwe wetgeving is een transformatie in gang gezet, waarbij meer dan voorheen de eigen kracht van burgers en hun omgeving wordt aangesproken. Daarnaast is de transformatie gericht op het organiseren van vroegtijdige signalering en preventie, en op het bieden van een vangnet voor kwetsbare burgers.

Met het oog op deze transformatie hebben we 14 ambities geformuleerd om duidelijk te maken waar de jeugd-ggz voor staat en voor gaat:

- 1 verdere versterking van de consultatie, zodat meer netwerkpartners psychische aandoeningen bij jeugdigen leren herkennen en weten wat ze dan het beste kunnen doen;
- 2 extra focus op kinderen tot zes jaar, omdat met vroeg signaleren én interveniëren in de kindertijd nog veel winst kan worden geboekt;
- 3 speciale aandacht voor allochtone jeugd, zodat we hen beter bereiken en beter kunnen helpen door een cultuur-sensitieve benadering;
- 4 duidelijk perspectief op participatie, met ruimte voor diversiteit zodat kinderen op alle fronten zo zelfstandig mogelijk kunnen meedoen;
- 5 betere bekendheid en beeldvorming van de jeugd-ggz zelf, zodat kinderen, ouders en netwerkpartners weten wat daar te 'halen' valt en welke resultaten we boeken;
- 6 versterking van de eigen kracht van ouders, zodat meer kinderen met ernstige psychische problematiek thuis kunnen opgroeien;
- 7 meer ruimte voor gedeelde besluitvorming, zodat kinderen en hun ouders beter kunnen meebeslissen over behandeldoelen en het behandeltraject;
- 8 betere beschikbaarheid en bereikbaarheid, zodat we er zijn wanneer dat nodig is voor kinderen, ouders en ketenpartners, ook in de avonduren en weekenden;
- 9 meer oog voor verwaarloosde, mishandelde en misbruikte kinderen zodat zij sneller passende zorg en bescherming ontvangen;
- 10 een samenhangend aanbod waarbij meerdere netwerkpartners hun eigen expertise leveren om de benodigde hulp snel op- en af te kunnen schalen;
- 11 een respectvolle omgang met kinderen en hun ouders, waarbij we het beroepsgeheim en de code kindermishandeling in acht nemen;
- 12 een verstandige reductie van 'bedden' en het vergroten van alternatieven voor klinische behandelingen, zodat de behoefte aan bedden capaciteit verder afneemt;
- 13 goede zorg voor jongeren tussen de 18 en 23 jaar bieden omdat juist in deze transitiefase problemen zichtbaar worden of kunnen versterken en continuïteit van de behandeling essentieel is;
- 14 intensieve samenwerking met kennispartners om meer onderzoek mogelijk te maken naar het ontstaan en beloop van psychische aandoeningen en het resultaat van interventies.

1 Kinderen en jongeren met psychische aandoeningen

Psychische aandoeningen bij kinderen en jongeren zijn verstoringen die een gezonde ontwikkeling naar volwassenheid belemmeren.

1.1 KWETSBAARHEID VOOR PSYCHISCHE AANDOENINGEN

Psychische aandoeningen hebben zelden één enkele oorzaak. Doorgaans spelen hierbij behalve genetische en biologische factoren ook psychologische factoren en omgevingsfactoren mee.

Sommige kinderen hebben een verhoogde kwetsbaarheid voor het ontwikkelen van een psychische aandoening: kinderen met een ‘moeilijk temperament’ (rusteloosheid, impulsiviteit, gering concentratievermogen); kinderen met versterkte inhibitie (sterk teruggetrokken, angstig, verlegen); en kinderen met beperkte verstandelijke vermogens. Zo heeft een kind met een verstandelijke handicap bijvoorbeeld drie tot vier maal meer kans op het ontwikkelen van een psychische aandoening dan een normaal begaafd kind¹.

Verder zijn er tal van onregelende omgevingsfactoren die ongunstig zijn voor de ontwikkeling van kinderen, zoals mishandeling, misbruik en verwaarlozing. Kinderen kunnen hierdoor beschadigd raken en psychische aandoeningen ontwikkelen, zoals trauma-gerelateerde stoornissen.

1.2 KENMERKEN VAN PSYCHISCHE AANDOENINGEN

Psychische aandoeningen in de kindertijd stagneren de psychologische, cognitieve en sociale ontwikkeling. Een kind leert in dat geval niet wat een ander kind van dezelfde leeftijd wel leert. En als een kind iets niet leert, heeft dat gevolgen voor alle volgende

¹ WRR (2005)

ontwikkelingstaken. Zo kan een psychische aandoening bij kinderen leiden tot ernstige beperkingen in het functioneren, thuis en op school. Wanneer een kind langere tijd in verschillende situaties gedrag vertoont waar het zelf – of zijn omgeving – last van heeft, kan dat een aanwijzing zijn voor een psychische aandoening.

Psychische aandoeningen bij kinderen en jongeren kunnen zich verschillend uiten. Voor de buitenwereld zijn ze vaak herkenbaar aan afwijkend gedrag of gedragsveranderingen: boosheid, teruggetrokken of extreem aanwezig gedrag, driftbuien, vaak bang zijn, snel afgeleid zijn, weinig vriendjes hebben, niet willen of kunnen slapen, leerproblemen, spijbelen, vaak ruzie maken en piekeren.

Het samenspel van biologische en omgevingsfactoren bepaalt of en hoe een psychische aandoening ontstaat en zichtbaar wordt in het gedrag van de jeugdige.

Voor een deel van de jeugdigen zijn de psychische problemen van tijdelijke aard. In dat geval kunnen de problemen geheel verdwijnen. Maar daarna blijft er vaak wel sprake van verhoogde kwetsbaarheid, waarbij het risico op terugkeer van klachten blijft bestaan.

De klachten als gevolg van traumatische ervaringen kunnen geheel verbleken, maar in sommige gevallen levenslang verstoringen in het functioneren veroorzaken. Bij aandoeningen zoals autisme, schizofrenie en ADHD is vaak sprake van blijvende beperkingen op het gebied van emoties, gedrag en denken.

Verstoring van functies

Een psychische aandoening kenmerkt zich door verstoring van functies als: aandacht, geheugen, concentratie, probleemoplossend vermogen, denkvermogen, mentale snelheid, motivatie, discipline, impulscontrole, stressgevoeligheid, beloning, zelfperceptie, ander-perceptie en realiteitszin. Verstoring van deze functies leidt tot beperkingen in het dagelijks leven en beperkingen in de ontwikkeling.

1.3 PSYCHISCHE AANDOENINGEN IN DE KINDERTIJD IN CIJFERS

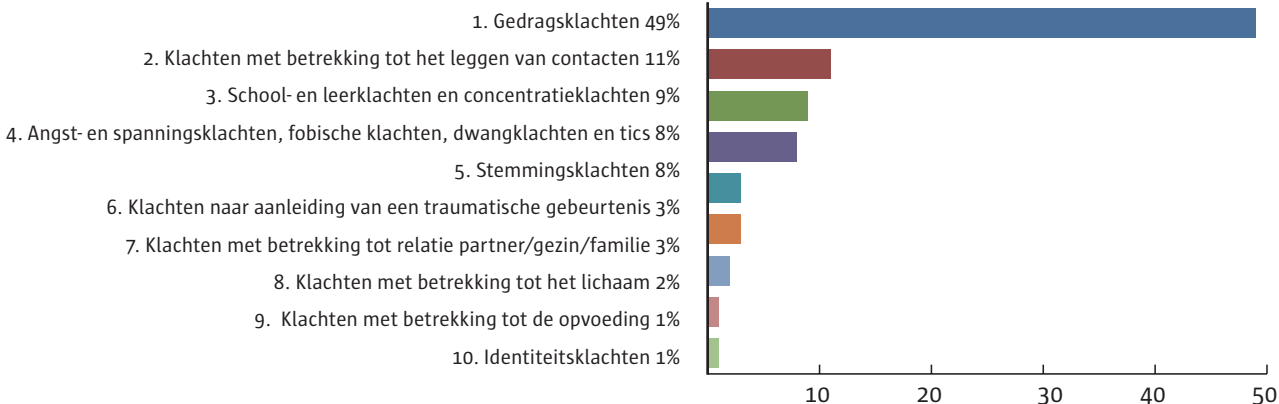
In Nederland leven 3,5 miljoen minderjarigen (CBS, 2013). 15% van hen ondervindt serieuze problemen. Een derde hiervan – dus 5% van alle minderjarigen - ontwikkelt een psychische aandoening. Het gaat hierbij om circa 175.000 kinderen en jongeren.

Eenderde van de kinderen en jongeren die in behandeling is in de ggz kampt met een zogeheten ‘aandacht-tekort’ stoornis zoals ADHD.

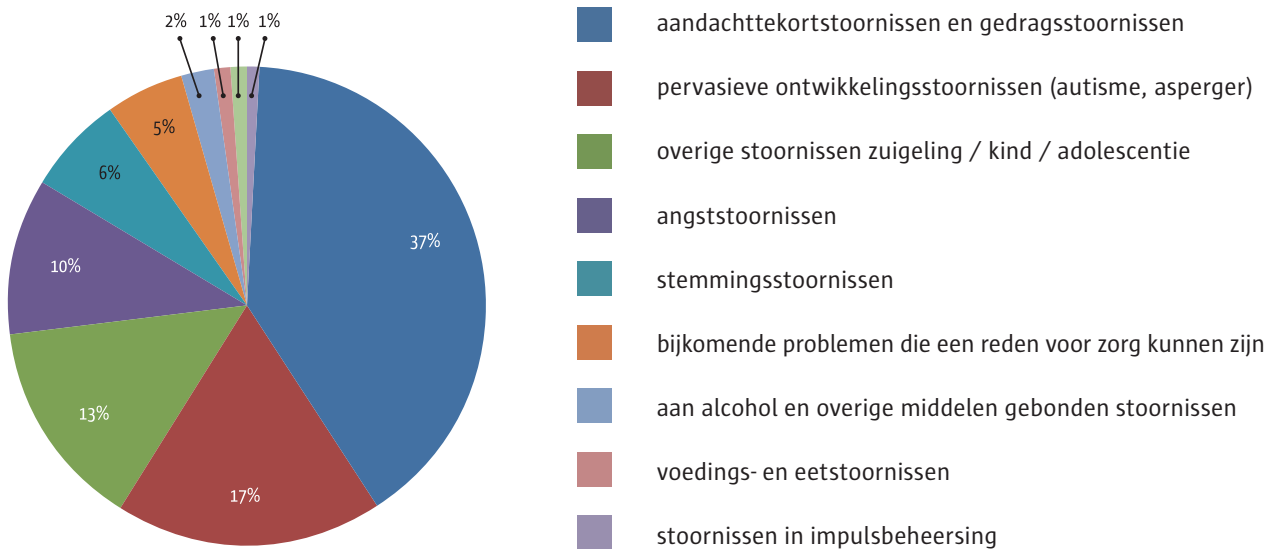
Een vijfde van de kinderen en jongeren kampt met een stoornis in het autisme spectrum (ASS). Minder dan 10% heeft een angststoornis en minder dan 5% een stemmingsstoornis. Persoonlijkheidsstoornissen ontwikkelen zich vaak in de adolescentie maar mogen vanwege internationale afspraken pas na het achttiende levensjaar geclassificeerd worden. Daarom komt deze categorie niet voor in het overzicht van aandoeningen bij kinderen en jongeren.

Ouders en hun kinderen zoeken hulp voor klachten die negatieve gevolgen hebben voor hun functioneren op school, thuis en in het sociale verkeer.

Top 10 aanmeldklachten jeugd-ggz, 2009



Top 10 problematiek: primaire diagnoses 0 t/m 17 jaar, 2012²



Tabel Aantal kinderen en jongeren in behandeling in de ggz tussen 2008-2012

	2008	2009	2010	2011	2012
0 – 5 jaar	9.018	9.798	10.092	9.846	9.420
6 – 11 jaar	66.202	72.060	73.090	70.110	69.214
12 – 17 jaar	78.438	84.588	87.698	86.819	88.676
totaal	153.658	166.446	170.880	166.775	167.310
0 – 17 jaar					

Tot 12 jaar zijn meer jongens in behandeling voor psychische aandoeningen dan meisjes. Deze verhouding is al jaren stabiel: circa tweederde jongens en eenderde meisjes. Vanaf 12 jaar verschuift deze verhouding maar zijn er nog steeds meer jongens in behandeling (61%) dan meisjes (39%). Bij jongeren tussen de 18 en 23 jaar kantelt het beeld: dan zijn iets meer meiden (54%) in behandeling dan jongens (46%)³.

² Deze cijfers zijn afkomstig van het DBC-registratiesysteem, het DIS. De cijfers zijn gebaseerd op de afgesloten diagnose behandelcombinaties van zorgaanbieders die lid zijn van GGZ Nederland.

³ GGZ Nederland (2013a)

2 Zorg voor kinderen en jongeren met psychische problemen

Jeugd-ggz instellingen bieden gespecialiseerde zorg aan kinderen en jongeren van 0 tot 23 jaar en aan hun ouders. Bij de kinderen en jongeren is sprake van (een vermoeden van) een psychische aandoening. Het aanbod van de jeugd-ggz bestaat uit: preventieve ondersteuning, consultatie aan ketenpartners, diagnostiek, ambulante behandeling, dagbehandeling, behandeling met verblijf en crisiszorg. Bij de behandeling zet de jeugd-ggz kennis in vanuit meerdere wetenschappen: psychologie, orthopedagogiek, geneeskunde, psychiatrie, maar ook bijvoorbeeld erfelijkheidsleer en sociologie.

2.1 VEELZIJDIGE HULP

De jeugd-ggz biedt steeds vaker flexibele en ambulante zorg. Waar mogelijk krijgt het kind behandeling en begeleiding dichtbij huis, zodat het contact met het gezin, familie en vrienden behouden blijft. Bovendien trachten we hulp op maat te bieden waarbij zo nodig we snel schakelen tussen ambulante behandeling en 24/7-zorg. Slechts 3% van de kinderen die in de jeugd-ggz worden behandeld, worden voor kortere of langere tijd opgenomen in een kliniek.

De intensiteit van de zorg varieert en kan flexibel op- of afgeschaald worden. Dit hangt af van de hoeveelheid klachten, van de mate waarin het kind beperkt is in zijn functioneren, en wanneer bij een transitie naar een andere levensfase klachten verergeren (bijvoorbeeld bij de overstap van peuterklas naar basisschool, of van basisschool naar voortgezet onderwijs).

Breed palet behandelmogelijkheden

De jeugd-ggz biedt een breed palet aan hulpmogelijkheden. Variërend van licht bijsturend tot ingrijpend, en van ambulant tot klinisch. Daarnaast wordt de hulp zowel face-to-face als online geboden. Soms wordt alleen het kind of de jongere begeleid, maar soms strekt de begeleiding zich ook uit tot het hele gezin of zelfs de school. De hulp kan kortdurend zijn, maar het komt ook voor dat die jaren achtereen nodig is. De behandeling is gericht op genezing of - in geval van chronische aandoeningen - op optimale ontwikkeling en participatie, zodat het kind binnen de eigen mogelijkheden en beperkingen een zo normaal mogelijk leven kan leiden. De behandeling kan medicamenteus zijn, zich richten op het sociaal functioneren (zoals vaardigheidstrainingen) en/of het psychisch functioneren (zoals psychotherapie).

2.2 OUDERS: PARTNERS VAN HULPVERLENERS

De gezinssituatie is altijd relevant voor de behandeling van psychische aandoeningen bij kinderen en jongeren. Daarom worden ouders, opvoeders en verzorgers als partners van de hulpverleners betrokken bij de diagnostiek en behandeling. Hiervan wordt alleen afgeweken als dit evident niet in het belang van het kind is, of als het kind 16 jaar of ouder is en gegronde, consistente redenen heeft om dit niet te willen. Dit komt echter maar zelden voor. En als het voorkomt, wordt met de jongere gezocht naar een optie waarbij de opvoeders toch in beeld blijven.

De behandeldoelen worden samen met het kind en zijn ouders/verzorgers geformuleerd en vastgelegd in een persoonlijk (medisch) behandelplan. De behandeling wordt periodiek geëvalueerd met de ouders/verzorgers, waar mogelijk met het kind (afhankelijk van leeftijd en mogelijkheden) en met school of dagverblijf (indien geïndiceerd en alleen met instemming van de betrokkene of zijn wettelijke vertegenwoordiger). Waar nodig worden de behandeldoelen op basis van deze evaluatie bijgesteld.

Cindy slaat wild om zich heen en dreigt uit het raam te springen

Cindy (15) is een vrij onopvallend meisje. Maar dat verandert als ze gaat spijbelen. Thuis leidt dat tot conflicten met haar moeder en stiefvader. Zeker wanneer zij merken dat Cindy gedronken heeft. Als haar mentor zich intensief met haar gaat bemoeien, lijkt het even beter te gaan. Maar in de zomervakantie gaat het weer mis.

Cindy loopt weg en trekt bij een oudere man in die wel vaker onderdak biedt aan jongeren. Daar blowt en drinkt zij veel. Wanneer ze daar niet langer kan blijven, komt ze weer thuis wonen. Dan escaleert de situatie. Als Cindy na een conflict dreigt uit het raam te springen, roept haar moeder de huisarts erbij. Hij schrijft kalmerende tabletten voor, maar die hebben een averechts effect. Cindy slaat wild om zich heen en roept dat ze zichzelf van kant wil maken.

Om haar te beschermen wordt besloten Cindy met een Inbewaringstelling op te nemen in een kinder- en jeugdkliniek op de gesloten afdeling. Daar wordt de diagnose borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS) gesteld. Omdat klinische opnames doorgaans niet goed uitpakken voor BPS-patiënten, krijgt Cindy een intensieve dagbehandeling. Ze wordt daarbij getraind in vaardigheden, zoals het omgaan met emoties, impulsen en relaties. Daarnaast krijgt zij ook individuele therapie. In een speciaal ingerichte kamer grenzend aan de gesloten afdeling is er nu een 'bed op recept' beschikbaar voor Cindy. Ze kan daar terecht als thuis de spanning te hoog op loopt. Hopelijk kan zo voorkomen worden dat zij opnieuw in een crisissituatie terechtkomt. (Curium 2014)

2.3 WETENSCHAPPELIJK GEFUNDEERDE ZORG

Bij de diagnostiek en behandeling maakt de jeugd-ggz gebruik van richtlijnen. Hierin is vastgelegd hoe de diagnostiek en behandeling idealiter vorm krijgen, welke hulpverleners en deskundigen hierbij betrokken zijn, wat de bewezen effectiviteit is van mogelijke behandelinterventies en wat globaal de verwachte behandelduur is.

Het (be)handelen volgens richtlijnen is in jeugd-ggz instellingen organisatorisch geborgd in zorgprogramma's. Hierin is beschreven hoe de behandeling er in de praktijk uit ziet. Zorgprogramma's zijn modulair opgebouwd en zo opgesteld dat voor alle betrokkenen helder is welke keuzeopties er zijn. Afhankelijk van de aard en ernst van de aandoening, het beloop en de hulpvraag van het kind en/of zijn ouders wordt een keuze uit de beschikbare behandelmodules gemaakt.

Zorgprogramma's en behandelmodules zijn geen in beton gegoten waarheden. Ze zijn aan verandering onderhevig, omdat ze regelmatig worden aangepast op basis van de laatste wetenschappelijke inzichten. Andersom worden de evaluaties van de zorgprogramma's gebruikt om de kennis over effectieve behandelingen verder te vergroten.

2.4 DIVERSE DOELGROEPEN

De jeugd-ggz is er voor alle kinderen en jongeren met een psychische aandoening, ongeacht hun achtergrond, etniciteit, intelligentie, crimineel verleden of verslavingsproblemen. We maken onderscheid tussen de volgende doelgroepen. De grootste doelgroep bestaat uit normaal begaafde kinderen en jongeren met psychische problemen. Daarnaast behandelen we jongeren met een (lichte of ernstigere) verstandelijke beperking. In de forensische jeugdpsychiatrie worden jongeren onderzocht en behandeld die met justitie in aanraking zijn gekomen. En tenslotte bieden we hulp aan jongeren met verslavingsproblematiek en jongeren met somatische ziekten.

Deze doelgroepen zijn niet statisch. Nieuwe kennis over de oorzaken of behandelmogelijkheden van psychische aandoeningen kunnen ertoe leiden dat er nieuwe aandachtsgebieden ontstaan. Het is van belang hierbij voortdurend afstemming te zoeken met andere sectoren in de jeugdhulp, zodat nieuwe kennis en vaardigheden optimaal worden benut en uitgewisseld.

Zes doelgroepen

1. *Kinderen en jongeren met een enkelvoudige psychische aandoening die met een kortdurende behandeling geholpen zijn en daarna op eigen kracht verder kunnen. Bij deze doelgroep leidt de psychische problematiek tot lijdensdruk en beperkingen op een of meer levensterreinen.*
2. *Kinderen en jongeren met een ernstige psychische aandoening, die – vaak langere en soms intensieve – specialistische jeugd-ggz nodig hebben. De psychische problematiek zorgt bij deze doelgroep voor lijdensdruk en ernstige beperkingen op een of meer levensterreinen.*
3. *Kinderen en jongeren met een blijvende psychische aandoening, die in verschillende levensfasen veelal opnieuw begeleiding en/of medicatie nodig hebben. De aandoening - al dan niet in combinatie met een verstandelijke beperking - zorgt voor lijdensdruk en ernstige en/of levenslange problematiek. Bovendien gaan de aandoeningen meestal gepaard met beperkingen op meerdere terreinen en bestaan ze al sinds de vroege ontwikkeling.*
4. *Kinderen en jongeren bij wie de psychische klachten vermengd zijn met tal van andere problemen. Bij deze groep komt het voor dat de ouders zelf niet om hulp voor het kind vragen. Deze kinderen hebben hulp nodig op verschillende levensgebieden, omdat zij zich niet goed ontwikkelen, omdat hun veiligheid in gevaar is door psychosociale problemen in het gezin (schulden, verbaal/fysiek/seksueel geweld, verwaarlozing) en/of omdat de ouder(s) een psychische aandoening of verslaving hebben.*
5. *Kinderen en jongeren met psychische én lichamelijke problemen. De psychische aandoening is het gevolg van of gaat gepaard met (onverklaarde) lichamelijke beperkingen of ziektes: ernstige eetstoornissen, epilepsie, buikpijn, hoofdpijn, gewrichtsklachten, vermoeidheid, diabetes, kanker en hersenaandoeningen. De behandeling van deze doelgroep vraagt goede samenwerking met partners in de somatische zorg.*
6. *Kinderen en jongeren die een risico lopen een psychische aandoening te ontwikkelen. Aanleg en omgevingsfactoren kunnen de kans vergroten dat jeugdigen een psychische aandoening ontwikkelen die hun ontwikkeling verstoort. Zo hebben kinderen van ouders met psychische problemen of verslavingsproblematiek een verhoogd risico een psychische aandoening te ontwikkelen. Bij deze jeugdigen is nog geen sprake van een psychische aandoening maar kunnen klachten wel al invloed hebben op het dagelijks functioneren.*



2.5 FUNCTIES JEUGD-GGZ

Functie	Doelstelling	
Preventieve ondersteuning	Bieden van preventieve activiteiten aan jeugdigen om te voorkomen dat psychische klachten ontstaan of uitgroeien tot een psychische aandoening.	
Consultatie	Beschikbaar en bereikbaar zijn voor collegiaal overleg. Advies en deskundigheidsbevordering bieden aan ketenpartners die in contact staan met (problematische) jeugdigen en ketenpartners die zorg coördineren.	
Diagnostiek (bij vrijwel 100% van de kinderen)	Inventariseren of er sprake is van psychopathologie en hoe ernstig die is.	
Ambulante behandeling (bij vrijwel 100% van de kinderen die worden behandeld in de jeugd-ggz)	Bieden van behandeling en begeleiding van jeugdige en hun ouders/systeem op locatie of bij het gezin thuis.	

	Aard van het aanbod
	Het aanbod is gericht op specifieke psychische klachten (bijvoorbeeld somberheid of angst); op risicogroepen (kinderen van ouders met een psychische stoornis of verslavingsproblemen); of op transitiemomenten. Het aanbod vindt veelal plaats in groepen of via internet.
	Telefonisch op ad hoc basis over een specifiek persoon; structureel door deelname aan externe casuïstiekbespreking; verzorgen van kennisoverdracht aan ketenpartners (waaronder leerkrachten en het preventieve voorveld) over psychische stoornissen en de wijze waarop gedrag, emotie en interactie in hun context beïnvloed kunnen worden.
	In de diagnostiekfase kunnen de volgende onderdelen worden ingezet: • Psychiatrisch onderzoek: klachtinventarisatie, voorgeschiedenis, familie en sociale omstandigheden, somatische problemen, medicatiegebruik • Contextueel onderzoek (gezin, school) • Psychodiagnostisch onderzoek • Somatisch onderzoek • Ortho-didactisch onderzoek Voor 15% van de hulpvragers blijft het hierbij, zij zijn geholpen met een vaststelling van de aard van de problematiek en kunnen verder zonder hulp of ze krijgen elders ondersteuning.
	De frequentie en duur van de ambulante behandeling wordt bepaald door de ernst van de ontregeling. Die kan hoog frequent zijn in een crisissituatie (waarbij bijvoorbeeld de gezinssituatie fors ontregeld is), of laag frequent wanneer de situatie stabiel is (bijvoorbeeld bij goed ingeregelde medicatie of langdurige begeleiding om aangeleerde vaardigheden vast te houden). Wanneer de situatie verandert (verergering, verbetering, een levensfase transitie) kan worden op- en afgeschaald in de frequentie en aard van de behandeling. De ambulante behandeling wordt individueel en in groepsverband aangeboden, vaak in combinatie met ouderbegeleiding. De behandeling kan bestaan uit: • Psycho-educatie/voorlichting • Begeleide zelfhulp • Vaardigheidstraining zoals sociale vaardigheden, conflicthanterings-vaardigheden en emotieregulatie • Psychotherapie zoals (cognitieve) gedragstherapie, systeemtherapie of traumaverwerking • Crisisinterventie • Intensieve psychiatrische thuisbehandeling • Outreachende behandeling zoals FACT • Behandeling met medicijnen • Ouderbegeleiding met of zonder het kind • Psychomotore therapie, creatieve therapie en speltherapie Vaak is een combinatie van deze behandelvormen nodig.

Functie	Doelstelling	
Crisis zorg	Bieden van acute crisis zorg aan jeugdigen waarbij sprake is van ernstige psychische ontregeling. Dat is het geval wanneer: • De problematiek plotseling verergert en er forse beperkingen in het functioneren zijn • Er risico's zijn voor de veiligheid van de patiënt of zijn omgeving (zoals zelfverwaarlozing, automutilatie, suïcidaliteit en geweld) • De patiënt weinig ziekte-inzicht toont • Er beperkte draagkracht van het systeem is	
Dagbehandeling (Het is niet goed aan te geven welke percentage kinderen hiervan gebruikt maakt, omdat dit afhankelijk is van de variatie in aanbod)	Bieden van intensieve zorg bij complexe problemen waar ambulante behandeling en begeleiding niet toereikend is.	
Behandeling met verblijf (Bij 3% van de kinderen in zorg)	Bieden van intensieve behandeling en begeleiding in een kliniek om een crisis te stabiliseren • Voor observatie en diagnostiek • intensieve behandeling • realisatie goede vervolgzorg	
Verblijf	Bieden van een beschermde woonvoorziening aan jeugdigen met een psychische aandoening, omdat de gezinssituatie te ontregelend is of om het gezin tijdelijk of periodiek te ontlasten.	

Aard van het aanbod

Crisis zorg bestaat uit consultatie, ambulante intensieve zorg, vrijwillige crisisopname en onvrijwillige opname (BOPZ).
De frequentie en duur van acute crisiszorg wordt bepaald door de ernst van de ontregeling en hoe snel de ontregeling gestabiliseerd is.
Meestal is de balans tussen draaglast en draagkracht verstoord. Het kind en zijn omgeving hebben baat bij psycho-educatie, ondersteuning en/of behandeling om weer in goed evenwicht te komen

De jeugdige neemt enkele dagdelen per week deel aan een behandelprogramma, veelal in een groep. Ook dagbehandeling voor gezinnen komt voor. De behandeling kan bestaan uit:

- Psycho-educatie/voorlichting
- Vaardigheidstraining zoals sociale vaardigheden, conflicthanterings-vaardigheden en emotieregulatie
- Psychotherapie zoals (cognitieve) gedragstherapie, systeemtherapie of traumaverwerking
- Behandeling met medicijnen
- Ouderbegeleiding met of zonder het kind
- Psychomotore therapie, creatieve therapie en speltherapie

Vaak is een combinatie van deze behandelvormen nodig.

In ernstige gevallen kan een opname nodig zijn, al dan niet gedwongen in een gesloten setting. De jeugd-ggz biedt crisisbedden, BOPZ-bedden, bedden voor jeugdigen met een justitiële maatregel en bedden in een gespecialiseerde kliniek. Soms is vanwege grote reisafstand behandeling met verblijf aan de orde. Opnames kunnen enkele dagen duren, maar ook enkele maanden, afhankelijk van het doel of de vraag, de motivatie van het kind/de jongere (bij bijvoorbeeld eetstoornissen) en zijn of haar mogelijkheden.

De behandeling kan bestaan uit:

- Crisisinterventie
- Behandeling met medicijnen
- Psycho-educatie/voorlichting
- Vaardigheidstraining zoals sociale vaardigheden, conflicthanterings-vaardigheden en emotieregulatie
- Psychotherapie zoals (cognitieve) gedragstherapie, systeemtherapie of traumaverwerking
- Ouderbegeleiding met of zonder het kind
- Psychomotore therapie, creatieve therapie en speltherapie

Vaak is een combinatie van deze behandelvormen nodig.

3 Uitgangspunten Jeugdwet

De afgelopen decennia is de druk op voorzieningen voor de meest problematische groepen jeugdigen sterk toegenomen. Hierdoor ontvangen zij niet allemaal de meest adequate zorg. Soms belanden ze bij de verkeerde voorziening, soms is het zorgaanbod niet toereikend voor hun problemen.

Een aanzienlijk deel van de jongeren met ernstige problemen maakt gebruik van meer dan één voorziening. Ze stuiten hierbij soms op lange wachtlijsten. Verder is ook de afstemming van zorg aan gezinnen niet altijd optimaal. Door dit alles blijven de problemen van jongeren onnodig lang in stand, waardoor ze verergeren of tot andere problemen leiden. Met de nieuwe Jeugdwet wordt een verbetering van de zorg beoogd aan jeugdigen en gezinnen die dat nodig hebben.

3.1 TRANSFORMATIEDOELEN

Vanaf 1 januari 2015 is de nieuwe Jeugdwet van kracht. Gemeenten hebben de financiële en bestuurlijke verantwoordelijkheid voor alle jeugdhulp. De transformatie die hierbij in gang gezet wordt, moet leiden tot een cultuuromslag waarbij veel meer dan voorheen de eigen kracht van burgers en hun omgeving wordt aangesproken.

Bij de gestelde transformatiedoelen gaat het vooral om:

- het beter benutten van de eigen kracht en het sociale netwerk van kinderen en hun ouders;
- het tijdig signaleren wanneer de eigen kracht tekortschiet of moet worden versterkt;
- het alert zijn op diversiteit tussen mensen, zodat afwijkend gedrag niet onnodig wordt geproblematiseerd, er geen onnodige zorg wordt verleend en er meer ruimte ontstaat voor jeugdigen om naar vermogen mee te doen en te participeren in de samenleving;
- het bijtijds bieden van preventieve ondersteuning of intensievere hulp - op maat en dichtbij huis - om het beroep op gespecialiseerde zorg te verminderen;
- het verbeteren van de samenwerking tussen verschillende hulpinstanties, zodat de hulp en zorg die gezinnen krijgen beter op elkaar is afgestemd en onnodige stress voor gezinnen wordt voorkomen;
- het invoeren van het uitgangspunt 1-gezin, 1-plan, 1-regisseur;
- het ruimte bieden aan professionals, zodat zij bij complexe gezinnen meer mogelijkheden krijgen om passende hulp te bieden.

Deze transformatie biedt kansen om de hulp en zorg aan kinderen beter en flexibeler te organiseren. Tegelijkertijd roepen deze transformatiedoelen ook de vraag op wat dit betekent voor kinderen met psychische aandoeningen en hun ouders? En wat betekent dit voor de jeugd-ggz?

3.2 JEUGD-GGZ SLUIT AAN BIJ NIEUW PERSPECTIEF

De centrale insteek van de transformatie is duidelijk: er moet een kanteling plaatsvinden, zodat het probleemoplossend vermogen van burgers en hun directe sociale omgeving meer wordt aangesproken. Pas wanneer dit onvoldoende soelaas biedt, komen professionele hulp en ondersteuning in het vizier.

Behalve het versterken van burgerkracht, gaat het bij de in gang gezette transformatie ook om het organiseren van vroegtijdige signalering en preventie, en om het bieden van een vangnet voor kwetsbare burgers. Juist deze facetten zijn voor de jeugd-ggz van belang. Kinderen met een psychische kwetsbaarheid en een psychische aandoening zijn bij uitstek jonge, kwetsbare burgers die baat hebben bij bijtijdse hulp. Het in eerste instantie zoeken naar oplossingen voor deze kinderen in de nulde of eerstelijns kan risicovol zijn, omdat hun problemen daar niet altijd voldoende worden herkend of onderkend. Daarom hecht de jeugd-ggz aan consultatie en vroegsignalering.

Zoals al eerder genoemd, richt de jeugd-ggz zich bij het behandelen op ‘het beïnvloeden van gedrag, emotie en interactie in hun context’, zodat kinderen binnen hun

eigen mogelijkheden zo zelfstandig en zo normaal mogelijk kunnen meedoen. Willen kinderen met een psychische aandoening kunnen uitgroeien tot burgers die hun eigen kracht weten aan te boren op momenten dat dit nodig is, dan is behandeling daarvoor een belangrijke voorwaarde.

In het vorige hoofdstuk werd al in kort bestek geschetst hoe we in de jeugd-ggz steeds meer flexibel en ambulant zijn gaan werken. Met hulp dichtbij huis. Met een ruim aanbod waardoor er op verschillende momenten snel kan worden geschakeld tussen intensieve en lichtere vormen van ondersteuning. Met zo min mogelijk klinische opnamen, zodat het kind in de eigen vertrouwde omgeving kan blijven functioneren. En met een open houding naar ketenpartners om de eigen expertise te delen.

In feite sluit deze manier van werken nauw aan bij de intentie van de transformatie: mensen niet langer onnodig afhankelijk maken van zorg- en hulpverlening, maar er tegelijkertijd voor waken dat kwetsbare burgers – en dat zijn kinderen met een psychische aandoening en hun ouders – de zorg krijgen die zij nodig hebben om vooruit te kunnen.

In het volgende hoofdstuk gaan we nader in op de ambities van de jeugd-ggz om de beoogde transformatie inhoudelijk stevig vorm te geven.

4 Transformatie agenda: uitdagingen voor jeugd-ggz

4.1 VROEGTIJDIG SIGNALEREN

De jeugd-ggz streeft ernaar om kinderen die kampen met een stagnerende ontwikkeling zo snel mogelijk passende hulp te bieden. We willen er op tijd bij zijn om psychische problemen liefst in een vroeg stadium te kunnen signaleren en behandelen. Op deze manier kunnen we kinderen met een psychische aandoening optimaal ondersteunen, zodat zij zichzelf staande kunnen houden in een wereld die steeds complexer wordt.

Gelukkig neemt ook bij onze ketenpartners die de zorg aan deze kinderen coördineren de kennis over psychische aandoeningen toe. Mede dankzij hun inzet lukt het steeds beter om die aandoeningen in een vroeg stadium op het spoor te komen. Maar ook de jeugd-ggz zelf heeft de afgelopen jaren met consultatie en diagnostiek bijgedragen aan betere vroegtijdige signalering in de nulde en eerstelijns. Meer bekendheid over en weer, lagere drempels en kortere lijnen hebben de samenwerking tussen de jeugd-ggz en ketenpartners verbeterd. Belangrijk, want alleen met elkaar kunnen we ervoor zorgen dat kinderen met psychische problemen tijdig de hulp krijgen die ze nodig hebben om vooruit te kunnen en door te groeien.

AMBITIE 1

STERKERE CONSULTATIE FUNCTIE

Vroegtijdige signalering van een psychische aandoening is cruciaal om onnodige verergering van

problemen bij jeugdigen te voorkomen. Vanuit de jeugd-ggz kunnen en willen we hier actief aan bijdragen. Met name door onze kennis over psychische aandoeningen en ‘het effectief beïnvloeden van gedrag, emotie en interactie in hun context’ te delen met ketenpartners die de (preventieve) zorg rond kinderen coördineren.

Daarnaast zijn we betrokken bij kortdurende consultaties. We bieden bijvoorbeeld consultatieprekuren aan en nemen deel aan casuïstiekbesprekingen van netwerkpartners zoals onderwijsinstanties, jeugd- en opvoedhulp, jeugdzorg, pleegzorg, verslavingszorg, gehandicaptenzorg en medische zorg.

Door op deze manier (samen) te werken en kennis te delen, fungeren we in toenemende mate als netwerkorganisatie die zich sterk maakt om de zorg aan jeugdigen met psychische aandoeningen verder te optimaliseren.

AMBITIE 2

MEER AANDACHT VOOR JONGE KINDEREN TOT 6 JAAR

De eerste levensjaren zijn doorslaggevend voor een gezonde ontwikkeling. Daarom is het belangrijk om – wanneer een jong kind afwijkend gedrag vertoont – breed onderzoek te doen; niet alleen naar het lichamelijk, psychisch, sociaal en cognitief functioneren, maar ook naar de ouder-kind relatie. Zo kan worden vastgesteld of er sprake is van een

psychische aandoening of niet. Dat is belangrijk, om tijdig met interventies te kunnen starten. Zeker bij psychische aandoeningen die zich al op zeer jonge leeftijd manifesteren.

Kinderen die zich niet gezond ontwikkelen, lopen zonder de juiste zorg een verhoogd risico op ernstige problematiek in hun latere leven. Dit kan leiden tot moeilijk behandelbare problemen in het gezin, later op school en in de maatschappij. Bovendien is de kans groot dat deze kinderen later meer en duurdere lichamelijke en psychische zorg nodig hebben⁴.

Omdat de hersenen van jonge kinderen nog volop in ontwikkeling zijn, kan door interventies de ernst van de psychische aandoening gunstig beïnvloed worden. En als er sprake is van blijvende beperkingen, kan vroegtijdige herkenning daarvan helpen bij de acceptatie. Kortom, met vroeg signaleren én interveniëren in de kindertijd valt veel winst te halen. Dat is een belangrijke constatering, omdat er op dit moment relatief weinig jonge kinderen door de jeugd-ggz of met kennis vanuit de jeugd-ggz worden behandeld. Daarom willen we meer aandacht voor jonge kinderen die in hun ontwikkeling bedreigd worden. Dat is dan ook een belangrijke focus in ons consultatie-werk bij ketenpartners die direct te maken hebben met jonge kinderen, zoals consultatiebureaus, kinderdagverblijven, (voor)scholen en (para)medici.

⁴ www.acestudy.org

Jasper stuitert rond, maakt niets af en wordt heel snel boos...

Jasper (8) is altijd druk, druk, druk... Zodra hij kan praten, staat zijn mond niet meer stil. Als peuter stuitert hij door de kamer en knoeit hij overal mee. Zijn ouders worden er doodmoe van. Als hij naar school gaat, wordt dat er niet beter op.

De juf meldt dat Jasper niet oplet, niets afmaakt en andere kinderen stoort. Zijn klasgenootjes gaan hem zelfs mijden, omdat hij snel boos wordt en er meteen bovenop slaat. Hoe zijn ouders hem ook proberen te corrigeren, door te straffen, door goed gedrag te belonen, het heeft allemaal geen effect. Ten einde raad komen ze via de huisarts bij bureau Jeugdzorg. Want zonder hulp redden ze het niet langer.

Na een aantal gesprekken oppert de hulpverlener dat Jasper wellicht ADHD heeft. Uitgebreid onderzoek door een jeugd-ggz instelling bevestigt dit. Jaspers ouders voelen zich opgelucht en verdrietig tegelijk. Jasper krijgt medicijnen voorgeschreven en leert van een kinderpsychologe hoe hij meer orde in zijn hoofd kan scheppen. Soms raast hij nog als een wildeman rond, bijvoorbeeld met voetballen. Maar verder is hij rustiger en vrolijker. Op school haalt hij nu betere cijfers. Hij heeft zowaar twee vriendjes. Hierdoor kunnen zijn ouders nu ook weer van hem genieten. (FPG 2011)

AMBITIE 3**SPECIALE AANDACHT VOOR ALLOCHTONE JEUGDIGEN MET (EEN VERMOEDEN VAN) PSYCHISCHE AANDOENINGEN**

Nog steeds maken niet-westerse migranten aanzienlijk minder gebruik van jeugd-ggz dan autochtone gezinnen⁵. Dat is niet te verklaren door epidemiologie. Verder doen migrantengezinnen waar sprake is van ernstige kind- en opvoedproblematiek ook relatief weinig beroep op eerste- en tweedelijns jeugdzorg. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat niet-westerse migranten minder geneigd zijn zich bij problemen tot experts te richten en vaker geloven dat toeval een rol speelt in het verloop van problemen⁶.

De invoering van de Jeugdwet biedt kansen om de bereikbaarheid van jeugdhulp te vergroten voor allochtone kinderen en gezinnen. Door de inzet van goed geoutilleerde sociale wijkteams ontstaan meer mogelijkheden voor vroegsignalering van psychische aandoeningen en andere problemen - ook bij allochtone jongeren. Dat kan drempelverlagend werken wanneer opschaling naar behandeling in de ggz nodig is. Om de ggz bereikbaarder te maken voor allochtone jeugdigen is ook de jeugd-ggz zelf aan zet. We gaan medewerkers trainen in cultuur-sensitieve benaderingen en interculturele psychiatrie verder uitrollen.

AMBITIE 4**PARTICIPATIE VAN KINDEREN EN JONGEREN IS LEIDEND**

Wanneer kinderen en jongeren psychische problemen krijgen, heeft dat een grote impact op hun maatschappelijk functioneren. Sociale contacten, school, en werk raken verstoord of komen zelfs helemaal stil te liggen. Omdat jeugdigen met een psychische aandoening meer uitvallen op school, hebben zij vaak een lager opleidingsniveau dan past bij hun capaciteiten. Hierdoor lopen zij een groter risico op werkloosheid.⁷

In het algemeen geldt: hoe sneller jeugdigen de draad weer (kunnen) oppakken, hoe beter ze de rest van hun leven blijven functioneren. Het is dus zaak dat hulpverleners in een zo vroeg mogelijk stadium jeugdigen motiveren en actief begeleiden naar (hervatting van) school, opleiding of werk. Hoe langer dat duurt, hoe groter de afstand en hoe moeilijker het wordt om weer aansluiting te vinden.

Het bevorderen van participatie van kinderen en jongeren is in de Jeugdwet een leidend principe. De wet biedt hierbij kansen om sneller te interveniëren bij schooluitval en zo vroegtijdig schoolverlaten in te dammen.

Vanuit de jeugd-ggz willen en kunnen we samen met anderen een bijdrage leveren aan de participatie van kinderen en jongeren. De meest logische invalshoek voor de jeugd-ggz is onderwijsondersteuning. De jeugd-ggz wil samen met de regionale samenwerkingsverbanden passend onderwijs verder invulling geven aan deze

⁵ Haan (2014)

⁶ SCP (2013)

⁷ Schaede (2014)

ondersteuning. Bijvoorbeeld door het bieden van psycho-educatie en begeleiding aan kinderen en hun ouders en consultatie aan netwerkpartners.

Voor ondersteuning bij arbeidsparticipatie heeft de jeugd-ggz primair een consultatieve taak. Bijvoorbeeld bij het implementeren van succesvolle rehabilitatiemodellen, zoals Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB) en Individuele Plaatsing en Steun (IPS)⁸.

4.2 VROEGTIJDIGE AANPAK IN HET GEZIN

Ouders kunnen in eerste instantie schrikken van een doorverwijzing naar de jeugd-ggz. “Er is toch niets ernstigs aan de hand?!” De psychiatrie wordt nog vaak gezien als hulpverlening voor alleen zware en zeer ernstige problematiek. Behalve deze beeldvorming kan ook de onbekendheid met de jeugd-ggz een belemmering vormen om daar hulp te vragen.

Ouders komen meestal in eerste instantie in aanraking met de jeugd-ggz als diagnostiserende partij. In deze fase geven we ofwel een deskundige geruststelling ofwel een diagnose. Met de diagnose verschaffen we duidelijkheid over de aard, ernst en vermoedelijke duur van de beperkingen als gevolg van een psychische aandoening. Dat kan voor ouders een bevestiging zijn en hen het gevoel geven eindelijk te begrijpen wat er aan de hand is. Maar een diagnose kan ook confronterend zijn. Zeker wanneer er sprake is van een blijvende psychische aandoening. In dat geval moeten ouders het leven dat zij voor hun kind voor ogen hadden loslaten.

AMBITIE 5

LATEN ZIEN WAT DE JEUGD-GGZ BEREIKT

Voor sommige ouders is de drempel om hulp te zoeken bij de ggz hoog. Ze zijn niet bekend met de werkwijze van hulpverleners en weten evenmin wat een behandeling kan opleveren. Ook voor sommige ketenpartners is niet altijd duidelijk hoe de jeugd-ggz kinderen met een (mogelijke) psychische aandoening kan helpen bij hun ontwikkeling. Om die reden zijn we al een aantal jaren actief om meer zichtbaar te maken wat we doen en welke resultaten we hiermee bereiken. Professionals, experts, onderzoekers, ouders en kinderen hebben de afgelopen jaren hard gewerkt aan de vertaling van wetenschappelijke kennis in praktische protocollen. Deze protocollen staan op de website van het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie. Ouders en kinderen beschikken hierdoor over betrouwbare informatie, die hen helpt om samen met de hulpverlener(s) de beste keuzes te maken in de behandeling.

Daarnaast zijn hulpverleners aan de slag gegaan met het meten van behandel-effecten. Door dit routinematig te doen, wordt op meerdere niveaus het effect van behandeling beter zichtbaar. Hier blijven we in investeren. Verder willen we meer gaan investeren in het zichtbaar maken van klantervaringen en het verspreiden van verhalen van cliënten.

⁸ Gezondheidsraad (2014)

AMBITIE 6**VERSTERKEN EIGEN KRACHT VAN OUDERS**

Competenties van ouders, opvoeders en verzorgers verschillen. Hierdoor kan het voorkomen dat een kind met een psychische kwetsbaarheid of psychische aandoening soms wel en soms slechts gedeeltelijk binnen het gezin kan worden opgevangen. In alle gevallen geldt dat het grootbrengen van een kind met een ernstige psychische aandoening een bijzondere opgave voor ouders, die het ouderschap onder druk zet.

Opgroeien in een gezin waarin de competenties van ouders ernstig tekortschieten, is schadelijk voor een gezonde ontwikkeling. In dat geval hebben kinderen bescherming en steun nodig, terwijl voor de ouders behandeling en begeleiding noodzakelijk is.

Wanneer de basiszorg voor jeugd goed is georganiseerd - met goede ondersteuning van ouders en het gezin - is het mogelijk om kinderen met een psychische kwetsbaarheid of een (ernstige) psychische aandoening vaker en langer verantwoord in of dichtbij huis te laten opgroeien.

De jeugd-ggz kan en wil hieraan een bijdrage leveren.

Bijvoorbeeld door psycho-educatie te bieden aan gezinnen en door expertise te delen met netwerkpartners, zodat ook zij beter in staat zijn om ouders te begeleiden. Door de hulp dichterbij de gezinnen te brengen, kan de vrees voor noodzakelijke psychiatrische zorg enigszins weggenomen worden. En door aan te sluiten bij het verhaal van het kind en zijn ouders kan er een uitnodigende basis ontstaan voor het samen zoeken naar oplossingen. Kortom, door de competenties en kennis van ouders te versterken, kan het gezin zo veel mogelijk op eigen kracht verder.

AMBITIE 7**VERSTEVIGEN VAN GEDEELDE BESLUITVORMING**

Kinderen, jongeren en hun ouders worden steeds mondiger en kritischer. Mede door alle informatie op internet zijn zij beter voorgelicht en worden zij steeds deskundiger. Om die reden willen zij gehoord worden en kunnen meebeslissen over het behandeltraject. Daarom staan we in de jeugd-ggz - net als in de hele jeugdhulp - voor de uitdaging om de gedeelde besluitvorming te verstevigen. Dat willen we doen door:

- goed aan te sluiten bij het verhaal van het kind en zijn ouders;
- explicieter te zijn over de mogelijkheden en de grenzen van de eigen organisatie;
- duidelijk aan alle betrokkenen aan te geven wat de patiënt kan verwachten van diagnostiek en het behandeltraject (behandelopties, duur, tijdsinvestering en resultaat);
- het kind en zijn ouders een actieve rol te geven in het kiezen van het behandeldoel;
- de ervaringskennis van het kind en zijn systeem beter te benutten;
- actief de complementaire kennis en het complementaire aanbod van ervaringsdeskundigen te benutten in het behandeltraject (zoals lotgenoten-contact en zelfhulp);
- het patiëntendossier leesbaar in te richten, zodat het werkelijk een functie krijgt voor ouders en kinderen in het behandeltraject;
- beslissingsondersteunende instrumenten voor patiënten te ontwikkelen.

Dave is agressief en trekt regelmatig zijn broek naar beneden...

Dave (10) heeft veel meegemaakt. Zijn vader dronk zichzelf dood. Zijn moeder heeft psychiatrische problemen, waardoor ze niet voor hem kan zorgen. Daardoor belandt Dave al op zijn vierde in enkele (crisis)pleeggezinnen.

In het derde gezin gaat het mis, omdat hij daar agressief is en niet passend seksueel gedrag vertoont: hij trekt regelmatig zijn broek naar beneden en zit aan de geslachtsdelen van andere kinderen. Zo komt hij op zijn zesde in een kindertehuis terecht, waar hij samenwoont in een groep met 6 kinderen. Dave heeft dagelijks boze buien. En zodra hij alleen is met andere kinderen, dwingt hij hen om aan zijn geslachtsdeel te zitten. Ook op school gaat het slecht, omdat Dave niet leert lezen en vaak boos is op de juf. Omdat Dave met dit gedrag niet kan doorstromen naar een gezinshuis zodra hij 12 is, wordt hij aangemeld voor een psychiatrische behandeling. Daar blijkt dat Dave een leesstoornis heeft en kampt met onverwerkte trauma's.

Tijdens de therapie vertelt Dave met veel moeite dat zijn broer en vader hem seksueel misbruikt hebben. Dat jarenlang bewaarde geheim verklaart zijn rare seksuele gedrag. De therapie levert gelukkig veel op voor Dave. Hij leert zijn boosheid beter beheersen en ontwikkelt een beter zelfgevoel. Op school krijgt hij andere lesstof plus extra hulp om te leren lezen. Daardoor kan hij binnenkort toch doorstromen naar een gezinshuis. En daar heeft hij zin in! (Reinier van Arkelgroep 2012)

AMBITIE 8

BESCHIKBAAR EN BEREIKBAAR ZIJN

Voor kinderen en jongeren is zorg niet altijd beschikbaar wanneer het nodig is. De wachtlijsten voor jeugdvoorzieningen zijn de laatste jaren korter geworden, maar voor speciale doelgroepen kunnen wachttijden nog altijd aanzienlijk zijn. Dit lijkt te worden veroorzaakt door een verstopping in de keten: sommige kinderen die in zorg zijn bij ketenpartners staan op de wachtlijst voor jeugd-ggz, terwijl andere kinderen die in zorg zijn bij de jeugd-ggz op de wachtlijst staan bij ketenpartners.

Bovendien is de jeugd-ggz niet altijd bereikbaar voor professionals voor collegiaal overleg. Met name in de avonduren en weekenden voelen zij zich hierdoor onvoldoende gesteund.

Dat willen we verbeteren, zodat we er zijn wanneer het nodig is, zowel voor ketenpartners als voor alle jeugdigen die bij ons in behandeling zijn. Zo willen we ons als een betrouwbare partner tonen. Om deze ambitie waar te maken, zullen we met onze ketenpartners meer grip moeten krijgen op de patiënten-logistiek in de keten. Dat gaan we doen door:

- het versterken van de consultatie aan en het intercollegiaal overleg met ketenpartners, zodat de zorgtoeleiding in de keten verbetert;
- bij complexe problemen duidelijker te zijn over de volgorde van behandeltrajecten in de keten;

- de 7/24-uurs bereikbaarheid voor ketenpartners te garanderen;
- met ketenpartners de noodzakelijke beschermde woonvoorzieningen voor jeugdigen tussen de 12 en 18 jaar te garanderen.

4.3 SPECIALISTISCHE HULP BIJ COMPLEXE PROBLEMEN

Gedragsproblemen en psychische problemen gaan vaak samen. Daarom ontvangt een deel van de kinderen en jongeren tegelijkertijd hulp van verschillende aanbieders⁹.

Bij een deel van kinderen en jongeren is sprake van een combinatie van psychische problematiek, een verstandelijke beperking, gedragsproblematiek en verslavingsproblematiek. Daarnaast is bij een deel van de jeugdigen met ernstige problemen sprake van een maatschappelijk of psychisch disfunctionerend gezin. Bij de groep jeugdigen met ernstige psychische aandoeningen die tijdelijk worden opgenomen, is bij eenderde sprake van een maatschappelijk disfunctionerend systeem en vindt behandeling plaats in het kader van een Onder Toezicht Stelling (OTS). Tegen deze achtergrond is goede samenwerking tussen zorgverleners noodzakelijk om overlap in zorg te voorkomen en ervoor te zorgen dat een jeugdige op de meeste adequate plek hulp ontvangt. Hiervoor wil de jeugd-ggz zich blijven inzetten.

⁹ SCP (2013) Bijna eenderde van de kinderen en jeugdigen die in behandeling is bij de jeugd-ggz ontvangt ook een andere vorm van jeugdzorg (22% provinciale jeugdzorg, 7% zorg voor een verstandelijke beperking en 1% van de cliënten ontvangt zowel jeugdzorg als zorg voor een verstandelijke beperking). Meer dan de helft van de jeugdzorgcliënten (53%) wordt ook behandeld door de jeugd-ggz.

AMBITIE 9

MEER OOG VOOR VERWAARLOOSDE, MISHANDELDE EN MISBRUIKTE KINDEREN

Verwaarlozing, mishandeling en misbruik zijn ongunstig voor de ontwikkeling van kinderen. Wanneer kinderen zich onveilig voelen, of dat daadwerkelijk zijn, kunnen zij beschadigd raken en psychische aandoeningen ontwikkelen zoals een stemmingsstoornis, post traumatische stress stoornis, dissociatieve stoornis of persoonlijkheidsstoornis. Vaak is sprake van hechtingsproblemen, stagnatie in de ontwikkeling, negatieve zelfbeleving en een negatief zelfbeeld. Al deze gevolgen kunnen het leven van mensen levenslang beïnvloeden.

De gevolgen van traumatische ervaringen zoals verwaarlozing, mishandeling en misbruik kunnen met behandeling verholpen worden. Problemen kunnen daardoor blijvend verdwijnen, maar soms blijft ondanks behandeling in de jeugd-ggz een verhoogde kwetsbaarheid waarbij risico op terugkeer van klachten blijft bestaan. Soms zijn ervaringen zo ingrijpend dat ze levenslang verstoringen in het functioneren veroorzaken. Trauma-gerelateerde aandoeningen kunnen zich bij kinderen en jongeren verschillend uiten. Er is meestal sprake van gedragsveranderingen. Sommige kinderen tonen internaliserend gedrag zoals weinig vriendjes hebben, teruggetrokken gedrag, somberheid, angst, piekeren en nachtmerries. Terwijl anderen juist externaliserend gedrag vertonen zoals vaak ruzie maken,

boosheid, driftbuien, snel afgeleid zijn, niet passend seksueel gedrag, spijbelen en leerproblemen. Deze gedragsveranderingen worden niet altijd herkend als trauma-gerelateerd waardoor passende zorg uitblijft. De jeugd-ggz wil meer dan nu haar kennis van trauma's inzetten bij vroegsignalering, diagnostiek en behandeling. Zodat kinderen en jongeren - in overleg met ketenpartners - sneller passende zorg en bescherming ontvangen, kans krijgen te herstellen van hun beschadigingen en zich verder kunnen ontwikkelen tot evenwichtige volwassenen.

AMBITIE 10

SAMENHANGEND AANBOD REALISEREN

Om over- en onderbehandeling tegen te gaan, is het niet alleen noodzakelijk om goed samen te werken. Hiervoor is ook een samenhangend zorgaanbod nodig, waarbij verschillende partners elk hun eigen expertise inbrengen. Voor meervoudige problematiek ontbreekt vooralsnog zo'n voldoende samenhangend aanbod. Komt dit aanbod er wel, dan kan daarmee winst worden behaald bij 10 tot 20 procent van de gezinnen waar een combinatie van psychische problemen en sociale risico's speelt¹⁰. Een samenhangend zorgaanbod versterkt niet alleen de focus op de patiënt, maar leidt ook tot daadwerkelijke afstemming, zodat dubbel werk en fragmentatie wordt voorkomen. Bovendien leidt het tot adequatere zorgtoewijzing en kortere wachtlijsten. Zorgpaden door de keten heen bieden kansen voor het

¹⁰ Ministerie van VWS (2013)

realiseren van zo'n samenhangend aanbod waarbij flexibel op- en afgeschaald kan worden. De afgelopen jaren is hiermee op kleine schaal geëxperimenteerd. In het kader van de transformatie kan hier de komende tijd ook op grotere schaal in worden geïnvesteerd. Vanuit de jeugd-ggz willen we een actieve en flexibele partner zijn in deze nieuwe zorgnetwerken. Hierbij hebben we de ambitie om het aantal kleinschalige experimenten met samenhangend zorgaanbod binnen enkele jaren aanzienlijk te hebben uitgebreid, zodat er meer dan nu sprake is van netwerkzorg dichtbij de leefwereld van kinderen.

AMBITIE 11

PRIVACY RESPECTEREN

Een belangrijke doelstelling van de Jeugdwet is het terugdringen van regeldruk, zodat professionals meer ruimte krijgen om de juiste hulp te bieden. Een deel van die regeldruk wordt bepaald door dwingende wet- en regelgeving die erop gericht is de kwaliteit van de gezondheidszorg te waarborgen. Een BIG-professional is gehouden aan deze wet- en regelgeving en onderscheidt zich daarmee van niet BIG-professionals in de jeugdzorg. In de samenwerking met ketenpartners kan dit soms als belemmerend ervaren worden.

De jeugd-ggz respecteert omwille van de patiënt - en de samenleving als geheel - het beroepsgeheim¹¹ en toont zich daarmee betrouwbaar. Bovendien werken we volgens de code kindermishandeling¹² en zoeken we bij

netwerkzorg naar oplossingen binnen bestaande wetgeving die recht doen aan de veiligheid van kind en ouders. Dit is vaak (tijdrovend) maatwerk. En omdat hierover snel misverstanden ontstaan, vereist dit vaak een toelichtend gesprek met alle betrokken partijen: ouders, kind en hulpverleners in de keten.

AMBITIE 12

VERSTANDIGE AFBOW VAN KLINISCHE CAPACITEIT

De jeugd-ggz hanteert het motto: 'beter worden, doe je thuis'. Kinderen met een psychische aandoening horen in principe niet in een kliniek, omdat zij in het eigen gezin moeten kunnen opgroeien. Er zijn echter ernstige psychische aandoeningen waarbij klinische zorg uiteindelijk toch de beste behandeloptie is.

Alle jeugd-ggz instellingen hebben de opdracht om bedden af te bouwen. Ook in het gemeentelijk regime. Om flexibel op- en af te schalen, blijft echter een bepaalde hoeveelheid bedden nodig. Er zitten dus grenzen aan de mogelijkheden om bedden af te bouwen. Hoeveel bedden in een bepaalde regio nodig zijn, is afhankelijk van verschillende factoren. We verwachten dat met goede vroegsignalering, een vroegtijdige aanpak in het gezin, een samenhangend aanbod, intensieve behandeling thuis of in pleeggezinnen, en andere outreachende methodieken op termijn minder bedden capaciteit nodig is.

¹¹ GGZ Nederland (2012a)

¹² GGZ Nederland (2012b)

Kees heeft heftige tics en kan fel op vriendjes reageren...

Kees (10) gaat al een tijd niet meer naar school. Hij heeft zich thuis opgesloten op zolder en komt alleen beneden om te eten. Kees maakt al langere tijd vreemde keelgeluiden en krampachtige bewegingen. Hiervoor is hij al eens bij een KNO arts geweest, die kramp in het strottenhoofd constateerde en hem daarna terugverwees naar de huisarts. Daarop wordt Kees aangemeld bij de ggz voor nader onderzoek. Na onderzoek stelt men daar vast dat hij het Tourette syndroom heeft.

Kees heeft hierdoor eigenlijk twee grote problemen. Door zijn heftige tics lukt het hem niet om zijn normale schoolwerk te doen en loopt hij het risico om gepest te worden. Daarnaast kan hij heel fel en impulsief op vriendjes reageren, zonder dat hij daar grip op heeft. De behandeling die in overleg met zijn ouders wordt uitgestippeld is drieledig. Kees en zijn ouders krijgen voorlichting over zijn aandoening. Daarnaast krijgt Kees medicamenteuze therapie om de omvang van de tics en de ernst van de impulsdoorbraken snel te beperken. En hij krijgt gedragstherapie, zodat hij leert om de meest hinderlijke tics om te buigen naar een meer acceptabele vorm. Ook leert Kees in deze therapie meer greep op zijn ontladingen te krijgen. In het begin wordt hij eenmaal per week behandeld, maar na een tijd kan dat worden afgebouwd tot eenmaal per maand en vervolgens tot eenmaal per kwartaal.

Al met al wordt Kees zo enkele jaren begeleid, zodat hij kan vasthouden wat hij geleerd heeft. (Reinier van Arkelgroep 2012)

AMBITIE 13

GOEDE ZORG VOOR 18+

Ongeveer 30% van de huidige patiëntenpopulatie in de ggz bestaat uit jongeren tussen de 18 en 23 jaar.

Sommige jongeren zijn in die levensfase al volwassen, anderen nog niet.

Tabel Aantal kinderen en jongeren in behandeling in de ggz naar leeftijd 2008-2011

	2008	2009	2010	2011
0 – 17 jaar	153.658	166.446	170.880	166.775
18 – 23 jaar	74.581	80.211	81.936	80.879
Totaal alle leeftijden	228.239	246.657	252.816	247.654

Daarom is de leeftijdgrens van 18 jaar voor een deel van de jongeren in de jeugd-ggz arbitrair. Hun problemen stoppen niet als zij 18 jaar worden, maar kunnen in deze transitiefase naar volwassenheid juist verergeren. Ook komt het voor dat jongeren pas na hun 18^{de} hulp zoeken, omdat in deze transitiefase pas de ernst van hun beperkingen aan het licht komen. Bij een aanzienlijk deel van de patiëntenpopulatie van 18-23 jaar is de gezinssituatie relevant voor het verloop van de psychische aandoening. Bij jeugdigen tot 18 jaar is het vanzelfsprekend om het gezin (systeem) bij de behandeling te betrekken. Bij jongeren ouder dan 18 is dat niet langer vanzelfsprekend, maar afhankelijk van

de setting waarin de jongeren behandeld worden. Niet alle richtlijnen en veldnormen van de jeugd-ggz en volwassen ggz zijn gestroomlijnd. Dit leidt tot situaties waarin patiënten niet de best passende zorg¹³ ontvangen.

De jeugd-ggz zet zich ook na de invoering van de Jeugdwet in voor goede zorg aan 18 tot 23-jarigen door:

- constructies te zoeken die doorbehandeling vanaf 18 jaar - net als nu - mogelijk te maken;
- te (blijven) investeren in samenwerking met de volwassenpsychiatrie;
- kennis te delen zodat voor jongeren tussen de 18 en 23 jaar uniforme richtlijnen en veldnormen worden gehanteerd, en - waar dat relevant is - het gezinssysteem betrokken wordt bij diagnostiek en behandeling.

AMBITIE 14

BLIJVEN INVESTEREN IN KENNISONTWIKKELING

Werken volgens een Evidence Based Praktijkvoering helpt de geboden zorg steeds beter te onderbouwen. Dat maakt de zorg effectiever en goedkoper, met alle voordelen van dien voor de samenleving. Evidence based werken betekent dat de best beschikbare wetenschappelijke kennis gecombineerd wordt met de best beschikbare (geordende) praktijkkennis van hulpverleners en met de best beschikbare ervaringskennis van patiënten.

¹³ Gepaste zorg is omschreven door de RvZ en verwijst naar evidence based werken, niet onder- of overbehandelen (ook wel begrensd behandelen genoemd). Gepaste zorg impliceert verantwoorde zorg. Kern daarbij is werken volgens de beschikbare richtlijnen en veldnormen, met inzet van triage en ROM instrumenten die landelijk zijn overeengekomen.

De afgelopen jaren heeft de jeugd-ggz met het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie – naast de reeds langer bestaande academische zorg voor kinder- en jeugdpsychiatrie - geïnvesteerd in kennisontwikkeling, kennisverdieping en kennisverspreiding. Hiermee hebben we een impuls gegeven aan onze ambitie om meer innovatieve behandelingen te leveren, meer evidence based te werken en beter zichtbaar te maken wat de behandel effecten van de jeugd-ggz zijn. Op de website van het landelijke Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie zijn inmiddels 59 behandelprotocollen en behandelrichtlijnen beschikbaar voor professionals en patiënten.

Samen met collega-zorgaanbieders willen we doorgaan met het ontwikkelen van nieuwe kennis over effectieve jeugdhulp. Daarbij nemen we graag deel aan onderzoek naar oorzaak, beloop en beïnvloedende factoren van psychische aandoeningen. Daarnaast willen we blijven investeren in onderzoek naar het resultaat van interventies, de maatschappelijke opbrengsten hiervan en de kosteneffectiviteit van jeugd-ggz. Zeker bij de verdere ontwikkeling van een samenhangend aanbod kan en wil de jeugd-ggz dit echter niet alleen doen. Daarom zoeken we hierbij samenwerking met andere branches, met kennisinstituten als ZonMW en het NJI, en met internationale experts, zodat we samen een kennisagenda kunnen opstellen en uitvoeren.

Tenslotte blijven we investeren in de kennisontwikkeling van onze professionals. Met het oog op de hierboven beschreven ambities gaan we in de opleidingen en tijdens de nascholing meer aandacht besteden aan evidence based werken, behandelen met gedeelde besluitvorming, samenwerken in netwerkgzorg, en cultuursensitief werken.

5 Verantwoording

5.1 GERAADPLEEGDE BRONNEN

- Curium 26 oktober 2014 geraadpleegd <https://www.curium-lumc.nl/patienteninfo/patientervaringen/behandeling-unit-b/>
- Fonds Psychische Gezondheid (2011) ADHD bij kinderen en volwassenen
- Gezondheidsraad (2014) Participatie van jongeren met psychische problemen
- GGZ Nederland (2011) Jeugd-ggz: Investeren in de toekomst. Ambities voor 2011-2014
- GGZ Nederland (2012a) Handreiking beroepsgeheim. 6 stappen voor zorgvuldig handelen
- GGZ Nederland (2012b) Over sommige kinderen moet je praten
- GGZ Nederland (2013a) GGZ in de Zorgverzekeringswet. Tabellen over de jaren 2008-2010
- GGZ Nederland (2013b) Meerjarenvise
- Haan, A.M. de (2014) Ethnic minority youth in youth mental health care: utilization and dropout
- IQ Health (2012) Shared Decision Making & Zelfmanagement. Literatuuronderzoek naar begripsbepaling. In opdracht van RVZ
- LHV (2013) Aanbod huisartsenzorg voor jeugd met psychische of psychosociale klachten
- Ministerie van VWS (2010) Toekomstverkenning Jeugdzorg Rapport van de parlementaire werkgroep
- Ministerie van VWS (2013) Verslag Deskundige bijeenkomst Eerste Kamer 2013: Robert Vermeiren
- Ministerie van VWS (jan 2014) Jeugdwet Nader Memorie van antwoord
- Ministerie van VWS (31 januari 2014) Jeugdwet: Nota naar aanleiding van het verslag
- Nationaal Kompas 7 feb 2014 geraadpleegd <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/functioneren-en-kwaliteit-van-leven/psychisch-functioneren/psychisch-functioneren-jeugd/hoe-vaak-komen-psychische-problemen-bij-jeugd-voor/>
- NZA (2013) Marktscan en beleidsbrief Geestelijke gezondheidszorg. Weergave van de markt 2008-2012
- Sijmen A. et al (2014) Adolescents Use of Care for Behavioral and Emotional Problems: Types, Trends, and Determinants PLOS ONE | www.plosone.org 1 April 2014 | Volume 9 | Issue 4 | e93526
- Schaede, N. (2014) Societal costs and benefits of a preventive school dropout intervention for youth with mental disorders in the Netherlands. Master thesis, Vrije Universiteit Amsterdam.

-
- Sociaal en Cultureel Planbureau (2013) Terecht in de jeugdzorg
 - Vereniging Nederlandse Gemeenten (2013) Bakens transformatie jeugdbeleid
 - Vereniging Nederlandse Gemeenten (2014) Factsheet Jeugdwet. Naar goede jeugdhulp die ons past
 - VOBC (2014) Factsheet Jeugdigen met een licht verstandelijke beperking
 - WRR (2005) Geestelijke gezondheid van adolescenten: een voorstudie

5.2 WERKWIJZE

Dit document is tot stand gekomen onder verantwoordelijkheid van een redactieraad bestaande uit vertegenwoordigers van het platform Jeugd van GGZ Nederland.

Voor dit document zijn documenten bestudeerd, is een enquête gehouden onder leden van GGZ Nederland, zijn bijeenkomsten georganiseerd voor stakeholders en zijn medewerkers van ggz-instellingen die betrokken zijn bij de transitie geraadpleegd. Op basis daarvan is een themalijst opgesteld die ter consultatie is voorgelegd aan de achterban Jeugd-ggz van GGZ Nederland. Vervolgens is aan de hand van alle input dit document opgesteld.

COLOFON

Redactieraad

Jan Menting, Yulius

Bertine Lahuis, Karakter

Arnold Allertz, GGZ Centraal

Jos Rietveld, Accare (tot 1 juni 2014)

Peter Dijkshoorn, Accare (vanaf 1 juni 2014)

Djieuwke Verseput, GGZ Nederland

Redactie

Katrien de Ponti, GGZ Nederland

Tekstredactie

Wybo Vons Tekst & Video.

Vormgeving

Case Communicatie, Ede

Copyrights

© GGZ Nederland 2014

Overname van teksten is toegestaan met bronvermelding.

Publicatienummer

2014/399

