

Een goed begin is het halve werk

Handreiking voor een goede en preventieve samenwerking
van jeugd-ggz met onderwijs en gemeenten



Initiatief

GGZ Nederland

Projectmanager

Corina Brekelmans (GGZ Nederland)

Projectcoördinatie en tekst

Ilja Geudens (GGZ Nederland)

Interviews

Yolanthe van der Ree (www.eennieuwverhaal.nl)

Projectteam

Kees Bouma (Promens Care)
Susanne van den Broek (Mondriaan)
Joukje de Groot (Gemeente Almere)
Ekon Hartog (Passend Onderwijs Haarlemmermeer)
Marianca Hümmels (Gemeente Enschede)
Henri Kardaun (Procesmanager CJG Haarlemmermeer)
Hanny Michels (Gemeente Amersfoort)
Wim Neijndorff (Dr. Leo Kannerhuis)
Alison de Rooy (Mediant)
André Sikkema (De Bascule)
Heleen Stevenson (Accare)
Rik Verdellen (Gemeente Nijmegen)
Henk Visser (Herlaarhof, Reinier van Arkel Groep)
Monique Wijffels (Lentis)

Begeleidingscommissie

Vanessa Bal (ministerie van VWS)
Gaston van Bokhoven (ministerie van VWS)
Jan van Dijk (GGz Breburg)
Corine van Helvoirt (PO-Raad, lvc4)
Rashmi Jadoenandansing (ministerie van VWS)
Ineke Mulder (Zadkine)
Bas Wijnen (ministerie van OCW)

Hosts

GGNet en Onderwijszorgcentrum Zutphen (Ferry Vrolijk, Ron Vet, Marieke Willemen, Gerdina Droog)
GGz Breburg (Frans Martens)
GGz Centraal, Fornhese (Peter Peters Sengers en Loes van Ginkel)
Herlaarhof, Reinier van Arkel Groep (Henk Visser)

Deze handreiking is mede tot stand gekomen met financiële ondersteuning van en in samenwerking met de ministeries van VWS en OCW.

Meelezers

Wya Banus (Accare), Gerard Bouma (NJI), Berna Dubelaar (Curium-LUMC), Jos Mangnus (Mutsaersstichting), Miranda Pieterse (Emergis), Annelies Schutte (VNG), Carla Spaander (GGz Centraal), Paul Ulrich (LPGGZ).

December 2011

Een goed begin is het halve werk

Vroegtijdige inzet van jeugd-ggz en de samenwerking met onderwijs en gemeenten

1 Inleiding	3
Voorbeeld 1 – Herlaarhof – Pubers in de knel in Zuidoost Brabant	5
2 Jeugd-ggz – wat is dat?	7
Voorbeeld 2 – GGz Centraal – de zorgpiramide in Almere	9
3 De inzet van jeugd-ggz in lokale netwerken	11
Voorbeeld 3 – GGz Breburg – gebiedsgericht werken in Breda	12
4 Jeugd-ggz in het onderwijs	14
Voorbeeld 4 – Het Onderwijszorgcentrum in Zutphen	16
Tot slot	18
Bijlagen	
Bijlage 1 Interessante websites	19
Bijlage 2 Financiering van de ggz	21
Bijlage 3 Nieuwe ontwikkelingen: passend onderwijs en zorg voor jeugd	24
Bijlage 4 Preventie	25
Bijlage 5 Patiëntenrechten	26

1 Inleiding

Investeren in de jeugd is investeren in de toekomst. Het jeugdbeleid richt zich daarom in toenemende mate op preventief en vroegtijdig handelen. Inzetten op het voorkomen van (ernstiger) problemen betekent dat specialisten in een vroeg stadium beschikbaar moeten zijn voor consultatie en advies. Of zoals een CJG-programmamanager in deze handreiking zegt: 'De grootste deskundigheid moet aan het begin worden ingezet.'

De visie van het kabinet-Rutte op gezondheid, zorg en welzijn is er een van empowerment en zelfzorg. Burgers worden gestimuleerd zelf oplossingen te vinden voor hun problemen en als er zorg nodig is, dan wordt deze zo veel mogelijk aangeboden in de eigen omgeving. Deze visie is ook voor de jeugdigen met een psychische aandoening en hun ouders van belang. De ouders, het onderwijs, lokale jeugdzorg (waaronder de jeugdgezondheidszorg) en de jeugd-ggz staan voor de gezamenlijke uitdaging om deze jeugdigen te begeleiden, hulp aan te reiken en weerbaar te maken, ook als er problemen zijn in hun ontwikkeling.

Redenen om de jeugd-ggz te raadplegen zijn divers. Jeugdigen kunnen vastlopen in hun contact met leeftijdgenoten, onverklaarbaar terugvallen in leerprestaties, slaapproblemen hebben, veel ziek thuis zijn, problemen hebben met alcohol- en drugsgebruik of gedrag vertonen dat moeilijk hanteerbaar is thuis of op school. Vaak zijn dit problemen van voorbijgaande aard die horen bij opgroeien. Soms zijn er grotere zorgen en blijven de problemen voortduren.

De geestelijke gezondheidszorg bevindt zich nu voor veel mensen nog op een eiland, ver weg van de normale wereld. Deels is dit het gevolg van het feit dat op psychische aandoeningen nog een taboe rust. Psychische problemen zijn ingewikkeld en ongrijpbaar en hebben een grote impact op het welzijn van mensen. Gelukkig hebben veel ouders en professionals een goed oog voor de signalen van hun kinderen, is er meer begrip voor de beperkingen en kunnen we psychische problemen steeds beter en op jongere leeftijd behandelen.

Een goede aansluiting van ggz op de gemeentelijke basiszorg van het Centrum voor Jeugd en Gezin is van belang om de preventieve zorg te versterken. Inbreng van expertise – ook die rond psychiatrische problematiek – in het onderwijs is eveneens van belang, zeker in het kader van de aanstaande wetgeving rond passend onderwijs.

De komende jaren verandert er veel in de wijze waarop de zorg voor jeugd is vormgegeven; inhoudelijk, organisatorisch, bestuurlijk en financieel. In de handreiking die nu voor u ligt wordt nog geen rekening gehouden met deze veranderingen. Met behulp van voorbeelden wordt inzichtelijk hoe op dit moment een goede samenwerking voor kinderen met een psychische aandoening eruit kan zien.

Doel en opzet van deze handreiking

Deze handreiking is geschreven voor beleidsmakers, bestuurders en professionals binnen gemeenten, lokale jeugdzorg, het onderwijs en jeugd-ggz. Het is belangrijk dat betrokkenen uit de verschillende disciplines elkaar kennen en weten te vinden, dat zij op de hoogte zijn van elkaars deskundigheid en inzet en elkaars taal spreken. Professionals in het onderwijs en lokale zorgnetwerken delen graag hun kennis met professionals uit de ggz, net zoals ze dat doen met de logopedist en de schoolarts. Behandelaren in de ggz willen helpen om escalatie van problemen te voorkomen en effectieve behandeling te bieden aan ouders en kind als dat nodig is. De gemeente

zal haar rol als regisseur de komende jaren verder uitbouwen en verplichtende afspraken maken over preventie en zorg.

Deze handreiking draagt hopelijk bij aan een inspirerende samenwerking op lokaal niveau. Maar uiteraard is samenwerking geen doel op zich. Waar het om gaat is dat jeugdigen met beperkingen als gevolg van psychische aandoeningen tijdig de hulp en begeleiding krijgen die ze nodig hebben.

Voor een kind betekent dit een betere kans op een succesvolle schoolloopbaan en in het verlengde daarvan op een baan naar vermogen en op een stabiel en zelfstandig leven. Die opbrengst is op de lange termijn vele malen groter dan de inzet die op korte termijn nodig is.

Deze handreiking kwam tot stand dankzij subsidies van de ministeries van VWS en OCW en in samenwerking met vertegenwoordigers van onderwijs, ggz-instellingen, gemeenten en ministeries van VWS en OCW. Zij participeerden in een projectteam, een begeleidingscommissie en een meeleesgroep.

Voorbeeld 1

Herlaarhof – Pubers in de knel in Zuidoost Brabant

Herlaarhof is een centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie met poliklinieken in Zuidoost Brabant, een kliniek in Vught en een school voor (voortgezet) speciaal onderwijs, De Zwengel, met drie locaties. Sinds mei 2011 beschikt Herlaarhof ook over een provinciale voorziening voor licht verstandelijk gehandicapten met psychiatrische problematiek. De samenwerking met instellingen voor LVG is hierdoor toegenomen, evenals die met de cluster 3-scholen in de regio.

Normaal waar het kan, bijzonder waar het moet, is het credo van Herlaarhof. Er wordt zo veel mogelijk samenwerkt met onderwijs en jeugdhulpverlening. *Pubers in de knel* is een project dat Herlaarhof uitvoert in opdracht van gemeenten in de regio. Bemoeizorg noemt Herlaarhof het zelf. Doel is zorgmijdende jongeren te motiveren voor hulpverlening. Aanmeldingen lopen via de ZAT's van de samenwerkingsverbanden voortgezet onderwijs.

Zorgmijndend

Pubers in de knel is bedoeld voor jongeren met psychosociale problemen en/of een vermoeden van psychiatrische problematiek, die hulp afwijzen. Het betreft jongeren waarover zorgen zijn omdat zij signalen afgeven die mogelijk verwijzen naar ADHD, autisme, een emotioneel probleem of een leerstoornis. Jet van Roosmalen is sociaal-psychiatrisch verpleegkundige (SPV'er) bij Herlaarhof en maakt deel uit van het team dat *Pubers in de knel* uitvoert. 'Onze opdracht is de jongeren te screenen en te motiveren voor hulp. Wij zijn in de meeste gevallen de laatste in een rij van allerlei hulpverleners. De weerstand tegen hulpverlening is groot waardoor de jongeren zorgmijndend zijn geworden.'

Er zijn twee categorieën jongeren: jongeren met internaliserende problematiek (vaak meisjes met depressieve klachten of eetstoornissen) en jongeren met externaliserende problematiek (meestal jongens met probleemgedrag zoals ADHD). *Pubers in de knel* slaagt er vrijwel altijd in 'bij de jongeren binnen te komen', zegt Van Roosmalen. 'Onze aanpak is transparant, we lichten de ouders in, geven inzicht in onze aanpak en zijn duidelijk over vervolg en perspectief. We benoemen al in het eerste contact dat er ernstige zorgen bestaan over de jongere en ook dat wij hen proberen te motiveren om hulp te accepteren. Ook vertellen we direct hoe lang het traject ongeveer gaat duren en dat wij niet degenen zijn die de daadwerkelijke hulp zullen bieden. Wel zorgen we voor een warme overdracht door mee te gaan naar de intake bij Herlaarhof.'

Vangnet

De inzet van de jeugd-ggz en specifiek het project *Pubers in de knel* heeft een enorme meerwaarde, zegt Diana Piek, coördinator van het CJG in de gemeente Boxtel. 'We hebben het hier over jongeren in een zeer kwetsbare fase van hun leven. Jongeren bovendien die uit zichzelf de weg naar de ggz niet vinden. Als ze in hun vroege adolescentie vastlopen en er niet ingegrepen wordt, kan dat grote gevolgen hebben voor de rest van hun leven. Door de jeugd-ggz in te schakelen voorkomen we zwaardere problemen in de toekomst.' In Boxtel komen pubers in de knel (ongeveer 12 per jaar) in beeld via het overkoepelende ZAT, de huisarts of de jongerenpreventiemedewerkers die verbonden zijn aan het CJG. 'Onze jongerencowboys', noemt Diana Piek deze laatste medewerkers. 'Ze reageren op signalen van onder meer Leerplicht, bureau Halt, jongerenwerkers, school en de verslavingszorg. Ze handelen snel en doortastend, spreken de taal van de jongeren en zijn daardoor laagdrempelig. Zij vormen het vangnet en zijn echt onmisbaar in een netwerkorganisatie die het CJG is.'

Screening

Van Roosmalen: 'Bij jongeren die in beeld komen bij *Pubers in de knel*, is vaak sprake van een én-én-verhaal: bijvoorbeeld een kwetsbaar kind, gevoelig voor depressies, waar ook nog van alles aan de hand is in de thuissituatie. Als gevolg van bijvoorbeeld een echtscheiding, schulden of huiselijk geweld, kan zo'n kind echt in de knel komen en een depressie ontwikkelen. De screening die de SPV uitvoert, brengt dit aan het licht. Van Roosmalen: 'Onze kennis van psychiatrische aandoeningen helpt om de juiste vragen te kunnen stellen zodat jongeren over hun gevoelens gaan praten. Een autistische jongere kun je onmiddellijk "kwijt zijn" als je hem of haar niet goed tegemoet treedt. Bij het motiveren van deze jongeren draait het voornamelijk om het contact en de communicatie. Deze jongeren zijn al zo vaak negatief bejegend; wij kiezen een positieve insteek, ook als een jongere problematisch gedrag toont.'

De screening wordt besproken in het multidisciplinaire team dat bestaat uit sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen en een jeugdarts. Op de achtergrond is een jeugdpsychiater beschikbaar voor overleg en consultatie. De aanpak van *Pubers in de knel* is oplossingsgericht en de jongeren krijgen veel uitleg over de stoornis en hoe je er zelf mee om kunt gaan (psycho-educatie). Met een jongere die vermoedelijk ADHD heeft, wordt een lijst doorgenomen met ADHD-kenmerken. Hij of zij zal veel van die kenmerken herkennen en dat kan enorm opluchten. Van Roos-

malen: 'Deze herkenning motiveert om vervolgens met het probleem aan de slag te gaan. Ouders worden ook op de hoogte gebracht dat er mogelijk sprake is van ADHD bij hun kind. Mogelijk want wij stellen geen diagnose. Dat gebeurt pas na onderzoek door een psychiater.'

Voorkomen

De jeugd-ggz komt steeds dichterbij het onderwijs en die ontwikkeling kan Van Roosmalen niet snel genoeg gaan. 'Er is nu zo veel onnodig leed, we zien zo veel beschadigde jongeren. We zijn ervan overtuigd dat als er eerder erkenning was geweest voor de problemen van deze jongeren, veel leed voorkomen had kunnen worden. Jeugd-ggz moet ook vertegenwoordigd zijn in de ZAT's in het onderwijs. Gelukkig is dat in steeds meer gemeenten het geval. In de optimale situatie is een team als *Pubers in de knel* niet meer nodig.'

Ook Diana Piek stelt dat de inzet van jeugd-ggz in lokale netwerken een must is: 'De kracht van de samenwerking is dat we goed in beeld kunnen brengen wat er aan de hand is, wat er aan hulp nodig is en hoe die hulp zo efficiënt mogelijk ingezet kan worden. "Hou het simpel" is daarbij het motto. En we hoeven niet meer met één probleem langs 15 loketten, maar we maken van 15 loketten één. Gooi alle wet- en regelgeving en budgetten op een hoop en bekijk wat je in welke situatie kunt inzetten: WMO, passend onderwijs, de decentralisatie van de jeugdzorg, de AWBZ... Het maakt niet uit, uit welke pot het geld komt, als het probleem voor die jongere maar wordt opgelost en zo vroeg mogelijk. Daar heeft iedereen belang bij.'

Leerpunten uit deze good practice

- Gebruik ggz-expertise om jongeren te motiveren voor hulpverlening
- Combineer de beschikbare middelen, start meteen met de noodzakelijke hulp en regel achteraf de afrekening
- Wees duidelijk naar de jongere en de ouders
- Als ouders geen toestemming geven om informatie uit te wisselen en dat is in het belang van de jongere wel nodig, zijn er verschillende hulpmiddelen voor hulpverleners om een zorgvuldige afweging te kunnen maken, zoals de privacytool van VWS of de code kindermishandeling van GGZ Nederland (zie bijlage)
- Zorg voor warme overdracht door de ene naar de andere behandelaar
- Zoek naar mogelijkheden om de drempels naar zorg te verlagen
- Als eigen bijdragen voor ggz-hulp een drempel vormen, kunnen gemeente, zorgverzekeraar en onderwijs een waarborgfonds oprichten
- Verwijs naar anonieme hulp als (bijvoorbeeld) allochtone meisjes of jongens thuis verborgen willen houden dat ze ggz-hulp krijgen

Herlaarhof

Herlaarhof is onderdeel van de Reinier van Arkelgroep.

Meer informatie: www.herlaarhof.nl

2 Jeugd-ggz – wat is dat?

Veel mensen kennen de jeugd-ggz indirect en vooral van de behandelmogelijkheden. Preventieve vormen van ggz in scholen en in gezondheidscentra springen minder in het oog en zijn daardoor minder bekend. Dit hoofdstuk gaat nader in op psychische problemen van jeugdigen en de taken van de jeugd-ggz. In de bijlage vindt u relevante informatie over wetgeving en financiering.

Psychische problemen bij jeugdigen

De geestelijke gezondheidszorg (ggz) is, zoals de naam al zegt, onderdeel van de gezondheidszorg speciaal gericht op psychiatrische ziekten en verslaving. De jeugd-ggz biedt hulp aan jeugdigen tot 23 jaar. Deze jeugdigen ondervinden problemen op school, thuis en in het contact met anderen en lopen in hun ontwikkeling achter op leeftijdgenoten. Psychische stoornissen waarmee zij te maken kunnen krijgen, zijn onder meer ontwikkelingsstoornissen (zoals autisme en ADHD), eetstoornissen, gedragsstoornissen, problematisch middelengebruik, psychotische stoornissen en hechtingsstoornissen. Ook komt het vaak voor dat jeugdigen onverklaarbare lichamelijke klachten hebben, zoals buikpijn, hoofdpijn en vermoeidheid. In deze gevallen werken kinder- en jeugdpsychiatrie en kindergeneeskunde samen om patiënten te helpen het probleem op te lossen.

De reden waarom sommige jeugdigen psychische stoornissen ontwikkelen, is een samenspel tussen erfelijkheid (nature) en omgeving (nurture). Het gaat om een combinatie van oorzaken zoals erfelijke aanleg, sociale weerbaarheid, opvoeding en stressvolle gebeurtenissen. Problemen met gebruik van drugs en alcohol zijn ook vaak verbonden met en hebben invloed op overige psychische en sociale problemen. In Nederland heeft minimaal 5 procent van alle jeugdigen een psychische stoornis die leidt tot ernstige beperkingen in hun functioneren met risico's voor hun ontwikkeling als gevolg. Bekend is dat psychische ziekten die in de jeugd ontstaan, zich verder ontwikkelen in de volwassenheid en vaak een leven lang blijven opspelen.

Tabel 1 laat de top10 van klachten zien waarmee jeugdigen naar de jeugd-ggz worden verwezen. Gedragsklachten vormen de belangrijkste reden om jeugdigen aan te melden, gevolgd door klachten met betrekking tot het leggen van contacten. Jeugdigen uiten hun problemen vaak door moeilijk of teruggetrokken gedrag en zijn nog niet in staat om zelf te analyseren waardoor dit komt. Maar niet ieder druk kind heeft ADHD en niet alle jongeren met contactproblemen zijn autistisch. Professionals in de jeugd-ggz zijn opgeleid om uit te zoeken wat de oorzaken zijn van het zorgwekkende gedrag en wat mogelijkheden voor behandeling zijn.

Tabel 1 – Top10 klachten waarmee jeugdigen worden verwezen naar de jeugd-ggz

Gedragsklachten	49 %
Klachten m.b.t. het leggen van contacten	11 %
School- en leerklachten en concentratieklachten	9 %
Angst- en spanningsklachten, fobische klachten, dwangklachten en tics	8 %
Stemmingsklachten	8 %
Klachten n.a.v. een traumatische gebeurtenis	3 %
Klachten m.b.t. relatie partner/gezin/familie	3 %
Klachten m.b.t. het lichaam	2 %
Klachten m.b.t. de opvoeding	1 %
Identiteitsklachten	1 %

Er bestaan veel verschillende stoornissen. Iedereen is wel eens een korte tijd in lichte mate depressief, gespannen of prikkelbaar. Er is pas sprake van een psychische ziekte als het je dagelijks functioneren belemmert. Jeugdigen met een angststoornis bijvoorbeeld zijn gespannen en bang voor een bepaalde gebeurtenis. Ze denken dat ze alles fout doen en proberen alles wat angst oproept te vermijden. Een jeugdige met autisme vindt het moeilijk om goed contact te maken met anderen en de sociale gebeurtenissen te begrijpen zoals andere mensen die begrijpen. Ook vinden ze het moeilijk met veranderingen om te gaan. Er bestaan verschillende vormen van autisme zoals Asperger en PDD-NOS. ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) is een stoornis die het moeilijk maakt om de aandacht ergens bij te houden en daarnaast hyperactiviteit veroorzaakt.

Andere stoornissen zijn bijvoorbeeld depressie, eetstoornissen, gedragsstoornissen, psychoses of borderline. Autismen en ADHD gaan, net als astma, niet over, maar kunnen met de juiste zorg wel hanteerbaar worden. En het risico op terugval bij onder meer verslaving en depressie wordt aanzienlijk kleiner met inzet van behandeling. Voor meer informatie over deze en andere psychische aandoeningen zijn verschillende sites beschikbaar; voorbeelden hiervan staan in bijlage 1.

Psychiatrische aandoeningen en verstandelijke beperkingen komen vaak in combinatie voor. Ook psychiatrische en somatische aandoeningen gaan vaak samen. Zo lijden veel mensen met autisme aan epilepsie. Ook toont onderzoek aan dat ernstige depressies naar schatting tweemaal zo vaak voorkomen bij patiënten met diabetes dan onder de totale bevolking. De onderlinge verwevenheid van verslavingsproblemen met psychische problemen kan ertoe leiden dat de problemen niet tijdig worden herkend en adequaat behandeld. Gevolg hiervan is een onnodig grote doorstroom naar zwaardere vormen van zorg.

Verschillende aandoeningen, verschillende behandelingen

De jeugd-ggz onderzoekt of er sprake is van een psychische ziekte (diagnose), adviseert over preventie of behandeling of zet zelf behandeling in. De ggz biedt bij lichte problematiek preventieve cursussen aan om verergering te voorkomen. Er worden effectieve interventies aangeboden zoals *Grip op je dip*. Dit is een preventieve online groeps cursus voor jeugdigen met depressieve klachten waarbij gebruik gemaakt wordt van een chatbox. De jeugd-ggz is specialistische tweedelijnszorg, maar wil graag beschikbare kennis delen met anderen. Onder andere met adviezen over preventie wil ze bijdragen aan het voorkómen van psychische problemen en/of verslaving.

Een voorbeeld waar ggz vooraan in de keten is georganiseerd, komt van GGZ Kinderen en Jeugd Rivierduinen. In het kader van haar preventieve taak geeft de instelling les aan leerkrachten in het primair en voortgezet onderwijs. Met deze kennis zijn leerkrachten in staat om signalen van psychische problemen bij hun leerlingen te herkennen en adequater te handelen. Thema's die aan de orde komen zijn depressie, sociale angst, kindermishandeling, zelfbeschadiging, eetstoornissen, gedragsproblematiek en (cyber)pesten. De scholing wordt bekostigd door het onderwijs zelf. Daarnaast biedt Rivierduinen scholen waar leerlingen in zorg zijn, individuele consultatie. Dit gebeurt door een van de behandelaren na toestemming van cliënt en ouders/verzorgers. Mentoren, docenten of zorgcoördinatoren krijgen informatie over het gedrag van hun leerling en hoe ze de leerling kunnen ondersteunen. Ook organiseert Rivierduinen cursussen voor kinderen van ouders met psychiatrische en verslavingsproblematiek. Dit wordt bekostigd uit de WMO-gelden van de gemeenten. Meer informatie: www.rivierduinen.nl

Als klachten blijven voortduren en wijzen op een ernstige stoornis is behandeling nodig. Deze behandeling bestaat voor een deel ook uit preventie. Tijdens de behandeling wordt informatie over het ziektebeeld gegeven (psycho-educatie) en leren jeugdigen en ouders hoe zij in hun situatie met de specifieke psychiatrische problemen kunnen omgaan. Soms

worden hier ook broertjes en zusjes bij betrokken zodat het gezin zelf meer moeilijke situaties kan oplossen. Anno 2011 is ruim drie procent van de Nederlandse kinderen in behandeling bij de gespecialiseerde kinder- en jeugdpsychiatrie. Dit komt neer op ongeveer één kind/jongere per klas.

Veruit de meeste behandelingen in de ggz vinden ambulante plaats. Dat betekent dat behandeling wordt gegeven op het kantoor van de instelling, thuis of op locatie zoals bijvoorbeeld een school. Dagbehandeling is ook een mogelijkheid, waarbij de patiënt een of meer dagdelen per week behandelactiviteiten volgt. In een enkel geval is opname in een kinder- of jeugdpsychiatrische kliniek noodzakelijk met een duur variërend van enkele weken tot meer dan een jaar. De hulp is ook gericht op ouders in de vorm van oudergesprekken of gezinstherapie. Er bestaat ook voorlichting en behandeling via internet: e-mental health genaamd.

In de jeugd-ggz werken specialisten uit verschillende disciplines. Er werken onder andere kinderpsychiaters, van wie er in Nederland ongeveer 500 werkzaam zijn, psychiatrisch verpleegkundigen, gezinstherapeuten, psychologen, orthopedagogen en vaktherapeuten. Pedagogische, psychologische en psychiatrische vakgebieden worden gecombineerd ingezet.

Met name de kennis over psychiatrische ziekten is een aanvulling op het werk van bijvoorbeeld het CJG en de jeugdzorg. Daar kijkt men vooral naar wat jeugdigen nodig hebben om veilig en gezond te kunnen opgroeien en neemt jeugdzorg indien nodig ook opvoedingstaken over.

Voorbeeld 2

GGz Centraal – de zorgpiramide in Almere

Almere zet in op samenwerking nadat de Inspectie voor de Gezondheidszorg in 2004/2005 constateerde dat er binnen de hulpverlening te versnipperd gewerkt werd. GGz Centraal participeert in de zorgadviesteams (ZAT) rond het onderwijs en in het OKépunt, in Almere de naam voor het Centrum voor Jeugd en Gezin. Elke vraag van een ouder, waar die ook binnenkomt, gaat naar het OKé-punt. Bovendien heeft Almere een zorgpiramide Jeugd in het leven geroepen gericht op alle inwoners van Almere van 0 tot 23 jaar.

Peter Peters Sengers, manager bedrijfsvoering bij GGz Centraal, Fornhese Almere: 'De zorg rond probleemgezinnen wordt gecoördineerd. Middels de zorgpiramide bepalen we welke mate van coördinatie nodig is.' De onderlaag, niveau 1, wordt gevormd door de 85 procent van de jeugdigen en gezinnen die gebruikmaken van reguliere basiszorg. Daarboven, op niveau 2, zit de 10 procent waar meer professionals over de vloer komen. Op dit niveau zit zorgcoördinatie vanuit de jeugdgezondheidszorg. Voor 3,5 procent van de gezinnen, het derde niveau, waarbij sprake is van complexe problematiek, zijn *procescoördinatoren* aangesteld. Dit zijn drie professionals, bij de GGD gedetacheerd vanuit Bureau Jeugdzorg,

GGz Centraal en het onderwijs, die de regie voeren over de zorg voor deze groep gezinnen. En dan is er nog de laatste 1,5 procent waarbij alles stagneert. Voor deze groep gezinnen is een *brandpuntfunctionaris* aangesteld, werkzaam bij de GGD. Dit is iemand met doorzettingsmacht, ofwel iemand die knopen kan doorhakken en een doorbraak kan forceren.

Knopen doorhakken

Harrie Hendriks is die brandpuntfunctionaris in Almere. Hij vormt de top van de piramide. 'Als alles stagneert, kom ik in beeld', vat hij zijn functie samen. 'Ik roep alle partijen die bij een gezin betrokken zijn om de tafel; van woningbouwvereniging en schuldhulpverleners tot jeugdbescherming en jeugd-ggz. Daar kunnen tot wel 18 professionals bij betrokken zijn. Alle deelnemers kennen het probleemgezin persoonlijk, weten concreet waarover we het hebben. Het onderwijs zit altijd aan tafel omdat ieder kind op school hoort te zitten. De vraag is altijd: wat heb je nodig om dit probleem op te lossen? Als blijkt dat een kind gedragsproblemen heeft die de school boven het hoofd groeien, komt de jeugd-ggz in beeld. Fornhese, een locatie van GGz Centraal, beschikt onder meer over een cluster-4 school en kan ambulante begeleiding bieden. Voor kinderen die

tijdelijk intensieve behandeling nodig hebben, is in Almere een geïntegreerd aanbod met het onderwijs. Eerst school, dan therapie op één locatie, vanuit één plan. De school participeert in de behandeling. Een overleg wordt georganiseerd als hulpverlening stagneert. De procescoördinatoren die een niveau lager opereren, geven een signaal af. Het verschil tussen de procescoördinator en mij is dat ik als brandpuntfunctionaris de bevoegdheid heb om knopen door te hakken. We noemen het rondetafelgesprekken. De uitkomst van een rondetafel is een beslissing over hoe we het probleem gaan aanpakken. Als professionals het niet eens kunnen worden, bepaal ik hoe we het gaan doen. Meestal hoeft het niet zover te komen. Als ik een rondetafelbijeenkomst organiseer, weet iedereen dat er een oplossing *moet* komen en is men vaak vooraf al creatief aan 't nadenken geweest. We vragen alle aanwezigen wat zij kunnen doen om het probleem weer vlot te trekken.'

Belangrijk daarbij is volgens Hendriks dat elke partij aangeeft wat er nodig is voor een gezin en wat hij zelf kan bieden. Nadrukkelijk *niet* wat een ander zou moeten bieden. 'Ook hoef je niet te vertellen waaróm je iets niet kunt bieden. Door deze afspraak blijven bijeenkomsten praktisch, worden verwijten vermeden en neemt het tempo waarin gehandeld kan worden, toe. Als je iets kan bieden, doe je dat onmiddellijk en zo niet, dan niet. Dan kijken we verder.'

Succesfactoren

Alle partijen zetten het belang van de jeugdige voorop en maken al het andere daaraan ondergeschikt. 'En dan blijkt de ingang lang niet altijd dat kind zelf te zijn. Problemen op dit niveau zijn bijna altijd het gevolg van het feit dat ouders geen overzicht meer hebben over de problemen

en niet meer weten hoe ze hun kind en zichzelf moeten helpen. We hebben het dan over drie categorieën ouders: ouders met een lichte verstandelijke beperking (LVG), ouders met persoonlijkheidsstoornissen of ouders die op verschillende terreinen in de problemen zijn gekomen en zorg mijden. Plannen die voortvloeien uit een ronde tafel zijn soms heel praktisch. Sinds een aantal jaren beschikken we over gezinscoaches die letterlijk op de fiets kunnen springen om een gezin bij te staan. Bijvoorbeeld eerst maar eens het huis schoonmaken of het schuldenprobleem in kaart brengen. Of we maken afspraken dat er niet meer tegen elkaar geschreeuwd wordt. Veel problemen van kinderen kun je alleen oplossen via de ouders.'

Grote vraag is uiteraard: werkt het? 'Voor de professionals kan ik volmondig "ja" zeggen', zegt Hendriks. 'We kennen elkaar, kunnen op heel korte termijn bij elkaar komen, werken vanuit een gedeelde visie en doen niet langer dingen dubbel. Voor 70 procent van de gezinnen die op dit niveau besproken worden, werkt het ook. Na inzet vanuit de ronde tafel kunnen we al vrij snel weer "afschalen" naar het niveau van de zorgcoördinator. Voor 30 procent ligt dat ingewikkelder. Die blijven lang in beeld op dit hoogste niveau.'

Gehoopt effect van de aanpak in Almere is ook dat inzet op het hoogste niveau steeds minder nodig zal zijn. En dat is wat zich nu begint af te tekenen. Steeds meer partners, deelnemers aan de ronde tafel met brandpuntfunctionaris, organiseren hun eigen ronde tafel. Hendriks: 'Het fenomeen en de methodiek raken ingeburgerd. Hierdoor escaleren problemen minder snel omdat partners in een vroeger stadium betrokken en ingezet worden.'

Leerpunten uit deze good practice

- Accepteer dat je als hulpverlener niet alles hoeft te kunnen
- Leer aangeven waar je als hulpverlener/instelling goed in bent
- Zorg dat je van elkaar weet waar ieders kracht ligt
- Zet het kind voorop
- Zorg dat er altijd een oplossing komt
- Zet daarvoor eventueel de methodiek van de zorgtafel in
- Organiseer (bestuurlijke) doorzettingsmacht
- Maak het organisatiebelang ondergeschikt aan dat van het kind/het gezin
- Zet die mensen om tafel die de situatie persoonlijk kennen, ga niet af op dossierkennis

GGz Centraal

GGz Centraal is ontstaan uit een fusie tussen Symfona en Meerkanten. Door de fusie kunnen de complexe en groeiende zorgvraag beter beantwoord worden. Het werkgebied strekt zich uit over Flevoland, Gooi en Vechtstreek, Oostelijk Utrecht, Veluwe en Veluwe Vallei. www.ggzcentraal.nl

3 De inzet van jeugd-ggz in lokale netwerken

Welke samenwerkingsverbanden zijn er op lokaal niveau en wat kan de plek van de jeugd-ggz hierin zijn? En wat vinden de verschillende partijen belangrijk? Dit hoofdstuk gaat hier nader op in.

Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG)

De meeste gemeenten brengen de verschillende partijen die samenwerken rond de preventieve zorg voor jeugd bij elkaar in een CJG. In het CJG werken in ieder geval jeugdgezondheidszorg en maatschappelijk werk, met goede verbindingen met Bureau Jeugdzorg en het onderwijs. Het gaat hierbij onder meer om opvoedingsondersteuning, netwerken opbouwen en onderhouden, preventie en signalering van onder meer psychische problematiek. De jeugd-ggz kan ook een rol hebben binnen het CJG. In gemeenten waar de ggz deelneemt in het CJG is de ervaring dat dit voor cliënten de drempel om hulp te vragen verlaagt en de samenwerking met wijkprofessionals zoals wijkverpleegkundigen verbetert.

Voor de ggz zijn naast het CJG, gezondheidscentra, psychologen in de eerste lijn en huisartsen ook belangrijke partners in de wijk. Hier gaan veel ouders als eerste naar toe als hun kind (lichamelijke en psychische) problemen heeft.

Niet overal wordt de ggz door gemeenten gevraagd en gefinancierd om in een CJG deel te nemen. De expertise van de ggz kan heel goed voor cliënten van het CJG aanvullend op de basiszorg worden benut of worden ingezet om de andere professionals in het CJG te adviseren en ondersteunen. Zie onderstaande voorbeeld.

Rik Verdellen is beleidsmedewerker jeugd, zorg en opvoedingsondersteuning in de gemeente Nijmegen. Ook de ontwikkeling van het CJG valt onder zijn verantwoordelijkheid. In dat kader heeft hij onder meer contact met jeugdzorg, jeugd-ggz en jeugd-LVG. 'Instellingen hebben de neiging om een probleem op te lossen met het eigen aanbod. Dat is logisch, maar dat aanbod is niet per definitie zo licht mogelijk. De vraag is hoe je dat ombuigt. Als specialistische zorg laagdrempeliger gemaakt wordt, neemt de bekendheid toe. Daarmee zal ook de vraag toenemen. Voor de lange termijn wil je zo licht mogelijke zorg bieden en de eigen kracht van mensen aanspreken. De gemeente Nijmegen maakt daarom afspraken met jeugdzorg en ggz over deelname in het CJG, eerder ingrijpen en afname van de instroom naar specialistische zorg. De gemeente Nijmegen stuurt dit aan door een gemeentelijke CJG-coördinator voorzitter te maken van het zorgadviesteam. De functionarissen van het CJG kunnen snel inspringen op lichte problematiek. Ze hebben een enorm netwerk. Door de samenwerking met de ggz binnen het CJG kunnen ze elkaar veel sneller vinden.'

Openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ)

De OGGZ is een van de prestatievelden die tot de WMO behoren (voor meer informatie over de WMO zie bijlage 2). De gemeente heeft hierin de taak om activiteiten op te zetten voor personen met complexe problemen die niet zelf vragen om hulp, maar toch veel leed ervaren, al dan niet in stilte. Ze kampen bijvoorbeeld met armoede, verslaving of andere psychische problemen, zijn werkloos, ze zijn sociaal geïsoleerd of er is sprake van huiselijk geweld of overlast. De zorg die aan deze doelgroep wordt geboden loopt uiteen van preventieactiviteiten tot bemoeizorg en het toeleiden naar reguliere hulp. Vaak zijn er gemeentelijke vangnetteams samengesteld van waaruit ook zorg voor multiprobleemgezinnen en dak- en thuisloze jeugdigen kan worden opgestart. Deze vangnetteams proberen

via een vasthoudende werkwijze de omstandigheden voor deze gezinnen en jeugdigen te verbeteren. De ggz en verslavingszorg voor volwassenen zijn actieve partners in deze lokale zorgnetwerken. Ook al is deze zorg vaak gericht op volwassenen, deze netwerken zijn relevant voor het preventief ingrijpen met het oog op de jeugdigen in deze gezinnen. De gemeentelijke ggz regisseert deze zorg samen met andere maatschappelijke organisaties.

Voorbeeld 3

GGz Breburg – gebiedsgericht werken in Breda

Het Zorgservicecentrum van GGz Breburg richt zich actief op samenwerking met andere jeugdzorgorganisaties in een bepaald gebied. Met consultatie ondersteunt het centrum leerkrachten, thuiszorgmedewerkers, huisartsen en CJG-medewerkers. 'Eigenlijk kunnen alle professionals die vragen hebben rond opvoeding en een vermoeden hebben van psychiatrische problematiek, gebruik maken van de deskundigheid van GGz Breburg', zegt Gertie Linssen, accountmanager van het Zorgservicecentrum.

Door gebiedsgericht te werken, slaagt GGz Breburg erin burgers de zorg te bieden op de plek waar ze zich bevinden. De neiging van de ggz om van elke vraag een probleem te maken, is hiermee doorbroken. De zorg wordt niet complexer dan nodig is en mensen worden aangesproken op hun eigen kracht. GGz Breburg brengt vooral haar preventiedeskundigheid in, in het onderwijs, de peuterspeelzalen, kinderdagverblijven en het CJG. Lichte problematiek kan daar al worden opgelost door professionals te adviseren. Ook zijn er keuzes gemaakt die de kwaliteit bevorderen. Zo richt de jeugdarts zich meer op de groepen die een verhoogd risico lopen op psychische stoornissen en zijn de medewerkers van het CJG allen hbo+ opgeleid.

Topteam

Het gebiedsgericht werken van GGz Breburg sluit naadloos aan bij de CJG-ontwikkeling in de 20 gemeenten. Neem de gemeente Breda waar GGz Breburg vanaf het begin betrokken was bij de totstandkoming van het CJG. Jaren van plan- en visieontwikkeling gingen aan de start vooraf. Marjan van Parijs is programmamanager CJG namens de gemeente Breda. 'Onze uitgangspunten', zegt Van Parijs, 'zijn: vraaggericht werken, de cliënt in de eigen kracht zetten, burgers stimuleren zichzelf en elkaar te helpen en de inzet van de grootste deskundigheid aan het begin.' Van Parijs: 'Door jeugd-ggz meteen aan de voorkant in te zetten, voorkom je dat problemen escaleren en cliënten zwaardere zorg behoeven. Zo hebben we binnen het CJG Breda een Topteam samengesteld met de meest bekwame mensen. Dat team bestaat uit een jeugdpsycholoog, een orthopedagoog en een jeugdarts. Deze deskundigen kunnen geconsulteerd worden door alle CJG-medewerkers. We

streven ernaar dat het Topteam de positie krijgt om doorbraken te forceren. Zij moeten met de vuist op tafel kunnen slaan en kunnen zeggen: zo gaan we het doen.'

De CJG-ontwikkeling naar een professionele netwerkorganisatie maakt dat de gemeente Breda geen specifieke programma's meer inkoop, maar dat overlaat aan het netwerk. De verantwoordelijkheid voor de vormgeving van het zorgaanbod wordt dus bij de partijen zelf gelegd die dat moeten afstemmen op de vraag. Als partij A iets nodig heeft en partij B kan dat leveren, maken ze daar samen afspraken over. Welke methodieken zij gebruiken is aan hen, niet aan de gemeente. De gedachte is dat alle deskundigheid aanwezig is in het CJG en dat de gebouwde structuur het mogelijk maakt optimaal gebruik te maken van die deskundigheid. 'Daarvoor is onderling vertrouwen nodig', zegt Van Parijs. 'En dat is nu precies de reden dat we al zo lang aan 't bouwen zijn. Uit de manier waarop we nu bijvoorbeeld praten over geld, kunnen we opmaken dat dit vertrouwen er zo langzamerhand is. We verkennen met elkaar de mogelijkheid om één grote pot te vullen met euro's. Professionals kunnen direct ingezet worden en we zien later wel wie dat moet betalen. Die organisatie vult dan voor dat bedrag de pot weer bij.' In de praktijk blijkt overigens dat er geen grote verschillen zitten tussen de uurtarieven van de ggz en bijvoorbeeld het maatschappelijk werk.

Kernteam

Naast het Topteam beschikt het CJG Breda ook over een Kernteam. Dit team functioneert inmiddels twee jaar en bestaat uit acht professionals. Ieder teamlid is door de eigen organisatie 16 uur per week vrijgemaakt voor het CJG en besteedt de overige werktijd aan het 'versnellen in de eigen organisatie'. Dat betekent dat ze in de eigen organisatie met uitvoerend hulpverleners en managers aan de slag zijn om van een (soms) naar binnen gerichte organisatie een netwerkorganisatie te maken. Een organisatie bovendien die het CJG-gedachtegoed onderschrijft. Die gebruik maakt van de eigen kracht en talenten van jeugd en ouders en niet primair de risico's als uitgangspunt neemt.

Leerpunten uit deze good practice

- Neem de tijd! Samen visie ontwikkelen, op één lijn komen en samenwerken kost tijd
- Creëer nieuwe functies die passen bij de nieuwe situatie
- Zorg voor een vertrouwd gezicht voor school en wijk

GGz Breburg

Voor meer informatie: www.ggzbreburg.nl

4 Jeugd-ggz in het onderwijs

Naast CJG's bestaan er ZAT's (zorgadviesteams) die georganiseerd zijn in en rond het onderwijs. Een zorgadviesteam is een multidisciplinair team dat aansluit bij de leerlingenzorg van het onderwijs. Professionals vanuit het CJG zijn een vaste partner in het overleg van het ZAT. Het ZAT beoordeelt snel en vakkundig signalen van leerkrachten die wijzen op de behoefte aan extra zorg voor een leerling. Zo snel mogelijk wordt de juiste hulp en ondersteuning voor de leerling, ouders en docenten ingeschakeld. Ook hier geldt dat hoe vroeger de ggz-deskundigheid wordt ingezet, hoe meer de leerling erbij gebaat is. De ggz streeft naar 100 procent aansluiting bij de ZAT's. Om dit te kunnen realiseren, moet er ook duidelijkheid zijn over de financiële middelen. Nu is daarover in de praktijk nog vaak discussie in primair onderwijs en voortgezet onderwijs omdat de ggz daar volgens de nu geldende afspraken geen kernpartner is. In de voorbeelden laten we zien dat gemengde financiering, met inbreng van gemeenten, onderwijs en zorgverzekeraars hier een oplossing biedt.

In het mbo is de jeugd-ggz kernpartner in de ZAT's omdat jeugd- en opvoedhulp in deze leeftijdsgroep (16 tot 27 jaar) minder aan de orde is. De jeugd-ggz legt organisatorisch de grens niet bij 18 jaar, maar gaat uit van de ontwikkelingsleeftijd en de problematiek. Vaak zijn er aparte teams voor kinderen, jongeren en jong volwassenen. De groep 16- tot 27-jarigen kampt met 'volwassen' problemen die samenhangen met het zelfstandig worden, huisvesting, vroeg ouderschap, etcetera. Voor een groot aantal jongeren zijn de problemen te groot en zij dreigen de school vroegtijdig te verlaten.

Jongeren schamen zich hulp te vragen bij hun problemen want ze willen onafhankelijk zijn. Soms ook hebben ze slechte ervaringen met hulp of sluiten de eisen van de zorgaanbieder niet aan bij hun wensen of mogelijkheden. Bijvoorbeeld voor allochtone meiden kan er binnen de muren van de school meer dan daar buiten. De sociaal-psychiatrisch verpleegkundige (SPV'er) die spreekuur houdt in de school is een goede manier om de drempel te verlagen. Leerlingen lopen makkelijker binnen omdat begeleiding in de schoolsituatie 'normaal' is.

In Utrecht wordt hard gewerkt aan de versterking van de zorgstructuur in het mbo onder de noemer ZIOS-MBO-Utrecht. Gezamenlijk zoekt men naar een methodische aanpak die past bij de groep risicojongeren, van wie velen eerder zorgmijddend zijn dan zorgvragend. Het resultaat moet zijn dat er continuïteit zit in het zorgaanbod van verschillende zorgaanbieders. Middelen worden gebundeld en ontschot ingezet. Partijen hebben elkaar inzicht gegeven in de huidige financieringstromen rond risicoleerlingen en er is een begin gemaakt met een afsprakenkader voor aanvullende bekostiging. Zo richt men samen met zorgverzekeraars een waarborgfonds op waaruit, indien nodig, de zorg voor deze groep (anoniem) bekostigd kan worden.

Samenwerking tussen jeugd-ggz en onderwijs is ook van belang om ervoor te zorgen dat jeugdigen die in behandeling zijn, naar school (blijven) gaan. De gevolgen van (tijdelijk) niet naar school gaan, zijn groot. Hoewel het thuiszitten in eerste instantie voor jeugdigen een opluchting kan zijn, wordt het op den duur moeilijk om in een normaal dagritme te blijven. Het contact met klasgenoten en vrienden vervaagt, de betreffende jeugdige hoort er al snel niet meer bij. Hoe langer het thuiszitten duurt, hoe hoger de drempel om terug te keren. Veel jeugdigen raken achter in kennis en stromen uiteindelijk op een lager niveau terug in het onderwijs. In opdracht van de cliëntenraad heeft GGZ Kinderen en Jeugd Rivierduinen onderzoek gedaan naar thuiszitters als gevolg van psychiatrische problematiek. Belangrijke uitkomst is dat

er afspraken gemaakt moeten worden met Leerplicht zodat niet iedere leerling die in behandeling is automatisch vrijstelling krijgt van het volgen van onderwijs. Het onderzoek is beschikbaar via <http://ouders.ggzkinderenjeugd.nl> (zoekterm *back to school*).

Henk Visser, projectmanager Herlaarhof (centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie in Zuidoost Brabant, onderdeel van de Reinier van Arkelgroep), legt uit wat de toegevoegde waarde is van deelname van de ggz aan de ZAT's: 'Herlaarhof participeert in het bovenschools ZAT. Hierdoor zijn we in staat de zwaardere gevallen er snel uit te pikken. We kunnen op afroep ook participeren in een ZAT van een school. Soms stuiten we echter wel op het probleem van de wachtlijsten. Kinderen in crisis of met een spoedindicatie hoeven bij ons niet te wachten op behandeling. Maar kinderen zonder spoedindicatie moeten helaas twee tot drie maanden wachten.'

Jeugd-ggz en de samenwerkingsverbanden passend onderwijs

Na invoering van de wetgeving rond passend onderwijs zijn scholen verplicht een adequaat onderwijsaanbod te verzorgen voor leerlingen die op hun school zitten of die door ouders worden aangemeld. Er moet een samenhangend geheel van zorgvoorzieningen binnen en tussen de scholen gerealiseerd worden zodat alle leerlingen een ononderbroken ontwikkelingsproces kunnen doormaken. Er zijn leerlingen die extra ondersteuning nodig hebben vanwege psychische of verstandelijke beperkingen. Om dit te regelen zijn samenwerkingsverbanden opgericht die bestaan uit reguliere scholen, speciaal basisonderwijs/praktijkonderwijs en speciaal onderwijs cluster 3 en 4. De zorgmiddelen voor het passend onderwijs zullen terechtkomen bij het samenwerkingsverband.

De stichting Passend Onderwijs Haarlemmermeer is een samenwerkingsverband van 10 schoolbesturen, 62 basisscholen en 4 speciale scholen voor basisonderwijs met in totaal 17.000 leerlingen. Uiteraard is er nog geen werkwijze ontwikkeld op het terrein voor passend onderwijs. Passend onderwijs staat voor goed onderwijs voor alle kinderen. *Creëer de optimale context* is het credo van de stichting. Jeugd-ggz komt wat Ekon Hartog, directeur van de stichting, betreft zo vroeg mogelijk in beeld. 'Jeugd-ggz zal een flexibeler aanbod moeten ontwikkelen om haar expertise in het onderwijs in te kunnen zetten. Ik droom over een jeugdpsychiater die ik op afroep kan consulteren. Iemand die op de fiets stapt als het onderwijs hem nodig heeft, die een uurtje achterin de klas komt zitten, een gesprek heeft met ouder, kind en leerkracht en dan voorstellen doet. Het gaat niet altijd om heel zware problematiek, want de echt zware gevallen zitten niet in het regulier onderwijs. De diagnostische blik van de jeugd-ggz kan ook de basiszorg in het onderwijs helpen verbeteren. De jeugd-ggz kan bijvoorbeeld uitleggen wat je kunt verwachten van ouders die zelf psychiatrische problematiek hebben en hoe de school de kinderen in zo'n geval kan ondersteunen. De samenwerkende besturen zullen moeten formuleren welke hulp we van de ggz nodig hebben om het onderwijs te optimaliseren en hoe de zorgmiddelen daarvoor ingezet gaan worden.'

Voorbeeld 4

Het Onderwijszorgcentrum in Zutphen

De initiatiefnemers zagen veel jeugdigen die hulp van onderwijs, jeugdzorg, jeugd-ggz en verslavingszorg tegelijk nodig hadden. Wat lag er meer voor de hand dan een voorziening in het leven te roepen waarbinnen een functionaris van elk van deze branches werkzaam is? En zo gebeurde het: begin 2006 opende het Onderwijszorgcentrum (OZC) in Zutphen zijn deuren. Het OZC neemt tijdelijk leerlingen op waarvoor een school zelf geen oplossingen heeft.

Totaalvisie

Willem Geerken was destijds wethouder jeugdbeleid, onderwijs en wijkaanpak van de gemeente Zutphen en een van de initiatiefnemers. 'We hebben eerst alle instellingen die zich met jeugd en jongeren bezighouden in kaart gebracht. Ik viel van de ene verbazing in de andere. Professionals kenden elkaar niet; de een wist niet waar de ander mee bezig was terwijl ze vaak bij dezelfde gezinnen over de vloer kwamen.'

Ook tussen onderwijs en zorg bestonden nauwelijks contacten, constateerden Geerken en zijn ambtenaren. 'Scholen worstelden met leerlingen die flink in de problemen zaten en hadden geen idee waar ze met deze jongeren heen moesten. Echte interesse ontbrak en jongeren trokken zich langzaam maar zeker terug uit het onderwijs. Vanuit de gemeente hebben we toen met de vuist op tafel geslagen: we accepteren niet langer dat er ook maar één kind buiten de boot valt. Door intensieve contacten tussen partijen te stimuleren en een netwerk te vormen, slaagden we erin de juiste mensen op de juiste plek te krijgen.'

Steunpunt op school

Het OZC is gestart als reboundvoorziening. Dit is een vorm van onderwijs waar jeugdigen geplaatst kunnen worden als het op school niet meer gaat. Omdat het doel is leerlingen op de eigen school te houden, is door het samenwerkingsverband op de verschillende scholen een Onderwijszorgsteunpunt (OZS) ingericht. Dit steunpunt heeft tot doel problemen van leerlingen tijdig te signaleren en aan te pakken. Het voltallige steunpunt bestaat uit een ambulante begeleider vanuit het speciaal onderwijs, een ambulante hulpverlener vanuit het OZC, een orthopedagoge (in opleiding), de zorgcoördinator, de leerplichtambtenaar, de jeugdarts/schoolarts, Bureau Jeugdzorg en de ggz. Als deze deskundigen er niet uitkomen, komt het OZC in beeld.

De ambulante begeleider vanuit het speciaal onderwijs neemt de begeleiding rond het leren voor z'n rekening; die

vanuit het OZC zoomt in op de psychosociale problematiek. Myrèse Salentijn is zorgcoördinator op het Isendoorn College in Warnsveld, de school waar het eerste OZS van start ging. Grote winst noemt zij de permanente beschikbaarheid van een orthopedagoog. 'Dat maakt je mogelijkheden om leerlingen binnenboord te houden echt veel malen groter. De laagdrempelige inzet van jeugd-ggz biedt ook tal van voordelen. Wij hebben relatief veel kinderen met Asperger op school. Dankzij de begeleiding vanuit de jeugd-ggz (GGNet) kunnen zij tussen hun klasgenoten blijven functioneren. GGNet biedt psycho-educatie aan wat in dit geval inhoudt dat de jongeren onderzoeken wat het betekent autistisch te zijn en leren omgaan met hun handicap. Ook verrichten gedragsdeskundigen van GGNet geregeld onderzoek bij leerlingen die vastlopen, alarmeerd vaak ziek zijn of depressieve trekken hebben.'

Achter de voordeur

Oud-wethouder Geerken: 'Een school moet uitstralen "ik zorg ervoor dat jij je diploma haalt". Om dat te kunnen waarmaken, heeft die school expertise nodig. Zet alle instellingen erbij die beschikbaar zijn, ook de ggz want daar zit deskundigheid als het gaat om gedragsproblemen. En soms moet je ook achter de voordeur kijken. Scholen wachten daar vaak heel lang mee, maar dat contact met thuis is van groot belang.'

Locatiedirecteur van het OZC Ferry Vrolijk licht dat contact met thuis nader toe: 'We gaan altijd als eerste het gesprek aan met de ouders bij wie we vaak op weerstand stuiten. Maar ik lieg niet als ik zeg dat we altijd binnenkomen. We zijn niet bedreigend en zetten in op praktische ondersteuning van het hele gezin. Als het nodig is wordt er een fiets gekocht voor moeder of zorgen we ervoor dat zo snel mogelijk het gas en licht weer wordt aangesloten. Dat soort praktische zaken lossen we eerst op en daarmee breken we het ijs. Vrijwel alle ouders zijn daarna bereid ook op andere fronten hulp te aanvaarden. Zo loodsen we onze medewerkers van GGNet of Bureau Jeugdzorg binnen. Zij begeleiden een jongere bijvoorbeeld naar de schakelklas van het OZC. En als een kind de vaardigheden mist om naar school te gaan, kan de medewerker van Bureau Jeugdzorg ter plekke integrale daghulp regelen bij het OZC.'

Succesverhaal

Het OZC is een succesverhaal bevestigen alle partners. Locatiedirecteur Ferry Vrolijk heeft de succesfactoren goed in beeld. 'De samenwerking heeft zich ontwikkeld.

In het begin waren we al blij dat er werd samengewerkt. Teamwork is nu het sleutelwoord binnen het OZC. Een concept als dit werkt alleen als iedereen bereid is één team te worden. De eilandjes en winkeltjes zijn verdwenen. Elke club levert één medewerker waardoor we als één team kunnen werken met bekende gezichten. En dan blijkt er in veel gevallen sprake te zijn van een win-winsituatie. De school wil graag een ggz-functionaris over de vloer hebben en GGNet wil toegang tot de school. Door een orthopedagoog van GGNet op te nemen in het team van het OZC snijdt het mes aan twee kanten.'

Niet alleen de betrokkenen in Zutphen zijn enthousiast over de opbrengsten van het OZC, ook het Kohnstamm Instituut concludeert in de publicatie *Doen wat helpt, onderzoek naar de samenwerking tussen onderwijs en zorg in Zutphen* (Mechtild Derriks, 2010), dat de samenwerking aantoonbaar succesvol is. Jeugdigen komen tot rust en gaan weer leren, docenten worden deskundiger in de omgang met jeugdigen met problemen en er is minder bureaucratie waardoor de hulpverlening sneller verloopt.

Financiering

Kinderen die naar school gaan op het OZC, blijven in-geschreven op de eigen school. In principe gaat hij of zij

daar ook naar terug, wat bij 60 procent ook daadwerkelijk gebeurt. 40 procent van de OZC-leerlingen gaat naar een andere school binnen het samenwerkingsverband omdat die beter past bij zijn of haar specifieke zorg- of onderwijs-behoefte. 10 procent van de OZC-leerlingen gaat naar het speciaal onderwijs dat een inspanningsverplichting heeft om leerlingen uit het OZC te plaatsen ook al is een klas vol.

Het Samenwerkingsverband voortgezet onderwijs Zutphen e.o. financiert het OZC voor een belangrijk deel. Daarnaast ontvangt het OZC een gemeentelijke subsidie van 20 tot 25 procent van de begroting. De jeugdhulpverlening, verslavingszorg en Bureau Jeugdzorg betalen hun eigen personeel. De zorgverzekeraar betaalt het personeel dat de jeugd-ggz levert ten behoeve van de geïndiceerde zorg. Ron Vet is namens de ggz bij het OZC betrokken: 'De investering van de ggz wordt niet geheel gedekt. De zorgverzekeraar betaalt het basiszorgpakket. Daarin zit alleen diagnostiek en behandeling. Voor de consultatieve taken heeft de ggz andere financiers nodig. We investeren op dit moment uit eigen reserves om te voorkomen dat we kinderen niet kunnen helpen.'

Leerpunten uit deze good practice:

- Benut elkaars deskundigheid zodat de expertise toeneemt
- Formuleer eerst wat nodig is, ontwerp een duidelijk concept en richt daar de organisatie op in
- Houd de organisatie klein: een klein, overzichtelijk team met daarin een beperkt aantal hulpverleners die 'de klus klaren'
- Zorg dat de school van herkomst betrokken en verantwoordelijk blijft
- Organiseer een aanbod op maat voor jongeren met verschillende problemen
- Het concept: de jongere staat voorop, niet het belang van de instelling
- Meteen iets doen, niet doorverwijzen, problemen praktisch oplossen (daadkracht)
- Zorg voor dekkende financiering; door ontschotting van middelen uit verschillende bronnen

Het Onderwijszorgcentrum (OZC)

Het Onderwijszorgcentrum (OZC) in Zutphen valt onder de stichting Speciaal Onderwijs Twente en Oost-Gelderland (SOTOG). Opdrachtgevers: gemeente Zutphen en het Samenwerkingsverband voortgezet onderwijs Zutphen en omgeving (8 scholen – 8000 leerlingen). Hoofdaannemer: SOTOG. Onderaannemers: Lindenhout en Pactum, beide instellingen voor jeugdhulpverlening. Deze drie organisaties detacheren personeel bij het OZC onder wie gedragswetenschappers. GGNet en Bureau Jeugdzorg leveren vaste functionarissen in het OZC. Meer informatie: www.ozc-zutphen.nl

Tot slot

Samenwerking op het grensvlak van ggz, jeugdzorg, onderwijs en gemeentelijke basiszorg voor jeugd en gezin wordt met veel creativiteit vormgegeven. Vaak spelen er bij jeugdigen en ouders meer zaken tegelijk en is een oplossing alleen bereikbaar met hulp van verschillende professionals. Het spreekt vanzelf dat de samenwerking rondom dergelijke complexe gezinnen niet eenvoudig is. Voor de ggz en de andere partijen zijn er dan in het begin veel praktische en financiële problemen op te lossen. Toch blijkt uit de voorbeelden dat het soms te simpel is voor woorden: pak de telefoon, regel een afspraak, ga om tafel, maak je eigen toko niet te belangrijk, kijk dus over grenzen heen, zet gelden ontschot en flexibel in en ga aan de slag in het belang van jeugdigen. Op het moment dat deze handreiking uitkomt, wordt door alle partijen, overheden en zorgbestuurders nagedacht over een manier om samenwerking door betere wetgeving en onderbrenging van de regie bij gemeenten makkelijker te maken. Goede samenwerking tussen deskundige professionals in een vroeg stadium bij complexe problemen is daarbij voor iedereen een wens en het is een uitdaging om dat goed vorm te geven.

Bijlage 1

Interessante websites

- De website van het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie (www.kenniscentrum-kjp.nl) maakt wetenschappelijk onderzoek toegankelijk voor zowel professionals als ouders. Op de site staat alles op het gebied van de meest voorkomende psychiatrische aandoeningen onder kinderen en tieners.
- De website www.brainwiki.nl legt op een toegankelijke manier uit wat psychiatrie is en geeft uitleg over psychische problemen.
- Het NJi heeft op zijn website veel informatie, waaronder een overzicht van organisaties in de jeugdsector. Hiertoe rekenen zij onder meer onderwijs, welzijn, gezondheid en jeugdzorg. Zie www.nji.nl (Navigeren naar *Kennis/Databanken/Overzicht jeugdsector/Organisaties per domein*)
- Het Trimbos-instituut zet zich in voor het verbeteren van de geestelijke gezondheid door het delen van kennis: www.trimbos.nl
- De Lokale Jeugdspiegel, bereikbaar via www.jeugdengезin.databank.nl, geeft gemeenten zicht op ontwikkelingen die spelen op het lokale jeugdterrein. Het toont de gemeentelijke en regionaal beschikbare gegevens en kan vergelijkingen maken tussen verschillende regionale gebieden en gemeenten.
- De handreiking *Snel terug naar school is veel beter* biedt praktische handvatten om onnodig schoolziekteverzuim aan te pakken. De handreiking is o.a. verkrijgbaar via www.nji.nl/publicaties
- De WMO Gesprekswijzer (www.ggz nederland.nl/financiering-ggz/ggzn_wmo_gids.pdf) is opgesteld door GGZ Nederland en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten om de samenwerking tussen ggz-instellingen en gemeenten verder te verbeteren.
- Het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) is een overheidsorganisatie die ervoor waakt dat verzekerden via de Zorgverzekeringswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten de zorg kunnen krijgen die voor hen noodzakelijk is. Op www.cvz.nl is o.a. meer te lezen over welke zorg onder welke verzekering valt (Zvw of AWBZ).
- Via www.zat.nl stelt het steunpunt voor de ZAT-ontwikkeling in PO, VO, (V)SO en MBO veel informatie beschikbaar, die relevant is om effectief aan te sluiten op het onderwijs. Het bevat handreikingen voor samenwerking en voorbeelden van de inhoudelijke, organisatorische en bestuurlijke vertaling en borging. Het privacy-reglement vindt u eveneens op deze site.
- In de publicatie *Samen school maken* (verkrijgbaar via www.nji.nl/publicaties) wordt de kracht van preventieve inzet in het onderwijs onderstreept. De brochure bevat negen voorbeelden van manieren waarop leerlingen in een vroeg stadium hulp en ondersteuning in en om de school kunnen krijgen.
- www.samenwerkenvoordejeugd.nl is een gezamenlijke website van de ministeries van VWS en OCW bestemd voor iedereen die professioneel betrokken is bij de uitvoering van lokaal jeugdbeleid. De website informeert over actuele projecten en ontwikkelingen in de uitvoering van het lokale jeugdbeleid. Op deze site is ook een privacytool te vinden. Deze privacytool helpt professionals op een systematische manier de afweging te maken of samenwerking met andere betrokken professionals in het belang van de jongere is.
- www.ggz nederland.nl is de website van de brancheorganisatie van ggz-instellingen en verslavingszorginstellingen. Hier vindt u adressen van ggz-instellingen en kunt u doorlinken naar het visiedocument jeugd-ggz: www.ggz nederland.nl/jeugd-ggz/jeugdggzinvesteren-in-de-toekomst.visiedoc.pdf. Ook vindt u op ggz nederland.nl de *Code kindermishandeling* (zoekterm *Code kindermishandeling*).
- In de ggz zijn volop mogelijkheden voor e-mental health. E-mental health is een verzamelnaam voor hulp via internet. Er zijn informatieve sites, er worden preventieve

cursussen aangeboden, er zijn chatsites met lotgenoten en men kan vragen stellen aan hulpverleners; ook anoniem. Daarnaast zijn er therapieën die geheel of gedeeltelijk via internet lopen. Een voordeel hiervan is dat jeugdigen zelf het tijdstip van behandeling kunnen kiezen. Hierdoor hoeft school niet in het gedrang te komen. Voorbeelden van dergelijke websites voor jeugdigen zijn hieronder per thema vermeld. Bron: *Handboek online hulpverlening* (Frank Schalken e.a., 2010)

Websites voor jongeren met depressieve klachten en andere psychische problemen

- www.gripopjedip.nl
- www.webwoud.nl
- www.allesondercontrole.nu
- www.jongin.nl
- www.jongerenadvies.nl
- www.bibbers.nl
- www.pratenonline.nl
- www.zwaarweer.nl
- www.113online.nl (jongeren die denken aan zelfmoord)

Websites voor jongeren van familie met psychische of verslavingsproblemen

- www.kopstoring.nl
- www.survivalkid.nl
- www.drankjewel.nl

Websites voor jongeren met (familie met) een handicap of ziekte

- www.brusjes.nl
- www.heartjump.nl/jumpgame
- www.internethaven.nl
- www.jongpositief.nl
- www.kankerspoken.nl
- www.opkoersonline.nl
- www.herinneringen.nl (jongeren die een dierbare hebben verloren)

Websites voor jongeren over eten, gewicht en uiterlijk

- www.99gram.nl
- www.proud2bme.nl

Websites voor multiculturele jongeren met sociale/psychische problemen

- www.hulpmix.nl
- www.depri-en-dan.nl

Websites voor jongeren (met vragen) over verslaving (alcohol/drugs/gokken)

- www.drugsinfo.nl
- www.deal-ermee.nl
- www.drankendrugs.nl
- www.drugsinfoteam.nl
- www.drugsweb.nl
- www.jellinek.nl
- www.watdrinkjij.nl
- www.watwiljijmetwiet.nl

Bijlage 2

Financiering van de ggz

Tot en met 2007 werd behandeling door specialistische ggz-instellingen volledig bekostigd vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Vanaf 1 januari 2008 is een deel, de zogenaamde curatieve ggz en verslavingszorg, overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). 90 procent van de jeugd-ggz is geneeskundige behandeling en dat wordt gefinancierd uit de Zorgverzekeringswet. Tevens zijn middelen uit de AWBZ overgeheveld naar gemeenten voor de openbare geestelijke gezondheidszorg, de consultatie en de collectieve en selectieve preventie. Gemeenten waren deels al verantwoordelijk voor de maatschappelijke opvang, OGGZ en verslavingszorg.

Naast de zorgverzekeraars (Zvw), de zorgkantoren (AWBZ) en de gemeenten is er nog een financier: het ministerie van Veiligheid en Justitie. Dit ministerie is verantwoordelijk voor de geestelijke gezondheidszorg aan tbs'ers en (jeugdige) gedetineerden of (voorwaardelijk) gestrafte jeugdigen.

Voor de jeugd-ggz is het aandeel ggz dat Justitie inkoopt beperkt. In de volwassenen-ggz is het aandeel Justitie groter; vooral bij de ggz-instellingen die tbs'ers verplegen en behandelen.

De laatste jaren is het aantal financiers in de ggz toegenomen. Jaarlijks voeren de ggz-instellingen met de verschillende partijen gesprekken die leiden tot afspraken over de omvang van de productie, de prijs en de kwaliteit. Zorginstellingen krijgen betaald op basis van de werkelijk gerealiseerde productie. Daarnaast zijn er elementen van concurrentie en marktwerking ingevoerd, dus is er geen garantie dat een instelling hetzelfde budget behoudt.

Hieronder volgt een overzicht van de verschillende vormen van wetgeving waar de ggz mee te maken heeft.

1 Zorgverzekeringswet

In de Zorgverzekeringswet zijn de verantwoordelijkheden van de verschillende partijen vastgelegd. De verzekeraars hebben zorgplicht. Zij zijn verantwoordelijk voor de inkoop van voldoende zorg van goede kwaliteit. De zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor een aanbod van kwalitatief hoogwaardige en beschikbare zorg tegen een acceptabele prijs. Jaarlijks stelt de overheid de inhoud van het basiszorgpakket, het budget en de hoogte van eigen bijdrage en eigen risico vast. Alle inwoners van Nederland zijn verplicht zich te verzekeren, maar zij kunnen zelf een verzekeraar en een zorgverlener kiezen.

Zowel preventie bij lichte klachten, eerstelijns psychologische zorg als tweedelijns ggz zijn onderdeel van het basispakket van waaruit iedere verzekerde recht op zorg heeft. De eerstelijns psychologische behandeling bestaat uit een beperkt aantal gesprekken door een psycholoog. Ook is het mogelijk dat in de huisartsenpraktijk een praktijkondersteuner-ggz (POH-GGZ) werkt die gesprekken voert.

De tweedelijns zorg is voor ernstigere aandoeningen. De zorg kan worden geboden door een zorginstelling of een gz-psycholoog, psychiater of psychotherapeut die een eigen praktijk voert.

De zorginstellingen voor ggz zijn regionaal of landelijk georganiseerd. Er zijn instellingen voor jeugd-ggz en jeugd-ggz afdelingen die onderdeel vormen van een grotere ggz en/of verslavingszorg instelling. De behandeling is afgestemd op de soort aandoening(en) en kan variëren van gesprekstherapie, gezintherapie (ook aan

huis), dagbehandeling, medicatie en opname in een kliniek. Daarnaast wordt ggz voor jeugdigen aangeboden door vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten (tweede lijn) en commerciële aanbieders.

2 AWBZ

Sinds 1968 kennen we in Nederland de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Tot deze wet behoren onverzekerbare risico's die leiden tot blijvende gezondheidsproblemen; bijvoorbeeld in de ouderdom, lichamelijke of verstandelijke beperkingen of psychiatrische beperkingen. Iedere werkende Nederlander betaalt mee aan de AWBZ. Voor jeugdigen met psychiatrische problemen geldt dat alleen de langdurend klinische behandeling (langer dan een jaar) hieruit wordt betaald. Dit is in Nederland een beperkte groep kinderen (ongeveer 300). Veel kinderen die niet terug naar huis kunnen worden opgevangen in de residentiële provinciale jeugdzorg. Vanuit de AWBZ worden ook de logeershuisfuncties bekostigd, ambulante begeleiding en begeleid of beschermd wonen voor de oudere jeugd. De functie ambulante begeleiding kunnen mensen ook zelf inkopen, buiten een instelling om. Hiervoor kunnen ze een Persoonsgebonden Budget aanvragen (PGB). Het PGB wordt herzien.

De AWBZ is op dit moment het wettelijk kader voor kinderen met een blijvende psychiatrische beperking, een verstandelijke beperking en dus ook voor de groep kinderen die een verstandelijke én psychische beperking hebben. De AWBZ wordt herzien en onderdelen hiervan worden overgeheveld naar de gemeenten. Dit geldt in elk geval voor de ambulante begeleiding. Ook in de AWBZ worden eigen bijdragen gevraagd van cliënten.

Voor meer informatie kunt u terecht op de website van de rijksoverheid:

www.rijksoverheid.nl (via *Alle onderwerpen/Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)*)

3 WMO

Gemeenten hebben door de invoering van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) steeds meer regietaken gekregen. De gemeente heeft de verantwoordelijkheid voor preventie, sociale inclusie en maatschappelijke ondersteuning, onderwijs, (kind)veiligheid en maatschappelijke overlast. Binnen de WMO zijn er 9 velden benoemd waarop de gemeente prestaties moet leveren. Voornamelijk in prestatievelden 1 (leefbaarheid en sociale samenhang), 2 (preventieve ondersteuning jeugd), 3 (informatie, advies en patiëntenondersteuning) en 5 (participatiebevordering kwetsbare groepen) kan de gemeente worden aangesproken op haar regierol voor o.a. kinderen met psychiatrische beperkingen. Dit zijn brede prestatievelden en het budget is door de gemeente zelf te bepalen. Middelen (64 miljoen euro) voor de inkoop van ggz-diensten en preventieprogramma's zijn in 2006 uit de AWBZ overgeheveld naar het gemeentefonds.

Op initiatief van GGZ Nederland en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten is er een gesprekswijzer opgesteld om de relatie tussen ggz-instellingen en gemeenten verder te ontwikkelen. Zie hiervoor het document *Als burgerschap niet vanzelfsprekend is*: www.ggz nederland.nl/scrivo/asset.php?id=513358 .

Voor meer informatie kunt u terecht op de website van de rijksoverheid:

www.rijksoverheid.nl, (via *Alle onderwerpen/Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)*)

4 Wet Publieke Gezondheid

Gemeenten hebben niet alleen verantwoordelijkheden in het kader van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO), maar ook in het kader van de Wet Publieke Gezondheid (WPG). Hierdoor zijn gemeenten verantwoordelijk voor de regie, financiering en uitvoering van de jeugdgezondheidszorg en collectieve preventie. Het doel van de jeugdgezondheidszorg (JGZ) is het volgen, beschermen en bevorderen van de lichamelijke, psychische, sociale en cognitieve ontwikkeling van kinderen. Zorgorganisaties (consultatiebureaus) en/of GGD voeren de jeugdgezondheidszorg uit. Verpleegkundigen en jeugdartsen geven informatie aan ouders en kinderen over gezond en veilig opgroeien. Als men (dreigende) stoornissen en risico's signaleert biedt men advies, ondersteuning of indien nodig een doorverwijzing voor verdere diagnose en behandeling.

Bijlage 3

Nieuwe ontwikkelingen: passend onderwijs en zorg voor jeugd

Sinds 2005 is de Wet op de jeugdzorg van kracht en is de regie op de jeugdzorg overgegaan naar de provincie. De provincie financiert provinciale jeugdzorg voor problemen met opvoeden en opgroeien en de Bureaus Jeugdzorg. Het huidige kabinet-Rutte stelt voor om de huidige Wet op de jeugdzorg te vervangen door nieuwe wetgeving en daarin de verantwoordelijkheid en financiering van de jeugdzorg onder te brengen bij gemeenten. Het kabinet is reeds gestart met de voorbereidingen van deze ingrijpende stelselwijziging. Ook voor de ggz gaat er dan het een en ander veranderen. De overheid is voornemens de transitie van jeugdzorg naar gemeenten te laten plaatsvinden tussen 2012 en 2016.

Daarnaast wil het kabinet het stelsel voor onderwijs herzien door de Wet passend onderwijs. Dit verplicht scholen om ieder kind een passend aanbod aan onderwijs(zorg) te geven, ook als kinderen extra ondersteuning nodig hebben. Het gaat hierbij om voorgenomen beleid. De invoering start waarschijnlijk in augustus 2012 en vanaf 2013 wordt de zorgplicht ingevoerd. De Inspectie houdt toezicht op naleving van de zorgplicht. Er is ook sprake van een wettelijke borging van zorg in en om de school en daarmee ook van de zorgadviesteams. Er ligt een wetsvoorstel klaar waarin scholen worden verplicht tot vroegsignalering. Daarnaast moeten ze gaan samenwerken met gemeenten.

In het bestuursakkoord dat het Rijk met de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) heeft voorbereid, is het voornemen geformuleerd om de wetgeving van passend onderwijs en zorg voor jeugd in onderlinge samenhang op te stellen. De passage die daarover in het bestuursakkoord staat, luidt als volgt: 'VNG en Rijk spreken af dat de wettelijke kaders van passend onderwijs en zorg voor jeugd in samenhang worden uitgewerkt, waarbij uitgangspunten zijn dat de verantwoordelijkheden van onderwijs- en gemeentebestuurders helder zijn, de planvorming, de ondersteuning aan het kind, het gezin, en de leerkracht en de besteding van geld over en weer transparant is en dat onderwijs- en gemeentebestuurders samenwerkingsafspraken maken.'

Wat betreft passend onderwijs is er op een aantal punten samenhang te vinden tussen onderwijs en zorg:

- a) Samenwerkingsverbanden/schoolbesturen dienen indien nodig onderwijszorg per kind af te stemmen met jeugdzorg/CJG (inclusief ggz).
- b) Het samenwerkingsverband stemt het zorgplan af met de gemeente.
- c) Er komen ongeveer 75 regionaal gevormde samenwerkingsverbanden in zowel het primair als voortgezet onderwijs. Deze komen in plaats van de huidige samenwerkingsverbanden Weer Samen Naar School (WSNS) en de samenwerkingsverbanden voortgezet onderwijs.

In deze wetgeving is sprake van bekostiging voor het effectief organiseren van leerlingenzorg en speciale onderwijsvoorzieningen. Middelen voor passend onderwijs worden via de samenwerkingsverbanden verdeeld over de scholen. Na overleg met scholen, gemeente en zorgpartners wordt afgesproken wat wordt ingekocht. Dat kan jeugd-ggz zijn en andere jeugdzorg. Het speciaal onderwijs wordt rechtstreeks bekostigd.

Bijlage 4

Preventie

Preventie heeft als doel te zorgen dat mensen gezond blijven. Ook worden zo ziekten voorkomen of in een vroeg stadium opgespoord. Preventieprogramma's bestaan uit verschillende onderdelen: informatie over specifieke factoren die ziekte of terugval veroorzaken, adviezen over leefstijl die de gezondheid bevorderen en daarnaast ook training van vaardigheden om de mentale veerkracht te bevorderen.

Als men de ggz preventief wil inzetten, onderscheidt men verschillende fasen (bron: Trimbos.nl):

1 Universele preventie

Universele preventie richt zich op het bevorderen van de geestelijke gezondheid van de gehele bevolking, ongeacht de risicostatus. Een voorbeeld hiervan is een programma voor alle leerlingen gericht op het voorkomen van middelenmisbruik zoals door gemeenten wordt uitgevoerd in het kader van de Wet Publieke Gezondheid.

2 Selectieve preventie

Selectieve preventie richt zich op mensen die een meer dan gemiddeld risico hebben op problemen met de geestelijke gezondheid. Deze groepen hebben een hoge kwetsbaarheid (zoals het wonen in een achterstandswijk) of een blootstelling aan risicofactoren (zoals het hebben van een ouder die psychisch ziek is). Een voorbeeld van selectieve preventie zijn KOPP-cursussen. Dit zijn cursussen die worden gegeven aan kinderen van ouders met psychiatrische problemen.

3 Geïndiceerde preventie

Geïndiceerde preventie richt zich op mensen bij wie is vastgesteld dat zij een aantal symptomen hebben van psychische problemen of een aanleg voor een psychiatrische aandoening. Bij hen is nog geen ziekte gediagnosticeerd. In deze gevallen bestaat de preventie uit vroegherkenning en uit vroegtijdig handelen om de gang van kwaad naar erger tegen te gaan. Een voorbeeld hiervan zijn interventies gericht op jeugdigen met depressieve klachten.

4 Zorggerelateerde preventie

Zorggerelateerde preventie is gericht op mensen met een chronische psychische aandoening. Ook terugvalpreventie wordt hiertoe gerekend, om te voorkomen dat mensen opnieuw een terugval meemaken waardoor de stoornis verergert.

Universele en selectieve preventie worden door de gemeente bekostigd. Zorggerelateerde en geïndiceerde preventie worden bekostigd door de zorgverzekeraar. In de Zvw zijn alleen bewezen effectieve interventies opgenomen (zie de website van het College voor Zorgverzekeringen: www.cvz.nl).

Bijlage 5

Patiëntenrechten

Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO)

De WGBO is onderdeel van het Burgerlijk Wetboek. In de WGBO is vastgelegd dat de arts patiënten moet informeren over de diagnose en de behandeling en dat de patiënt daarmee moet instemmen. *Informed consent* is in deze een belangrijk begrip: de patiënt hoort geïnformeerd te zijn over bijvoorbeeld risico's van een behandeling. Normaal gezien gaat de arts van stilzwijgende toezegging uit, maar bij ingrijpende behandelingen wordt expliciet om toestemming van de patiënt gevraagd.

Hiervoor hoeft geen contract getekend te worden; de WGBO regelt alle rechten en plichten die van toepassing zijn zodra er een behandeling plaats vindt. Hiermee wordt de rechtspositie van de patiënt versterkt.

In de gezondheidszorg is ook de rechtspositie van kinderen vastgelegd. Vanaf 12 jaar is de instemming van kinderen voor de behandeling noodzakelijk, naast die van de ouders. Voor kinderen onder de 12 jaar kan de kinderrechter vervangende toestemming geven voor noodzakelijke geneeskundige zorg, wanneer de ouders met gezag die weigeren te geven. Vanaf 16 jaar zijn kinderen zelf gerechtigd een behandelovereenkomst aan te gaan.

www.jeugdengезin.nl
Jeugd en Gezin
Postbus 16166, 2500 BD Den Haag

