2018-377

ONDERZOEK JEUGD-GGZ NIEUWEGEIN

Verkennend onderzoek naar het proces rondom Jeugd-GGZ en de groep Nieuwegeinse jeugdigen binnen de Jeugd-GGZ

15 DECEMBER 2017

GEMEENTE NIEUWEGEIN

Inhoudsopgave

Samenvatting 2
Aanleiding 5
Leeswijzer 5
Resultaten 6
Oorzaak 6
Voorkomen inzet Jeugd-GGZ 7
Preventie 7
Signalering 7
Doorverwijzing 8
(Her)indicering 10
Afschalen 11
Onderlinge samenwerking 11
Samenwerking met ouders 13
Transformatie 13
Aanbod 13
Rol Geynwijs 14
Interviews beleid 15
Conclusies en aanbevelingen 18
Conclusies 18
Conclusies deelvragen 18
Algemene conclusie 19
Beperkingen van het onderzoek 20
Aanbevelingen 20
Literatuur 23
Bijlage 1: Achterliggende informatie 26
GGZ problematiek 26
Risicofactoren voor psychische problemen 27
Beschermende factoren en preventie 29
Transformatie jeugdhulp 29
Huidige ontwikkelingen 31
Bijlage 2: Methode van onderzoek 33
Bijlage 3: Resultaten analyse cliëntgegevens 35
Bijlage 4: Resultaten statistiekenonderzoek 39
Bijlage 5: Leidraad interviews 40

Samenvatting

Aanleiding

Dit onderzoek is uitgevoerd voor de gemeente Nieuwegein om meer inzicht te krijgen in de inzet van geestelijke gezondheidszorg voor de jeugd (Jeugd-GGZ) in deze gemeente. Sinds 1 januari 2015 is de nieuwe Jeugdwet van kracht en zijn gemeenten verantwoordelijkheid voor de jeugdhulp. Ook de Jeugd-GGZ valt hieronder. De gemeente Nieuwegein heeft een relatief hoog aantal jeugdigen dat een behandeling ontvangt binnen de Jeugd-GGZ. In dit onderzoek worden verschillende mogelijke oorzaken hiervan onderzocht. Dit wordt onderzocht aan de hand van de volgende onderzoeksvraag: Wat zijn waarschijnlijke oorzaken van de hoge inzet van Jeugd-GGZ in Nieuwegein en hoe kan deze inzet waar mogelijk verlaagd worden?

Inleiding

Psychische problemen hebben een grote impact op het leven van jeugdigen. Voor deze impact geldt vaak dat deze zich op meerdere gebieden uit, langdurig is en terugkerend van aard is. De oorzaak kan genetisch bepaald zijn, maar ook in de omgeving kunnen risicofactoren aanwezig zijn die uiteindelijk leiden tot psychische problemen. Veerkracht is een belangrijke eigenschap die jeugdigen minder beïnvloedbaar maakt voor deze omgevingsinvloeden. Veerkracht wordt onder andere bevorderd door positieve relaties, een effectieve opvoeding en vertrouwen. Vanwege de grote impact van psychische problemen is het belangrijk om deze waar mogelijk te voorkomen en anders zo snel als mogelijk te behandelen. Het vroeg inzetten van interventies binnen het gezin, gericht op zowel ouders als kind heeft de meeste kans om psychische problemen waar mogelijk te voorkomen. In de transformatie wordt gericht op preventie en lichte ondersteuning waar mogelijk, maar vanuit de GGZ wordt wel benadrukt dat dit juist bij kinderen met een psychische kwetsbaarheid of aandoening ook risicovol kan zijn.

Methode

Voor dit onderzoek zijn 29 partijen geïnterviewd die betrokken zijn bij de signalering, het doorverwijzen naar of het behandelen binnen de Jeugd-GGZ. Dit betrof zowel lokale als regionale partijen. Ook zijn drie interviews binnen de gemeente gehouden. Daarnaast is een onderzoek naar bevolkingsstatistieken uitgevoerd om te beoordelen of risicofactoren voor psychische problematiek in Nieuwegein bovengemiddeld veel voorkomen en een onderzoek naar verkregen cliëntgegevens om meer inzicht te krijgen in deze groep jeugdigen en de problematiek die zij ervaren.

Resultaten

Uit het onderzoek naar bevolkingsstatistieken blijkt dat risicofactoren voor psychische problemen in Nieuwegein relatief veel voorkomen in vergelijking tot de regio en het landelijk gemiddelde. Dit doet vermoeden dat de hoge inzet van Jeugd-GGZ in Nieuwegein mede veroorzaakt wordt doordat bovengemiddeld veel risicofactoren voor psychische problemen aanwezig zijn. De resultaten van de interviews ondersteunen dit.

Uit het onderzoek naar de verkregen cliëntgegevens blijkt:

- dat de 290 cliënten uit Nieuwegein in deze analyse een gemiddelde leeftijd van bijna 12 jaar hadden;
- dat meer dan 30% in behandeling was voor een aandachtstekort- of gedragsstoornis;
- dat 246 cliënten verwezen werden door de huisarts en 15 door de gemeente;
- dat aandachtstekort- en gedragsstoornissen en pervasieve stoornissen (bijvoorbeeld autisme) gemiddeld de langste behandelduur hadden, namelijk 10 maanden;
- dat cliënten uit Nieuwegein in vergelijking tot die uit Houten gemiddeld ruim een jaar jonger waren en ruim twee maanden langer behandeld werden.

Een belangrijke kanttekening bij deze resultaten is dat het hier gaat om een groep cliënten van een beperkt aantal organisaties, waarvan een groot deel basis-GGZ ontvangt. Deze resultaten kunnen daarom afwijken van de totale groep cliënten.

Hieronder worden de belangrijkste resultaten uit de interviews per thema beschreven.

***Oorzaak**:* Als mogelijke oorzaken voor de hoge inzet van Jeugd-GGZ worden specifiek voor Nieuwegein voornamelijk de psychosociale problemen in Nieuwegeinse gezinnen genoemd. In het algemeen wordt genoemd dat soms te laat gesignaleerd of doorverwezen wordt en dat het aantal (v)echtscheidingen en de problemen die daarbij spelen toenemen.
Verlagen inzet: Om de inzet van Jeugd-GGZ waar mogelijk te verlagen worden met name preventie, vroeg ingrijpen, een goede signalering en een goede onderlinge samenwerking tussen partijen die betrokken zijn bij een jeugdige of gezin van belang gevonden.
Proces: In het proces van signaleren, doorverwijzen, (her)indiceren en afschalen zijn de partijen die hiervoor verantwoordelijk zijn grotendeels tevreden over de rol die zij hierin vervullen. Intern is vaak overleg mogelijk en ondersteuning beschikbaar. Een belangrijk knelpunt in het proces is dat het om verschillende redenen vaak lang duurt voordat een jongere de best passende hulp of ondersteuning ontvangt. Verder geldt dat de samenwerking en het betrekken van verschillende partijen bij de hulp voor een jeugdige nog beter kan. Zo is er nog niet altijd contact tussen verschillende partijen die signaleren en wordt bijvoorbeeld school vaak niet op de hoogte gehouden van een behandeltraject in de GGZ. Wat kan helpen in een zorgvuldige signalering en doorverwijzing is een consultatieve functie van de GGZ. Er kan dan expertise vanuit de GGZ ingeschakeld worden wanneer het lastig is om in te schatten hoe zorgelijk signalen zijn en wat de best passende hulp is.
Samenwerking: Hoewel partijen elkaar steeds beter weten te vinden, zijn er een aantal belangrijke knelpunten in de samenwerking. De belangrijkste knelpunten zijn de bereikbaarheid en privacy. Soms is het moeilijk om elkaar te bereiken en bij elkaar te komen. Het feit dat toestemming van ouders nodig is om te overleggen is soms lastig, omdat het soms wel in het belang van het kind is om informatie te delen. Ook onduidelijkheid over wie waarvoor verantwoordelijk is, zorgt soms voor een moeizame samenwerking.
Geynwijs*[1]*: Men is positief over de inzet en afstemming door de professionals van Geynwijs. Toch is niet iedereen tevreden over hoe de samenwerking met Geynwijs nu verloopt, de oorzaak hiervan wordt met name gezien in de organisatie en communicatie. De belangrijkste knelpunten zijn dat Geynwijs vaak niet laagdrempelig is voor ouders en professionals, dat er een groot verloop is en dat Geynwijs sterk vraaggericht werkt. Verder is door slechte ervaringen het vertrouwen van inwoners en professionals in Geynwijs gedaald.

Conclusies

De meest waarschijnlijke oorzaken van de hoge inzet van Jeugd-GGZ in Nieuwegein zijn:

- Met name in vergelijking tot de provincie Utrecht, zijn in Nieuwegein relatief gezien veel risicofactoren voor psychische problemen aanwezig.
- Er gebeurt onvoldoende preventief en wat gedaan wordt, is voor veel ouders en professionals niet inzichtelijk.
- Signalen en verwijzingen komen regelmatig te laat. Hierdoor kan de problematiek verergeren en is dus soms uiteindelijk duurdere hulp nodig dan wanneer snel de juiste hulp wordt ingezet.
- De verwijzing is niet altijd passend. Door te lichte ondersteuning kan de problematiek verergeren, te zware hulp is duurder en intensiever dan nodig zou zijn.
- Het huidige proces van signaleren tot het ontvangen van de juiste hulp loopt niet altijd soepel en duurt lang.
- Door wachtlijsten en hiaten in het aanbod blijven kinderen soms langer dan nodig in hele dure zorg of specialistische GGZ. Wachtlijsten zorgen er aan de andere kant voor casussen soms escaleren als niet tijdig de juiste hulp kan worden ingezet.
- Geynwijs is niet erg laagdrempelig voor inwoners en professionals door onduidelijkheid, procedures en negatieve ervaringen. Door de hoge werkdruk kunnen casussen niet direct opgepakt worden en het proces van het eerste contact tot een verwijzing duurt lang. Hierdoor gaat tijd verloren en ontstaan negatieve ervaringen.

[1] Geynwijs is de instantie in Nieuwegein die verantwoordelijk is voor de toegang tot jeugdhulp.

Aanbevelingen

- Houd rekening met de sociale context van de gemeente Nieuwegein. Een aantal risicofactoren zijn met name in vergelijking tot de provincie Utrecht in Nieuwegein relatief veel aanwezig. Dit heeft invloed op de aspecten waar op ingestoken zou moeten worden.
- Zet in op een samenhangend preventief aanbod om zowel te voorkomen dat problemen ontstaan als dat problemen verergeren.
- Zorg voor een goede samenwerking en expertise om te laat of onjuist signaleren en verwijzen zoveel mogelijk te voorkomen.
- Maak afspraken over verwijzingen. Allereerst moet duidelijk worden of huisartsen en jeugdartsen in Nieuwegein zelf mogen verwijzen volgens de afspraken met Geynwijs. Ook is het van belang dat alle partijen in hun doorverwijzing meer op één lijn komen.
- Zet alternatieven voor GGZ in. Het zicht op de mogelijkheden in het voorliggend veld moet hiervoor vergroot worden.
- Stimuleer een intensieve samenwerking rondom het gezin waar nodig.
- Bepaal de rol van Geynwijs nader. Geynwijs kan een hele belangrijke rol vervullen in het hele proces rondom Jeugd-GGZ, maar er is nu zowel binnen Geynwijs als bij partners veel onduidelijkheid over wat zij wel en niet kunnen bieden.
- Communiceer de rol van Geynwijs duidelijk. Wanneer duidelijk is wat de rol van Geynwijs precies moet zijn, is het belangrijk om deze duidelijk naar alle samenwerkingspartners te communiceren.
- Traject versnellen en versoepelen. Door wachtlijsten en processen duurt het traject van en naar GGZ nu vaak lang. Dit kan het verergeren of escaleren van problemen tot gevolg hebben. Het hele proces zou daarnaast wat flexibeler moeten kunnen verlopen.
- Innovatie bevorderen. Aansluitend op bovenstaand punt zouden stappen gezet kunnen worden om het systeem anders in te richten en/of de GGZ dichterbij te halen.

Aanleiding

Sinds 1 januari is de nieuwe Jeugdwet van kracht en zijn gemeenten verantwoordelijk voor de jeugdhulp. Ook de Jeugd-GGZ valt sindsdien dus onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten. In 2015 ontving 9,3% van de jeugdigen in Nieuwegein Jeugd-GGZ (1.118 jeugdigen van 0-18 jaar). Ter vergelijking, in 2013 was dit 9% (1.075 van de 11.945 jeugdigen), landelijk ging het toen om gemiddeld 7,6%. In 2015 ontvingen de 1.118 jeugdigen 509 trajecten in de basis GGZ, 600 in de specialistische GGZ en 109 individuele hulptrajecten bij ernstige enkelvoudige dyslexie. In 2013 ontvingen de 1.075 jeugdigen 340 trajecten in de eerstelijns GGZ en 765 in de tweedelijns GGZ.[2] De gemeente Nieuwegein wil zicht krijgen op de groep jongeren in de Jeugd GGZ en achterhalen waardoor de inzet van Jeugd GGZ relatief hoog is. Inzichtelijk moet worden wat de oorzaken hiervan zijn en of deze beïnvloedbaar zijn. Het is de vraag of jongeren in deze doelgroep ook met lichtere ondersteuning geholpen hadden of zouden kunnen worden. Uiteindelijk gaat het erom dat jeugdigen tijdig de best passende hulp krijgen.

Eén van de uitgangspunten van de transformatie is dat jongeren zoveel mogelijk met lichte hulp ondersteund worden. De focus ligt op preventie en lichte ondersteuning. De transformatie en nieuwe Jeugdwet zouden er daarom toe kunnen leiden dat de vraag naar (specialistische) GGZ afneemt, maar dit is niet vanzelfsprekend en gaat niet vanzelf. De transformatie is een veranderproces, dit vergt tijd en nieuwe ideeën/werkwijzen. Het is nog onzeker wat de effecten van de transformatie zijn en in hoeverre deze nu al merkbaar zijn. Daarom is het belangrijk om te onderzoeken hoe de situatie nu is.

In dit onderzoek worden verschillende mogelijke oorzaken van de hoge inzet van Jeugd-GGZ en de huidige situatie in kaart gebracht en onderzocht. Dit wordt onderzocht aan de hand van de volgende onderzoeksvraag: Wat zijn waarschijnlijke oorzaken van de hoge inzet van Jeugd-GGZ in Nieuwegein en hoe kan deze inzet waar mogelijk verlaagd worden? Deze onderzoeksvraag wordt beantwoord door de volgende deelvragen te onderzoeken:

- Welke risicofactoren voor psychische problematiek spelen een belangrijke rol in Nieuwegein?
- Worden risicofactoren en psychische problematiek tijdig gesignaleerd en voelen professionals zich voldoende toegerust om dit goed te doen?
- Worden jeugdigen doorverwezen naar de juiste hulp en voelen professionals zich bekwaam om dit goed in te schatten?
- Wordt gemonitord hoe het gaat met jeugdigen in de Jeugd-GGZ zodat tijdig af- of opgeschaald kan worden in zorg?
- Hoe verloopt de samenwerking tussen de verschillende partijen en met ouders?
- Is er sprake van een dekkend aanbod voor passende ondersteuning en hulp?
- Op welke punten in het proces naar Jeugd-GGZ is verbetering mogelijk?

Leeswijzer

In dit rapport worden de resultaten van de interviews op de verschillende onderwerpen gedeeld. Vervolgens worden bovenstaande onderzoeksvragen beantwoord in de conclusies en worden aanbevelingen gedaan. De achtergrondinformatie en literatuur die voor dit onderzoek zijn gebruikt, zijn opgenomen in Bijlage 1 van dit hoofdstuk, in Bijlage 2 wordt beschreven hoe het onderzoek is uitgevoerd. Bijlage 3 bevat de resultaten van het onderzoek naar cliëntgegevens en Bijlage 4 die van het onderzoek naar bevolkingsstatistieken. Bijlage 5 bevat de leidraad die gebruikt is in de interviews met de verschillende partijen uit de keten.

[2] Helaas is een betrouwbare vergelijking met de landelijke situatie niet te maken met gegevens na 2013. Voor 2016 is wel duidelijk dat het totale percentage jeugdhulp voor Nieuwegein rond het landelijk gemiddelde ligt. Echter zegt dit niets over het aandeel Jeugd-GGZ. Verder blijkt dat binnen de regio Lekstroom het percentage Jeugd-GGZ van alle trajecten in de jeugdhulp voor Nieuwegein het kleinst was. In 2016 waren er circa 935 Jeugd-GGZ trajecten van jeugdigen uit de gemeente Nieuwegein. Deze trajecten besloegen circa 38% van alle jeugdhulptrajecten, circa 54% van de jeugdhulptrajecten besloeg jeugd en opvoedhulp en de overige 8% waren trajecten voor kinderen met een beperking. Er lijkt dus een verschuiving op te treden. Wel was een groter aandeel van de Jeugd-GGZ trajecten een traject in de specialistische GGZ en dus een kleiner aandeel basis-GGZ.

Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de 29 interviews met de professionals uit de keten gedeeld. Er is met de geïnterviewden gesproken over mogelijke oorzaken van de hoge inzet van Jeugd-GGZ in Nieuwegein en wat zij denken dat nodig is om deze inzet waar mogelijk te verlagen. Vervolgens is ingegaan op wat nodig is op preventief gebied. Hierna volgen de onderwerpen signaleren, doorverwijzen, (her)indiceren en afschalen. Voor deze onderdelen wordt steeds aangegeven wat hierin belangrijk gevonden wordt en welke zaken als sterke punten, knelpunten, verbeterpunten en ideeën benoemd zijn. Hierna wordt ingegaan op de samenwerking met andere partijen, ouders en de transformatie. Ook hiervan wordt beschreven wat goed gevonden wordt en wat beter kan volgens de geïnterviewden. Vervolgens worden genoemde hiaten in het aanbod van voorliggende voorzieningen en GGZ beschreven. Tot slot wordt ingegaan op de rol van Geynwijs, wat zij goed doen en wat beter kan en wat de gewenste situatie is volgens de geïnterviewden.

Oorzaak

Gevraagd naar mogelijke oorzaken van de relatief hoge inzet van Jeugd-GGZ in Nieuwegein wordt allereerst door veel partijen aangegeven dat zij het moeilijk vinden om dit te zeggen voor Nieuwegein specifiek. Met name de partijen die regionaal werken, vinden dit lastig. Binnen Nieuwegein wordt in ieder geval aangegeven dat deze hoge inzet herkenbaar is.

Nieuwegein

Vrijwel alle respondenten binnen Nieuwegein noemen de problematiek in Nieuwegeinse gezinnen als hen gevraagd wordt naar mogelijke oorzaken voor de hoge inzet van Jeugd-GGZ. Gesteld wordt dat er veel gezinnen zijn waar het niet goed loopt doordat er sprake is van gezinsproblematiek die invloed heeft op de kinderen. Dit varieert van financiële problemen en sociale achterstanden tot (v)echtscheidingen en opvoedproblemen. Er lijkt veel sprake van psychosociale problematiek naast mogelijke psychiatrie en ouders lijken moeite te hebben met de opvoeding en het structureren van het huishouden. Gesteld wordt dat er hierdoor veel gezinnen zijn waarin kinderen niet de juiste stabiele basis ontvangen doordat structuur, rust en ruimte thuis in de knel komen. Gesteld wordt ook dat de problematiek in Nieuwegein goed te vergelijken is met die in grote steden en dat alle risicofactoren in Nieuwegein procentueel wat meer aanwezig zijn. Dit laatste wordt slechts ten dele bevestigd door de beschikbare cijfers in het statistiekenonderzoek, met name in vergelijking tot de provincie Utrecht lijkt dit het geval te zijn (zie Bijlage 4). Een andere mogelijke oorzaak die genoemd wordt is dat in Nieuwegein de focus sterk lijkt te liggen op zo licht mogelijke ondersteuning. Daardoor krijgt het kind soms niet de juiste hulp waardoor de problematiek zwaarder of complexer wordt. Tot slot wordt een aantal keer opgemerkt dat passend onderwijs nog niet altijd passend genoeg lijkt en dat meer kinderen naar het speciaal onderwijs gaan in tegenstelling tot de landelijke trend dat dit minder wordt.

Algemeen

De oorzaak die in het algemeen het meest genoemd wordt, is de invloed van problematiek van ouders. Dit heeft invloed op de thuissituatie en de opvoeding waardoor kinderen problemen kunnen ontwikkelen. Daarnaast kan in het geval van psychische problemen erfelijkheid een rol spelen. Verder worden het te laat signaleren of doorverwijzen en echtscheidingen als mogelijke oorzaken genoemd. Door te laat signaleren of doorverwijzen kan uiteindelijk meer zorg nodig zijn. Aan de andere kant wordt ook genoemd dat juist meer gesignaleerd wordt en dat de handelingsverlegenheid in het omgaan met gedragsproblemen bij ouders en professionals toeneemt. Dit kan ook weer een oorzaak zijn. Tot slot wordt genoemd dat het lijkt alsof kinderen steeds minder goed in staat zijn om door te zetten en met tegenslag om te gaan. Hierdoor ontstaan problemen in werkhouding, concentratie en doorzettingsvermogen.

Problematiek

Wat betreft problematiek noemt men, naast de genoemde gezinsproblematiek, met name ADHD en autisme. Verder vindt men jongeren waarbij sprake is van automutilatie, depressiviteit of een burn-out opvallen.

Voorkomen inzet Jeugd-GGZ

Op de vraag wat nodig is om de inzet van Jeugd-GGZ waar mogelijk te verlagen, komen veel verschillende antwoorden. Preventie wordt hierbij veruit het meest genoemd. Hoe eerder je erbij bent, hoe sneller je erger kunt voorkomen. Dus vroeg ingrijpen met passende ondersteuning of hulpverlening en goede signalering. Men noemt hierbij nog dat sneller ondersteuning in het gezin geboden zou moeten worden, er wordt nu nog lang overlegd voordat ondersteuning geboden wordt. Ook een goede samenwerking vindt men belangrijk, korte lijntjes om snel en goed hulp te kunnen bieden. Dit geldt ook voor de samenwerking tussen de verschillende mogelijke verwijzers. Tot slot wordt normaliseren een paar keer genoemd, daarmee bedoelt men dat meer gefocust zou moeten worden op hoe ga je om met bepaald gedrag dan op wat de diagnose is en dat er meer kennis komt over wat een normale ontwikkeling is. Vanuit de basis-GGZ wordt opgemerkt dat er nog veel casussen zijn die ook met lichtere hulp opgelost hadden kunnen worden. Dit lijkt in strijd met het feit dat verschillende keren genoemd is dat de focus in Nieuwegein sterk op zo licht mogelijke ondersteuning lijkt te liggen.

Preventie

Over het algemeen is iedereen van mening dat psychische problemen niet altijd te voorkomen zijn, omdat dit deels biologisch bepaald is. Sommigen geven wel aan dat dit in sommige gevallen wel mogelijk is, bijvoorbeeld door tijdens de zwangerschap al ondersteuning te bieden of door er bij vechtscheidingen vroeg bij te zijn. Verder is men van mening dat een optimale omgeving veel invloed kan hebben. Door in de basisinfrastructuur deze omgeving waar mogelijk te bevorderen kan dus in sommige gevallen voorkomen worden dat problemen ontstaan.

Gevraagd naar wat er op dit moment is op preventief gebied in Nieuwegein, wordt MOvactor (welzijnswerk) het meest genoemd. Verder worden ook de trainingen van Vitras, het consultatiebureau en Geynwijs op School een paar keer genoemd. Verschillende keren wordt genoemd dat er wel heel veel is, maar dat scholen en ouders hier niet altijd zicht op hebben en dat dat zonde is. Op de vraag wat nodig is, komen heel veel verschillende antwoorden. Vier zaken worden meerdere keren genoemd:

1. Er op tijd bij zijn en ouders handvatten bieden.
2. Trainingen voor ouders gericht op de opvoeding en voor kinderen om te leren omgaan met bijvoorbeeld angst of spanning. Enerzijds stelt men dat dit aanbod is verminderd en dat hier veel meer geld en energie in gestoken moet worden. Anderzijds twijfelt men aan het effect en wordt benadrukt dat je tot duurzaamheid moet komen met iets wat elke minuut toepasbaar is. Het effect van de trainingen zou heel dicht bij de context gebracht moeten worden waarin het gedrag moet plaatsvinden.
3. Om hulp of advies vragen laagdrempeliger maken. Het zou normaler moeten zijn dat er spreekuren zijn of ander aanbod is wat het laagdrempelig maakt om te spreken over zaken als opvoedvragen of problemen thuis.
4. Preventie van echtscheidingsproblematiek door bijvoorbeeld heel vroeg in te zetten op hoe communiceer je met elkaar in het belang van de kinderen.

De meningen verschillen dus over hoe uitgebreid het huidige aanbod is en wat nodig zou zijn.

Signalering

Partijen

Gevraagd is welke partijen een rol spelen in de signalering. Hierop werden veel partijen genoemd. Achter elke genoemde partij staat tussen haakjes het aantal keer dat deze genoemd is: school (12), consultatiebureau (5), huisarts (5), Geynwijs (3), kinderdagverblijven (3), peuterspeelzalen (3), ouders (2), sportclubs (2), hulpverleners van ouders, collegiaal consultanten, buren, wijk, GGD, kind zelf, iedereen en overal (allemaal 1 keer genoemd).

Kinderen zijn een heel groot deel van de dag op school, dus docenten zien heel veel. Ze hebben al veel op hun bordje, maar zij kunnen die signalen wel oppikken. Zij zien

waarschijnlijk de meeste gedragsmatige veranderingen bij kinderen. Dan moeten ze terecht kunnen bij iemand die het van ze overneemt.

Rol
De rol die je hebt als signalerende partij wordt belangrijk gevonden. Over de inhoud en invulling van deze rol worden een aantal zaken door meerdere partijen genoemd. Gesteld wordt bijvoorbeeld dat je om te kunnen signaleren, goed moet observeren. Dit gebeurt de hele dag door, maar ook gestructureerd op vaste momenten met behulp van kindvolgsystemen. Alle signalerende partijen doorlopen verschillende stappen wanneer signalen worden opgevangen. Vaak zijn eerst intern een aantal personen beschikbaar om signalen mee te bespreken, wordt het snel met ouders en soms kind besproken en worden vervolgstappen gezet afhankelijk van het signaal. Er wordt vooral veel gesproken over het overleggen en met elkaar meedenken, zowel binnen de eigen organisatie als in structurele overleggen tussen verschillende partijen. Tot slot is gevraagd in hoeverre de gezinssituatie van een jeugdige in beeld is of gekregen wordt. Hierover wordt aangegeven dat deze vaak wel deels in beeld is, maar dat het wel belangrijk is om daar bij signalen of zorgen naar te blijven vragen, omdat soms toch zaken spelen die niet bekend zijn.

Sterk
Gevraagd naar wat goed gaat in de signalering van risicofactoren of mogelijk psychische problemen komt naar voren dat men tevreden is over hoe de signalering binnen de signalerende partijen verloopt. Er wordt verschillende keren opgemerkt dat dit goed loopt, dat de professionals deskundig zijn in het signaleren en dat binnen elke signalerende partij ondersteuning beschikbaar is bij twijfels of vragen over signalen. Ook de vaste contactpersoon van Geynwijs voor de scholen wordt gewaardeerd, mits dit ook echt een vast gezicht is. Het oude, laagdrempelige schoolmaatschappelijk werk wordt echter wel gemist.

Knelpunten
Twee grote knelpunten worden vaak genoemd als het gaat om signaleren. Namelijk dat soms te laat gesignaleerd wordt en dat signalen soms te laat gedeeld worden. Wat betreft het te laat signaleren wordt opgemerkt dat er grote verschillen zijn in hoe snel gesignaleerd wordt en in hoeveel kennis er beschikbaar is bij de signalerende partijen. Gesteld wordt dat er soms nog kinderen tussendoor schieten waardoor ze uiteindelijk te laat in zorg komen, dit lijkt vooral het geval bij teruggetrokken kinderen die minder opvallen. Door de signalerende partijen wordt aangegeven dat het soms heel moeilijk is. Vervolgens is het een knelpunt dat scholen of andere partijen zorgen soms te lang bij zich houden, omdat ze het proberen zelf op te lossen of doordat het gesprek met ouders moeizaam verloopt. Wanneer zij dan hulp inschakelen zijn de problemen soms al hoog opgelopen en moet snel actie ondernomen worden. Dit lukt dan echter niet altijd. Zij zouden eigenlijk eerder hulp in moeten roepen. Als er iets gesignaleerd wordt, wordt gesteld dat het zonde is om het te laten. Hoe eerder je acties onderneemt, des te makkelijker is het om problemen te keren. Het onderwijs erkent dit zelf ook.

Er wordt nog vaak gezegd het valt wel mee, en dat kan ook, maar dan komen ze bij ons en dan is het eigenlijk te laat.

Verbeterpunten
Er worden verschillende suggesties voor verbetering gedaan. Om de grote verschillen tussen signalerende partijen en professionals te ondervangen wordt een aantal keer genoemd dat meer kennis over signalen en de ontwikkeling van kinderen meerwaarde kan hebben. Dit kan bevorderd worden door scholing en ondersteuning van deze professionals op dit vlak. Dit helpt ook bij een ander verbeterpunt, het kritischer zijn en meer normaliseren. Hiervoor is namelijk ook kennis nodig over signalen van bepaalde stoornissen en over wat een normale ontwikkeling is.

Doorverwijzing

Verwijzers

Als verwijzers worden de huisartsen en Geynwijs het vaakst genoemd, maar ook GGZ instellingen, jeugdartsen, specialisten, scholen en kinderartsen worden genoemd. Vier partijen geven aan voornamelijk verwijzingen van de huisarts te krijgen, één partij geeft aan vooral verwijzingen van Geynwijs te krijgen en één GGZ organisatie geeft aan dat 30% van de verwijzingen vanuit andere GGZ organisaties komt.

Rol
De rol van doorverwijzen omvat het zoeken van de best passende hulp of ondersteuning voor een jongere en hen hiernaartoe begeleiden. Met name onderlinge afstemming en samenspraak worden hierbij van belang gevonden. Men geeft aan deze rol soms best moeilijk te vinden. Het is niet altijd scherp wat het best passend is en men moet rekening houden met de problematiek, wat ouders willen en wat het kind wil. Dit kan ingewikkeld zijn. Bovendien is er een veelheid aan aanbieders met specifieke specialismen, dat vindt men heel erg zoeken. Voor de basis-GGZ is het moeilijk om het product te bepalen (kort, middel, intensief of chronisch). Zij moeten dit inschatten op basis van 1 gesprek of al voor de intake. Daar kunnen zij dan moeilijk of helemaal nog niet iets over zeggen.

Bij het doorverwijzen in Nieuwegein wordt de rol van Geynwijs belangrijk gevonden. Doorverwijzingen lopen in principe via hen. De rol die zij hebben en pakken wordt enerzijds positief gevonden, omdat men vindt dat zij goed zijn in het ontwarren van casussen en het zoeken naar passende ondersteuning. De afspraak dat in Nieuwegein alle verwijzingen via Geynwijs gaan, wordt echter ook als een knelpunt ervaren door huisartsen, jeugdartsen en onderwijs. Enerzijds omdat dit langer duurt, maar ook omdat huisartsen en jeugdartsen nu het idee hebben dat ze ouders niet echt verder kunnen helpen. Ze geven aan wel graag te willen samenwerken met Geynwijs, maar ook zelf te willen kunnen doorverwijzen bij enkelvoudige vragen. Soms is het een tussenstap waar zij, maar ook ouders of jeugdigen, niet op zitten te wachten.

Sterk
In Nieuwegein werkt een praktijkondersteuner voor de huisartsen (POH) op het gebied van Jeugd-GGZ. Huisartsen kunnen naar haar verwijzen wanneer zij niet goed weten wat nodig is voor een jeugdige of wanneer zij denken dat het goed is voor een jeugdige of ouders om een aantal gesprekken te hebben en adviezen te ontvangen. Deze mogelijkheid wordt als erg waardevol ervaren. Huisartsen kunnen zo toch iets bieden en dit voelt voor ouders en jeugdigen vaak vertrouwder dan Geynwijs. In principe doet zij hetzelfde als wat Geynwijs kan doen, maar in een andere setting. Zij werkt nu op twee gezondheidscentra in Nieuwegein. Een ander punt dat sterk gevonden wordt, is dat de GGZ organisaties die gesproken zijn de aanmeldingen die binnenkomen telefonisch dan wel in een aanmeldteam screenen. Zo wordt zoveel mogelijk op voorhand voorkomen dat jeugdigen in een traject komen dat niet passend is.

Knelpunten
Er zijn twee belangrijke knelpunten in de doorverwijzing. Het eerste is dat de route naar de best passende hulp lang duurt, dit heeft in ieder geval drie oorzaken. Allereerst komt een doorverwijzing soms te laat doordat casussen bijvoorbeeld lang binnen een voorliggende voorziening of de basis-GGZ blijven. Vervolgens duurt het proces bij Geynwijs lang, zij hebben soms een wachttijd en zijn een aantal weken bezig met het brengen van een huisbezoek, het doen van een brede vraagverheldering en het opstellen van een doelenplan dat door verschillende partijen ondertekend moet worden. Als dat afgerond is, is er vaak nog een wachttijd of wachtlijst bij de GGZ-aanbieder. Deze wachttijden zijn een heel belangrijk knelpunt en dit probleem lijkt te groeien. Er zijn veel zorgen over de wachttijden en wachtlijsten in de Jeugd-GGZ. Hierdoor blijven kinderen soms langer dan nodig in specialistische hulp, maar kan soms ook niet tijdig de hulp die nodig is worden ingezet, waardoor casussen escaleren. Een knelpunt dat hierbij hoort, is wat je doet in de tijd dat een kind op de wachtlijst staat voor een andere behandeling. Dit wordt lastig gevonden, want je geeft als organisatie eigenlijk aan dat je onvoldoende kunt bieden en wanneer je ze blijft zien ben je wel verantwoordelijk. Maar als je

geen zorg levert en wacht totdat er plek is dan stuur je mogelijk aan op een crisis. Het tweede knelpunt dat veel genoemd wordt, is dat er weinig of geen terugkoppeling plaatsvindt naar bijvoorbeeld het onderwijs over de behandeling of het traject. Ook vind hierover vaak geen afstemming plaats. Enerzijds is hier begrip voor, omdat dit het traject van ouders met de hulpverlener is, maar anderzijds is dit begrip er ook niet omdat het zo belangrijk gevonden wordt dat zij op de hoogte zijn. Met name als het invloed heeft op het functioneren van het kind in de betreffende context, vinden zij het heel belangrijk om betrokken te worden.

(Her)indicering

Onder indiceren wordt het krijgen of afgeven van een indicatie voor een behandeling in de GGZ verstaan. Onder herindiceren wordt het aanvragen en verstrekken van een verlenging van de behandeling verstaan. Er zijn afspraken met de regionale backoffice Lekstroom over de inzet, intensiteit en duur van behandelingen.

Rol

Het is de rol van GGZ partijen om de behandeling te monitoren en evalueren. Als er geen stijgende lijn in zit, moet gekeken worden of men nog op de goede weg is of dat iets anders nodig is. Als het goed gaat en er is meer tijd nodig, dan kan een verlenging aangevraagd worden. De rol van Geynwijs is om kritisch te kijken naar verlengingen, het gesprek met GGZ aanbieders daarover aan te gaan en tot overeenstemming te komen. Zij moeten kunnen onderbouwen waarom het nodig is.

Sterk

Sterk aan hoe het nu geregeld is, wordt gevonden dat GGZ aanbieders bewuster interventies doen en bewuster met geld omgaan. Dit is wat wordt beoogd met de afspraken en dat wordt goed gevonden. GGZ aanbieders geven ook aan hier meer mee bezig te zijn. Daarnaast is het gemakkelijk om te verlengen als men echt nog niet klaar is. Ook andere partijen geven aan dat het goed is dat de gemeente deze rol pakt.

Knelpunten

De afspraken met de backoffice en afstemming met Geynwijs worden soms echter ook als knelpunten ervaren. De afstemming met Geynwijs wordt soms als teveel bemoeienis gezien. Hoewel Geynwijs aangeeft te willen vertrouwen op de expertise van de behandelaar, moeten zij wel duidelijk kunnen verantwoorden waarom bijvoorbeeld een verlenging nodig is. Sommige aanbieders zijn van mening hier niet met hen over in gesprek te hoeven gaan. Wat betreft de afspraken met de regionale Backoffice vindt iedereen het krap en vinden een aantal aanbieders de afspraken echt niet realistisch en niet stroken met de praktijk. In dat geval kost het heel veel tijd en negatieve energie om iedere keer het gesprek aan te gaan. Aanbieders van basis-GGZ geven aan soms op safe te spelen door voor een langer product te kiezen, zodat men niet hoeft te verlengen. Verder zijn voor de regionale partijen de afspraken hierover bij iedere gemeente anders wat onduidelijk is en veel tijd kost. Een ander knelpunt is dat ook over verlengingen of veranderingen van de behandeling de terugkoppeling naar verwijzende of signalerende partijen vaak ontbreekt.

Uiteindelijk is geld gewoon een beperkende factor en dat is voor ons gek, want wij zijn gewend van oké dit kind heeft dat nodig want dat is het beste en dat wil je bieden. En ondertussen willen ze dat wij alles op een andere manier gaan doen, dat gaat soms helemaal in tegen wat wij gewend zijn, maar ook wat wij kwalitatief nodig vinden.

Idee voor verbetering

Een idee dat door een paar GGZ aanbieders geopperd is, is dat de aanbieder zelf een voorstel doet voor de behandeling en het aantal minuten of uren dat nodig is. Echter geven zij ook aan dat dat waarschijnlijk teveel tijd zal kosten.

Afschalen

Onder afschalen wordt in dit onderzoek verstaan dat kinderen vanuit de specialistische GGZ of basis-GGZ naar basis-GGZ of lichtere ondersteuning gaan.

Rol

Bij afschalen vindt men het belangrijk dat wat gedaan is binnen de GGZ, vertaald wordt naar de thuissituatie en eventueel school of de vervolgbehandelaar. Partijen die basis-GGZ bieden zoals de psychologen en de POH-Jeugd GGZ geven aan dat er amper of niet naar hen afgeschaald wordt. Bij de specialistische GGZ is niet nagevraagd of zij dit herkennen en wat hier de reden voor is. Het is de vraag of het altijd wenselijk is om af te schalen naar de basis-GGZ, vanwege de behandelrelatie die binnen de specialistische GGZ is opgebouwd. De basis-GGZ geeft echter aan dat zij dit wel vaker zouden verwachten.

Sterk

De afstemming met Geynwijs bij afschalen verloopt over het algemeen goed. Door verschillende partijen wordt onderlinge samenwerking met Geynwijs heel belangrijk gevonden. Het lijkt niet altijd nodig, maar wel als zij iets kunnen betekenen. Dan scheelt het in de nazorg ook heel veel als zij vanaf het begin betrokken zijn, omdat zij dan thuis al ondersteuning kunnen bieden en de samenwerking beter verloopt. Geynwijs hoeft dan niet aan het eind nog in gesprek om te bepalen wat nodig is, maar heeft dat hele proces zelf meegemaakt en inspraak gehad.

Knelpunten

Genoemd wordt dat het soms lang duurt voordat Geynwijs aan kan sluiten. Verschillende organisaties geven aan te overbruggen totdat de volgende behandelaar of Geynwijs het overneemt. Dit is dan ook één van de redenen dat kinderen regelmatig langer in de specialistische GGZ blijven dan nodig zou zijn als de nazorg geregeld zou zijn. Sommige aanbieders geven aan het lastig te vinden om Geynwijs te betrekken, omdat ouders dat niet willen. Dit geldt overigens voor buurtteams in het algemeen en niet specifiek voor Geynwijs. Specifiek voor klinische GGZ geldt dat het heel moeilijk is om een vervolg te vinden, er zijn bijna geen plekken waar kinderen lange tijd residentieel kunnen verblijven. Dan blijven ze soms dus langer in hele dure zorg. Dit komt ook weer door wachtlijsten, je kunt niet altijd loslaten en wachten tot de wachtlijst voorbij is, soms moeten kinderen dan in de GGZ blijven. Vanuit het speciaal basisonderwijs wordt nog een ander knelpunt genoemd. Zij geven aan dat afschalen voor hen soms te snel gaat en missen daarin de afstemming met school. School zou geïnformeerd moeten worden over dat men denkt aan afschalen met de vraag hoe zij daarin staan.

Verbeterpunten

Een specifiek verbeterpunt is dat klinische opname en intensieve thuisbegeleiding zouden moeten kunnen overlappen, zodat een kind eerder de stap naar huis kan maken en deze overgang gestructureerder verloopt. Gesteld wordt dat een kind dan voelt dat het weer op weg naar huis is en de ouders dat ze het niet meteen allemaal alleen hoeven te doen.

Onderlinge samenwerking

De onderlinge samenwerking betreft de samenwerking tussen verschillende partijen, zowel met partijen binnen dezelfde sector als met andere partijen in de keten.
Alle partijen werken in ieder geval met één andere partij nauw samen, maar nog niet alle partijen hebben een goede verbinding met elkaar. Er is bijvoorbeeld geen nauwe samenwerking tussen school en BSO. Dit kan wel meerwaarde hebben, omdat zij in sommige gevallen een kind beiden veel zien. Er vinden veel grote overleggen plaats rondom kinderen in het onderwijs of daarbuiten, hierbij sluiten ouders en kind ook aan. Het doel van deze overleggen is om met alle partijen gezamenlijk tot een besluit te komen over wat nodig is. Een belangrijk doel van een intensieve samenwerking is voor veel partijen het creëren van eenduidigheid voor het kind in de verschillende contexten.

Sterk
Er zijn positieve geluiden over de samenwerking, aangegeven wordt dat het hard werken is om een goede samenwerking op te bouwen, maar dat dat wel heel veel oplevert. Binnen Nieuwegein zijn verschillende goede voorbeelden, maar dit betreft vaak de samenwerking tussen twee partijen. Regionaal ervaart men dat iedereen bereid is om mee te denken. De meeste aanbieders zijn tevreden over de samenwerking met Geynwijs. De afstemming wordt gezocht en er is vaak sprake van samenwerking. Het belang hiervan wordt ook door GGZ aanbieders over het algemeen groot gevonden. Geynwijs kan de GGZ aanvullen in de begeleiding van een gezin, zij hebben andere mogelijkheden en expertise. Een kanttekening hierbij is dat er ook minder goede ervaringen zijn en dat één partij aangeeft de afstemming over casussen vanuit Geynwijs juist heel erg te missen.

Knelpunten
In de samenwerking worden ook een aantal knelpunten ervaren en men is van mening dat deze nog steviger kan. De drie meest genoemde knelpunten zijn:

1. Privacy. De privacy van ouders en kinderen zorgt op verschillende momenten in het proces voor moeilijkheden. Er is toestemming van ouders nodig om bij het signaleren onderling contact te hebben tussen verschillende partijen die ouders zien, om gegevens over de gezinssituatie te delen bij het doorverwijzen en om onderling te overleggen over een casus. Dit maakt de samenwerking soms lastig. Iedereen is het erover eens dat privacy van ouders belangrijk is, maar soms is het wel echt in het belang van het kind om informatie te delen en dan vindt men het lastig wat te doen als men geen toestemming krijgt.
   Het hoogst juridisch gezien zijn de rechten van het kind in Geneve. Dus als jij kunt aantonen dat het daar tegenin gaat, heb dan het lef om school te informeren. Niet achter de rug om, maar zeggen: Ik vind het zo belangrijk, ik wil dat school het weet.
2. Bereikbaarheid. De ervaring is dat iedereen het druk heeft, waardoor het soms veel moeite kost om elkaar te bereiken of pas na een aantal weken een overleg plaats kan vinden. In het algemeen wordt opgemerkt dat sommige teams niet terugbellen of een lange wachttijd hebben. Men kan niet aangeven of dit ook voor Geynwijs geldt.
3. Onduidelijkheid over verantwoordelijkheden. Een specifiek knelpunt dat verschillende keren genoemd wordt, is de discussie die soms ontstaat tijdens bijvoorbeeld de multidisciplinaire overleggen over of iets een schoolvraag of een thuisvraag is. Het gaat er dan om of Geynwijs of het samenwerkingsverband passend onderwijs de benodigde ondersteuning of hulp betaalt. Dit zorgt soms voor vertraging, maar in ieder geval voor discussie en onduidelijkheid en dat is niet bevorderlijk voor de samenwerking. Geynwijs geeft aan dat ook de samenwerking tussen SAVE en Geynwijs soms stroef verloopt door onduidelijkheid over wie op welk moment verantwoordelijk is.

Verbeterpunt
Het leggen van de verbinding tussen partijen wanneer er zorgen zijn kan nog beter en veel effectiever. Het rond krijgen van de hulpverlening van een kind en het op één lijn krijgen van de verschillende contexten kan beter.

Onbekend maakt onbemind is over het algemeen meer aan de hand dan dat we partners in de zorg zijn.

Idee
Een idee dat op alle vlakken helpend kan zijn, is een consultatieve functie van de GGZ. Dit houdt in dat de GGZ ingeschakeld kan worden om mee te denken vanuit hun expertise zonder dat zij een cliënt in behandeling hebben. Gesteld wordt dat dit goed kan zijn voor de samenwerking, voor het delen van kennis vanuit specialistische GGZ, om te voorkomen dat mensen onterecht naar de specialistische GGZ gaan en om te bevorderen dat ze daar binnenkomen als het wel nodig is. Hier zou gebruik van gemaakt kunnen worden wanneer er twijfels zijn over hoe zorgelijk signalen zijn of wat de best passende plek is voor een jeugdige met een hulpvraag en wanneer er zorgen of vragen zijn na afronding van een behandeling in de GGZ.

Ideaalbeeld
De ervaringen zijn het meest positief tussen partijen die een vaste contactpersoon voor elkaar hebben, hele korte lijnen hebben dus elkaar regelmatig spreken of bij elkaar in het gebouw zitten waardoor ze makkelijk bij elkaar binnen kunnen lopen. Deze factoren bevorderen de samenwerking en zijn dus ook belangrijk als je kijkt naar een ideale samenwerking**.**

Samenwerking met ouders

Een aantal dingen worden belangrijk gevonden om de samenwerking en communicatie met ouders goed te laten verlopen. Het eerste is het direct meenemen van ouders bij de eerste signalen, dan begrijpen ouders beter wat er speelt en loop je gelijk in het proces. Verder is de relatie van groot belang, wanneer je goed contact en een vertrouwensband met ouders hebt kun je stappen gaan zetten en moeilijke dingen beter bespreekbaar maken. Er moet dan ook aandacht zijn om deze relatie met alle ouders op te bouwen. Dit vraagt om voorzichtigheid en het gesprek aan blijven gaan.

Sterk
Ouders worden meer en sneller betrokken dan voorheen, zij sluiten aan bij overleggen en er wordt echt meer met ouders gepraat in plaats van alleen over ouders.

Knelpunten
Ondanks dat dit beter gaat, blijven zich moeilijke situaties voordoen op dit vlak. Grofweg bestaan er twee groepen ouders waarbij de communicatie soms lastig is. Dit zijn allereerst ouders die moeite hebben te accepteren dat er mogelijk iets aan de hand is met hun kind of in hun opvoeding en dat daar hulp bij nodig is. Bij deze groep ouders zoekt men steeds naar een balans waarin men ouders wel confronteert met wat gezien wordt en nodig lijkt, maar ze niet kwijtraakt. Deze groep wordt het meest genoemd, belangrijk is hierbij dat de veiligheid van het kind bewaakt wordt en als die in gevaar komt dat een zorgmelding gedaan wordt. Anderzijds is er een groep ouders die juist willen dat het kind steeds weer onderzocht wordt en oorzaken van problemen buiten zichzelf zoeken. Als zij dit bij Geynwijs niet voor elkaar krijgen, gaan ze nog wel eens naar de huisarts. Dit vinden verwijzers een lastige situatie, zij twijfelen of dit hoort binnen het recht van ouders om naar verschillende plekken te gaan of dat dit het 'shopgedrag' is wat men probeert tegen te gaan. Binnen de GGZ wordt nog opgemerkt dat ouders niet graag willen wisselen en dus moeite hebben met op- en afschalen of het betrekken van Geynwijs.

Transformatie

Positief wordt gevonden dat de manier waarop de zorg nu geregeld is, de samenwerking bevordert. Men nodigt makkelijker mensen uit bij gesprekken, denkt concreet na over wat zij kunnen doen en wat anderen doen en schaalt dus bewuster op en af. Binnen Nieuwegein wordt opgemerkt dat door het passend onderwijs meer gepraat wordt over wat nodig is voor een kind en minder over welke diagnose mogelijk speelt. Ook zijn zij positief over de houding van leerplicht en schoolartsen die ook veel meer zijn gaan kijken vanuit wat nodig is voor het kind. Een belangrijk nadeel wordt gevonden dat de transitie ongelijkheid in de hand werkt, het maakt uit waar je woont voor de hulp die je krijgt en bijvoorbeeld hoe goed onderzoek gedaan kan worden.

Aanbod

Over het algemeen lijkt er een dekkend aanbod te zijn binnen de GGZ. Enkel bij hele complexe casussen is het soms een zoektocht, wat de behandeling niet ten goede komt. Verder wordt goede, stevige thuisbegeleiding gemist. Er zijn tekorten, bijvoorbeeld wat betreft opnameplekken en passende ondersteuning voor thuiszitters. Ook wachtlijsten zorgen ervoor dat er niet altijd een passende plek is. Zorgelijke ontwikkelingen zijn dat organisaties stelliger worden in wat ze wel en niet kunnen bieden, waardoor mogelijk gaten ontstaan en dat het aanbod veel instabieler wordt doordat organisaties niet meer gefinancierd worden.

Rol Geynwijs

Sterk

Men is over het algemeen positief over de sociaal professionals van Geynwijs, zij worden capabel gevonden. Scholen vinden de vaste contactpersoon fijn, mits dit ook echt een vast gezicht is. Het wordt mooi gevonden als Geynwijs betrokken is tijdens het GGZ traject, dat zij in het gezin komen of dat de GGZ het warm overdraagt en zij het laatste stukje samen doen, zodat Geynwijs daarna in het gezin kan blijven.

Knelpunten

Het belangrijkste knelpunt met betrekking tot Geynwijs is dat het niet laagdrempelig is. Dit komt enerzijds door slechte ervaringen van inwoners en professionals die zich verspreiden. Verschillende ouders willen daardoor niet naar Geynwijs. Anderzijds komt dit door het proces dat lang duurt en ondoorzichtig is voor ouders en jeugdigen. Andere knelpunten zijn het grote verloop waardoor scholen, ouders en jeugdigen steeds een nieuwe contactpersoon krijgen en dat Geynwijs vraaggericht werkt dus niet outreachend kan zijn als ouders geen hulpvraag formuleren of in verlegenheid zijn.

Op de persoon, de medewerkers die we gehad hebben denk ik meer dan goed allemaal. Maar het zit hem echt in het stukje van organisatie en communicatie.

Verbeterpunten

Een aantal respondenten merken op dat het storend is dat mensen bij het klantcontactcentrum weinig lijken te weten van het hele proces en de mogelijkheden. Aangezien dit voor veel inwoners en professionals de eerste lijn naar Geynwijs is, is het belangrijk dat zij goed op de hoogte zijn.

Gewenste situatie

De gewenste situatie is voor veel partijen dat er meer GGZ kennis in de teams komt en dat de GGZ minder op afstand komt te staan. Dit kan via de al genoemde consultatiefunctie, maar ook het detacheren van personeel vanuit de GGZ naar de teams is genoemd. Verder wordt coördinatie van zorg belangrijk gevonden, dat Geynwijs het overzicht heeft over wat er gebeurt in een gezin, wie betrokken zijn en wanneer afstemming nodig is, maar ook welke zorg er in het verleden al is geweest. Geynwijs is op dit moment alleen casusregisseur en verleent geen hulp. Dit wordt soms zonde gevonden, omdat er dan iemand tussen zit die er heel veel tijd aan kwijt is, maar het niet zelf op kan pakken.

Het gaat heel erg om productie en doorlooptijden. Als je wel een stukje hulpverlening zou mogen doen denk ik dat je in heel veel gezinnen überhaupt geen hulp hoeft in te zetten.

Interviews beleid

Aanvullend zijn drie interviews afgenomen binnen de gemeente met een beleidsadviseur Jeugd, de programmaleider Brede Toegang (waaronder Geynwijs) en de accounthouder van de Regionale Backoffice Lekstroom. De visie van deze drie personen op de onderdelen van dit onderzoek wordt hieronder samengevat.

Oorzaak

De hoge inzet van Jeugd-GGZ in Nieuwegein wordt opvallend gevonden, gezien de bevolking van Nieuwegein. Hoger opgeleiden maken over het algemeen meer gebruik maken van GGZ en zoeken eerder vrijwillig hulp. Lager opgeleiden of minder gesitueerden maken vaak meer gebruik van jeugdhulp. In dat opzicht zou je verwachten dat in Nieuwegein meer gebruik wordt gemaakt van jeugdhulp en minder van GGZ. Uit lokale analyses blijkt dat er heel veel dubbele trajecten worden ingezet bij verschillende organisaties, dat is heel duur en levert vaak weinig op. Organisaties erkennen dat ook en geven aan het niet te weten van elkaar.

Voorkomen inzet Jeugd-GGZ

Gevraagd naar wat nodig is om de inzet van Jeugd-GGZ waar mogelijk te verlagen worden drie dingen genoemd.

1. Sturing. Het is belangrijk om goed te kijken naar verlengingen en dubbele trajecten en te sturen op een goede vraagverheldering, effectiviteit, kwaliteit en resultaat. Hiervoor is het belangrijk om dichtbij zowel aanbieders van GGZ als belangrijke verwijzers en signaleerders zoals de huisartsen en de scholen te staan.
2. Preventie, door meer te investeren aan de voorkant en het gewone opgroeien en opvoeden te verstevigen. Ook inzetten op bekende factoren die tot problemen kunnen leiden door tijdig te signaleren en handelen.
3. Deskundigheid. Ouders zijn heel mondig en kunnen soms een steuntje van hulpverlener of netwerk gebruiken, maar uiteindelijk moeten ze het zelf doen. Hun rol in het geheel zou daarom ook gestimuleerd moeten worden. Dit vraagt om deskundigheid van de professionals in het voeren van deze gesprekken. Ook deskundigheid op GGZ gebied in de teams is belangrijk.

Preventie

Het belang van preventie wordt gedeeld. Men is van mening dat je niet altijd invloed hebt op de oorzaken, maar dat er wel situaties zijn waarvan je weet dat ze invloed kunnen hebben waar je meer preventief een vinger aan de pols kunt houden. Ook wordt de visie gedeeld dat het soms mogelijk is om het escaleren van problemen te voorkomen en dat je daarmee dus veel dure trajecten kunt voorkomen. Preventie zou gebaseerd moeten zijn op het voor elkaar willen zorgen, er voor elkaar willen zijn, weten dat iemand oog voor je heeft en bezorgd is.

Over het huidige preventieve aanbod wordt gezegd dat er veel gebeurt, maar dat niet overal zicht op is en dat het nog niet goed in samenhang functioneert. Ideeën zijn dat dit meer samen met het onderwijs opgezet kan worden en dat de kosten hiervan voor ouders omlaag moeten of vergoed zouden moeten worden.

Signalering

Vroegtijdige en goede signalering wordt gezien de basis. School is een belangrijke plek als het gaat om signalering, omdat zij kinderen heel veel zien en vaak ook best goed in beeld hebben dat kinderen niet lekker in hun vel zitten of problemen thuis hebben. Ook peuterspeelzalen, kinderdagverblijven, plekken waar kinderen op jonge leeftijd al veel tijd doorbrengen zijn belangrijk. De visie op de manier waarop signalen met ouders gedeeld worden verschilt tussen

de geïnterviewden. Enerzijds wordt het belangrijk gevonden dat signalen gedeeld worden met ouders en dat niet buiten hen om de jeugdhulp ingeschakeld wordt. Anderzijds wordt gesteld dat het de taak van signalerende partijen zou moeten zijn om dat signaal ergens neer te leggen en niet per se om ook het gesprek met ouders aan te gaan, dat kan samen met een professional die hulp en ondersteuning aan kan bieden. Er moet in ieder geval wat met het signaal gedaan worden, zodat het signaal ook binnen redelijk snelle tijd wordt opgepakt in een vertrouwde, veilige setting.

Een aantal zaken kunnen beter in de signalering. Allereerst wordt opgemerkt dat het nu nog heel persoonsafhankelijk is hoe goed dit gebeurt en dat er veel handelingsverlegenheid is. Er wordt nog regelmatig te laat gemeld. Verder wordt genoemd dat terugkoppeling vanuit de GGZ naar de signalerende partij ontbreekt, terwijl dat de sleutel is om samen te werken rondom het kind. Het heeft meerwaarde om hen deelgenoot te maken van het vervolg, ook voor de vertrouwensband met ouders en kinderen.

Doorverwijzing

Wat betreft de doorverwijzing is voornamelijk gesproken over mogelijke oorzaken en oplossingen van de wachttijden en wachtlijsten. Dit is een knelpunt dat veelvuldig is aangegeven in de interviews. Vooral de onduidelijkheid hierover valt op. Er is bijvoorbeeld onduidelijkheid over of het niet erger lijkt door de wachttijd van Geynwijs zelf. Voor de inwoner voelt dit ook al als wachttijd. Er moet dus eerst duidelijkheid komen over waar het probleem zit, maar uiteindelijk gaat het erom dat al die momenten kort worden. Verder is het onduidelijk waarom de GGZ organisaties wachtlijsten hebben.

(Her)indicering

Belangrijk bij het afgeven van een indicatie of het maken van afspraken over inzet, intensiteit en duur van de behandeling wordt gevonden dat gekeken wordt naar de zorggeschiedenis en hoe de nieuwe aanvraag zich daartoe verhoudt. Ook de innerlijke motivatie van de cliënt is belangrijk, als die niet wil of niet betrokken is zal het traject mislukken. Verder wordt belangrijk gevonden dat administratieve processen simpel gehouden worden. Er is aan de andere kant de wens om meer per individu te bepalen wat reëel is samen met inwoners en specialisten, zodat het meer maatwerk wordt. Dit vergt echter misschien weer veel administratieve processen. Indicaties en processen zouden niet in de weg moeten staan om te doen wat nodig is.

Samenwerking in de keten

In de samenwerking wordt elkaar leren kennen, elkaar weten te vinden, open communiceren met elkaar en respect hebben voor elkaars expertise en deskundigheid op basis van vertrouwen belangrijk gevonden. Ook lijkt het belangrijk dat vooral bij complexe casussen waarin meerdere problemen spelen iemand de regie heeft. Diegene moet bepalen wat op welk moment prioriteit heeft. Geynwijs zou die rol kunnen krijgen. Regie bij de inwoner is niet altijd haalbaar, mogelijk wel samen met iemand uit het eigen netwerk. Verder wordt gesteld dat Geynwijs voor iedere organisatie een vast aanspreekpunt zou moeten hebben, zodat de lijnen korter worden.

Samenwerking met ouders

Wat betreft de samenwerking of communicatie met ouders zijn twee dingen besproken. Wat betreft de verantwoordelijkheid voor de zorg voor een kind wordt aangegeven dat deze in principe bij ouders blijft liggen en dat professionals die niet te veel over zouden moeten nemen. Verder is gesproken over de mate van keuzevrijheid die ouders hebben. Men is van mening dat goed naar de mening van ouders geluisterd moet worden en dat er een aanbod moet zijn van passende hulp waar ouders snel terecht kunnen en geholpen kunnen worden. Uit dit aanbod moeten ouders kunnen kiezen. Als zij iets anders willen moet dat in principe ook mogelijk zijn,

ook als dat duurder is. Echter zouden zij dan wel geconfronteerd mogen worden met wat het kost en kan het reëel zijn om de extra kosten door ouders zelf te laten betalen.

Transformatie
Gesteld wordt dat de transformatie op alle schijven van het eerste signaal tot aan specialistische hulp gewenst is. Met name het thuis of dichterbij huis bieden van hulp in een gezinsachtige setting kan nog beter. Genoemd worden de specialistische vormen waar kinderen langere tijd in een andere setting moeten verblijven terwijl zij zelf geen probleem hebben maar de situatie waarin zij opgroeien niet bevorderend is. Dit is niet wenselijk vanuit het perspectief van het kind en de aanbieders delen dit standpunt. Zij willen ook meedenken over hoe dit anders kan, maar ervaren vanuit hun deskundigheid ook angst dat we te snel heel veel dingen anders willen waarbij uiteindelijk het kind de dupe wordt. Naast het dichterbij bieden van hulp, kunnen de mogelijkheden van de omgeving en het kind zelf nog meer benut worden. Oplossingen zouden van het kind en omgeving moeten komen en er zou meer aanbod op ouders gericht moeten zijn, zij spelen een cruciale rol.

Rol Geynwijs
Belangrijk wordt gevonden dat de professionals van Geynwijs creatief zijn, een goed kostenbewustzijn hebben en werken met de uitgangspunten nabij en wat mensen zelf kunnen in hun hoofd. Ook wordt geopperd dat zij mensen zouden kunnen bellen na afloop van een traject met de vraag hoe gaat het nu, wat was het effect? Nu worden er doelenplannen gemaakt, maar wordt niet gekeken of het doel ook behaald is. Dit wordt wel belangrijk gevonden, omdat je hier heel veel informatie uit kunt halen. Sterk aan Geynwijs wordt de sturing op huisartsen en aanbieders gevonden. Het wordt zonde gevonden als Geynwijs zich bezig houdt met mensen die een kort generalistisch traject willen en daar een heel doelenplan voor opstelt. In de gewenste situatie richten zij zich wat dit betreft met name op het monitoren en regie voeren bij zwaardere casussen waar meerdere partijen bij betrokken zijn. Verder wordt over de gewenste situatie gezegd dat Geynwijs een aanspreekpunt zou moeten zijn bij signalen voor professionals en inwoners met knowhow over het hele zorgveld. Hiervoor zal eerst het imago en vertrouwen van Geynwijs hersteld moeten worden, dit is noodzakelijk voor een effectieve samenwerking.

Conclusies en aanbevelingen

Conclusies

In dit hoofdstuk zullen eerst de deelvragen van het onderzoek afzonderlijk beantwoord worden, vervolgens wordt een conclusie over het geheel gegeven.

Conclusies deelvragen

Risicofactoren voor psychische problematiek in Nieuwegein

Het lijkt erop dat in Nieuwegein relatief veel risicofactoren aanwezig zijn voor psychische problemen (zie Bijlage 4). Dit doet vermoeden dat de hoge inzet van Jeugd-GGZ in Nieuwegein mede veroorzaakt wordt doordat bepaalde risicofactoren voor psychische problemen bovengemiddeld veel aanwezig zijn. Met name jeugdcriminaliteit en éénoudergezinnen zijn risicofactoren die veel voorkomen. Ook uit de interviews blijken echtscheidingen een belangrijke risicofactor voor psychische problemen. Echter is het niet uit te sluiten dat ook andere risicofactoren een rol spelen als mogelijke oorzaak, veel risicofactoren zijn moeilijk in beeld te krijgen. Uit de interviews komt bijvoorbeeld naar voren dat ook financiële en psychische problemen van ouders veel voorkomen in Nieuwegein. Hoewel de sociaaleconomische status landelijk gezien gemiddeld is, zijn er wel grote verschillen tussen wijken in Nieuwegein.

Tijdige signalering van risico's en problematiek

Door beschikbare ondersteuning en scholing lijken de medewerkers die signaleren zich voldoende toegerust te voelen om te signaleren. Echter blijft dit soms lastig. Over het algemeen wordt tijdig gesignaleerd maar worden signalen nog niet snel buiten de eigen organisatie gedeeld. Hierdoor verergeren problemen soms doordat te laat ondersteuning gevraagd wordt. Verder worden soms nog wel signalen gemist. Dit gebeurt met name bij wat meer teruggetrokken kinderen.

Passende en tijdige doorverwijzing

De verwijzingen lijken niet altijd passend, enerzijds wordt opgemerkt dat in Nieuwegein een sterke focus ligt op zo licht mogelijk ondersteunen en dat dit niet altijd passend is en anderzijds dat bijvoorbeeld in de basis-GGZ veel cliënten aangemeld worden die ook met lichtere ondersteuning geholpen hadden kunnen worden. Dit zijn tegenstrijdige geluiden, maar hierin lijkt dus nog ruimte voor verbetering. Het kan ook betekenen dat veel ingestoken wordt op basis-GGZ en dat dat dus soms te licht en soms te zwaar is of dat het verschilt per verwijzer. Dit is echter niet verder onderzocht. Verwijzers geven aan dat het niet altijd scherp is wat het best passend is en dat de zoektocht hiernaar en afstemming hierover ingewikkeld kan zijn. De basis-GGZ wordt geacht na één gesprek of voor het eerste gesprek in te schatten hoeveel uur zij nodig hebben, dit leidt niet altijd tot het best passende product. GGZ aanbieders beoordelen voorafgaand aan het traject of een doorverwijzing passend is, al is dit soms moeilijk in te schatten.

Een belangrijk knelpunt in de doorverwijzing is dat het vaak lang duurt voordat een jeugdige daadwerkelijk hulp ontvangt. Dit komt doordat lang gewacht wordt met een doorverwijzing, doordat het proces bij Geynwijs lang duurt en tot slot door wachtlijsten en wachttijden binnen de GGZ. Soms is de best passende plek niet snel beschikbaar. Jeugdigen moeten dan langer wachten op een behandeling, worden naar een alternatieve behandeling verwezen die niet het best passend is of blijven langer binnen een behandeling die niet het best passend is. Hierdoor kunnen problemen verergeren en ontstaan ook weer nieuwe wachtlijsten, omdat zij dan een plek bezet houden.

Monitoren voortgang en afschalen wanneer mogelijk

Alle GGZ aanbieders geven aan voorafgaand, tijdens en aan het eind van de behandeling de voortgang van de jeugdige te evalueren en monitoren. Wanneer er geen vooruitgang is, is het hun rol om te bekijken waar dat aan ligt. Het kan zijn dat de vorm van therapie of behandeling niet goed aansluit en dat iets anders nodig is. Een andere mogelijkheid is dat er iets gemist is en dat aanvullend onderzoek nodig is. Over het algemeen lijken zij dit in kaart te brengen, maar niet snel op- of af te schalen. Ook behandelaren zijn geneigd cliënten lang bij zich te houden en

op andere manieren te proberen hen alsnog te helpen. Hierbij speelt de behandelrelatie een rol. Het blijven behandelen van een cliënt is echter niet altijd in het belang van de ontwikkeling van de jeugdige, soms zou daarom eerder op- of afgeschaald moeten worden. Het is echter ook zowel een mogelijk gevolg als een mogelijke oorzaak van wachtlijsten. Door wachtlijsten wordt getracht een overbrugging naar of vervanging van de andere behandeling in te zetten en door de cliënt te blijven behandelen wordt een plaats bezet gehouden waardoor een andere cliënt mogelijk moet wachten.

Verloop samenwerking met ouders en andere partijen
Het leggen van de verbinding tussen de verschillende partijen wanneer er zorgen zijn kan nog beter. De samenwerking omtrent de hulpverlening en het op één lijn krijgen van de verschillende contexten kan effectiever. Hoewel de samenwerking op sommige vlakken beter verloopt dan voor de transitie, zijn het nog veel losse contacten en wordt bijvoorbeeld school niet standaard geïnformeerd over en betrokken bij de behandeling van een leerling. Knelpunten die hierbij een rol spelen zijn de beperkte bereikbaarheid van de verschillende partijen en het feit dat toestemming van ouders nodig is om onderling te overleggen. Echter lijkt hierin soms meer mogelijk dan wat nu gedaan wordt. Er kan nog meer worden samengewerkt in het belang van een goede behandeling van het kind. Uit de goede ervaringen blijkt dat een goede samenwerking tussen alle betrokken partijen veel bijdraagt.

De samenwerking en communicatie met ouders wanneer er zorgen zijn, is een kwetsbaar proces. Ouders worden sneller dan voorheen betrokken wanneer er zorgen zijn, er wordt meer mét ouders gepraat in plaats van over ouders. Toch blijft het soms moeilijk om een balans te vinden in ouders wel confronteren met wat je ziet, maar ook de veiligheid van het kind bewaken en ouders niet verliezen.

Aanbod
Over het algemeen lijkt er een dekkend aanbod te zijn, met name intensieve thuisbegeleiding wordt gemist. Wachtlijsten zorgen ervoor dat aanbod niet altijd beschikbaar is, daardoor vallen dan wel gaten.

Verbeterpunten proces naar Jeugd-GGZ
De meeste verbeterpunten zijn hierboven al genoemd. Belangrijke aanvullingen hierop zijn nog het sterker inzetten op preventie, de samenwerking tussen andere verwijzers en Geynwijs versterken, de beschikbaarheid van Geynwijs om het gezin te ondersteunen aanvullend aan behandeling van de GGZ vergroten en het dichterbij halen van de GGZ.

Algemene conclusie

In het algemeen lijken er positieve ontwikkelingen gaande en is een beweging zichtbaar waarin meer ruimte is voor maatwerk en samenwerking. Echter bestaan ook nog veel knelpunten die het bieden van de best passende hulp soms moeilijk maken. De onderzoeksvraag van dit onderzoek was: "Wat zijn waarschijnlijke oorzaken van de hoge inzet van Jeugd-GGZ in Nieuwegein en hoe kan deze inzet waar mogelijk verlaagd worden?" Hier wordt getracht deze vraag te beantwoorden. Gesteld moet worden dat hier geen zekerheid over gegeven kan worden, de gegeven antwoorden vormen een indicatie. In de aanbevelingen zal ingegaan worden op mogelijke aangrijpingspunten om de inzet van Jeugd-GGZ in Nieuwegein waar mogelijk te verlagen. Hieronder worden de meest waarschijnlijke oorzaken opgesomd:

- Met name in vergelijking tot de provincie Utrecht, zijn in Nieuwegein relatief gezien veel risicofactoren voor psychische problemen aanwezig. Ook uit de interviews blijkt dat veel problematiek in gezinnen speelt die breder is dan psychische problematiek. Dit heeft mogelijk tot gevolg dat meer geestelijke gezondheidszorg nodig is.
- Er gebeurt weinig preventief en wat gedaan wordt, is voor veel ouders en professionals niet inzichtelijk.
- Signalen en verwijzingen komen regelmatig te laat. Hierdoor kan de problematiek verergeren en is dus soms uiteindelijk duurdere hulp nodig dan wanneer snel de juiste hulp wordt ingezet.

- De verwijzing is niet altijd passend, dan wordt te lichte ondersteuning of te zware hulp ingezet. Door te lichte ondersteuning kan de problematiek verergeren, te zware hulp is duurder en intensiever dan nodig zou zijn en sluit mogelijk niet goed aan.
- Het huidige proces van signaleren tot het ontvangen van de juiste hulp loopt niet altijd soepel en duurt lang. Op verschillende plekken ontstaat vertraging door onduidelijkheid, procedures en processen die lang duren. De samenwerking die nog niet altijd goed verloopt, lijkt hier ook een belangrijke factor in te zijn. Het is belangrijk om te kijken hoe dit anders kan en of zaken flexibeler ingevuld kunnen worden.
- Door wachtlijsten en hiaten in het aanbod blijven kinderen soms langer dan nodig in hele dure zorg of specialistische GGZ. Zij kunnen niet afronden, omdat geen passend vervolg beschikbaar is. Dit lijkt een belangrijke oorzaak van de hoge kosten, want er zijn grote verschillen in kosten tussen deze behandelingen en de vervolgbehandelingen. Wachtlijsten zorgen er aan de andere kant voor dat ook niet snel specialistischere hulp ingezet kan worden als dat nodig is, waardoor casussen soms escaleren en uiteindelijk nog duurdere zorg nodig is.
- Geynwijs is niet erg laagdrempelig voor inwoners en professionals door onduidelijkheid, procedures en negatieve ervaringen. Door de hoge werkdruk kunnen casussen niet direct opgepakt worden en het proces van het eerste contact tot een verwijzing van hulp duurt lang. Hierdoor gaat tijd verloren en ontstaan negatieve ervaringen.

Beperkingen van het onderzoek

Zoals ieder onderzoek kent ook dit onderzoek een aantal beperkingen die maken dat de resultaten en conclusies met enige voorzichtigheid gelezen moeten worden. De grootste bron van dit onderzoek zijn interviews. Het voordeel van interviews is dat het mogelijk is om door te vragen en uitspraken daardoor beter te duiden. Een nadeel is dat het risico bestaat dat sociaal wenselijk geantwoord is. Geprobeerd is de invloed hiervan te beperken door professionals uit verschillende werkvelden te interviewen. Het meenemen van het perspectief op het proces van ouders of jongeren die hulp vanuit de Jeugd-GGZ ontvangen, zou ook bijdragen aan een completer beeld. Dit is in dit onderzoek wel geprobeerd, maar helaas niet gelukt. Daarom zou het goed zijn om dit in een vervolgonderzoek mee te nemen. Mogelijk kan het cliëntervaringsonderzoek in 2018 hier invulling aan geven. Een tweede beperking van dit onderzoek is dat, hoewel de anonimiteit van de respondenten gewaarborgd is, de lokale aard van het onderzoek kan maken dat respondenten terughoudend zijn geweest in hun antwoorden. Zij waren mogelijk bang dat uitspraken verkeerd geïnterpreteerd zouden worden door collega's of samenwerkingspartners en dat dit de onderlinge samenwerking negatief zou beïnvloeden. Tot slot bleek het moeilijk om scherp te krijgen hoe hoog de inzet van Jeugd-GGZ in Nieuwegein daadwerkelijk was ten opzichte van vergelijkbare gemeenten. Hoewel dit dus mogelijk minder afwijkend is dan vooraf ingeschat, biedt dit onderzoek wel inzichten en aanknopingspunten om meer grip te krijgen op de inzet van Jeugd-GGZ

Aanbevelingen

In deze paragraaf wordt het rapport afgesloten met een aantal aanbevelingen om de best passende hulp voor elke jeugdige te realiseren en daarmee mogelijk ook de inzet van Jeugd-GGZ en de kosten daarvan te verlagen. Deze aanbevelingen liggen vaak gedeeltelijk binnen de beïnvloedingssfeer van de gemeente Nieuwegein, maar zullen grotendeels in samenwerking met de betrokken partijen moeten worden gerealiseerd.

Aanbevelingen:

- Houd rekening met de sociale context van de gemeente Nieuwegein. Zoals in dit rapport is beschreven, zijn een aantal risicofactoren met name in vergelijking tot de provincie Utrecht in Nieuwegein relatief veel aanwezig. Dit heeft invloed op het risico op GGZ problematiek en daarmee op de aspecten waar op ingestoken zou moeten worden. Zo zou er meer aandacht aan het voorkomen en ondersteunen van éénoudergezinnen en

gezinsproblematiek besteed moeten worden. De sociale context heeft tevens invloed op wat haalbaar en wenselijk is in het verlagen van de inzet van Jeugd-GGZ. Mogelijk is in Nieuwegein door deze risicofactoren meer Jeugd-GGZ nodig.

- Zet in op een samenhangend preventief aanbod om zowel te voorkomen dat problemen ontstaan als dat problemen verergeren. Het huidige preventieve aanbod is niet bij iedereen in beeld en hangt niet met elkaar samen. Door in te zetten op een sterk opvoed- en opgroeiklimaat in Nieuwegein waarin het laagdrempelig is voor ouders om vragen en zorgen over de opvoeding met elkaar en met professionals te delen kan snel lichte ondersteuning of advies geboden worden, waardoor mogelijk problemen voorkomen kunnen worden. Extra aandacht voor het omgaan met de gevolgen van het hebben van ADHD of autisme en die van een echtscheiding zou verder goed zijn, gezien de problematiek die veel voorkomt. Over het aantal ouders met psychische problemen is geen duidelijk beeld ontstaan, maar vroege preventieve ondersteuning van deze kinderen en ouders is van belang. Dit is namelijk een zeer belangrijke risicofactor voor het ontwikkelen van psychische problemen bij kinderen.
- Zorg voor een goede samenwerking en expertise om te laat signaleren en verwijzen zoveel mogelijk te voorkomen. Het is niet helemaal te voorkomen dat problemen te laat gesignaleerd worden of dat te laat de juiste hulp wordt ingezet, dit zal altijd blijven gebeuren. Echter, kan een goede samenwerking en de juiste expertise wel helpen om dit zoveel mogelijk tegen te gaan. Bij eerste signalen is het belangrijk dat verschillende signalerende partijen hun zorgen met ouders en elkaar delen zodat zo snel mogelijk een compleet beeld ontstaat. Ook is het belangrijk dat professionals geschoold en ondersteund worden in het signaleren en herkennen van signalen. Vervolgens is het belangrijk dat wanneer er signalen zijn, expertise beschikbaar is om goed in te kunnen schatten wat in de specifieke casus nodig is. Daarbij staat de vraag centraal of bijvoorbeeld eerst geprobeerd kan worden om binnen het onderwijs of de begeleiding wat aan te passen of dat direct specialistische hulp moet worden ingeschakeld (zie hiervoor ook de laatste aanbeveling).
- Maak afspraken over verwijzingen. Allereerst is het nu soms onduidelijk of huisartsen en jeugdartsen in Nieuwegein zelf mogen verwijzen volgens de afspraken met Geynwijs. De huisarts en jeugdarts die geïnterviewd zijn gaven aan dat dit volgens hen niet het geval is. Echter gebeurt dit wel en kan de afstemming hierover tussen de verschillende verwijzers beter. Bij enkelvoudige hulpvragen en goed contact met het gezin kan het wenselijk zijn dat een huisarts of jeugdarts snel zelf kan verwijzen en dat kort afstemt met Geynwijs. In complexere situaties kan het wenselijk zijn dat de POH-Jeugd GGZ of Geynwijs verwijst, omdat zij de mogelijkheid hebben om een uitgebreidere vraagverheldering te doen. Hier zouden duidelijke afspraken over gemaakt moeten worden en men kan hierin nog meer gebruik maken van elkaars expertise. Ook is het van belang dat deze partijen in hun doorverwijzing meer op één lijn komen, zodat het minder uitmaakt wie verwijst. Ouders kunnen dan contact zoeken met een partij waarbij zij zich vertrouwd voelen om hun zorgen te delen.
- Zet alternatieven voor GGZ in. Geynwijs geeft zelf aan onvoldoende zicht te hebben op de mogelijkheden die er zijn in het voorliggende veld, bijvoorbeeld bij MOvactor, Handje Helpen of Buurtgezinnen. Doordat er onvoldoende tijd is om deze mogelijkheden te onderzoeken, geven zij aan nu misschien sneller geneigd te zijn om een maatwerkvoorziening in te zetten. Dit geldt mogelijk ook voor andere verwijzers.
- Stimuleer een intensieve samenwerking rondom het gezin. Het is niet altijd nodig, maar bij complexere casussen kan de samenwerking rondom een gezin beter. Met name scholen kunnen meer meegenomen worden in het behandeltraject, zij zien het kind vaak nog veel en het is belangrijk dat zij op de hoogte blijven van wat er speelt en ingezet wordt. Ook de beschikbaarheid van Geynwijs om samen op te trekken met de GGZ aanbieder is van belang. Verder is dit ook een zeer belangrijk aandachtspunt wanneer meerdere hulptrajecten lopen in een gezin.
- Bepaal de rol van Geynwijs nader. Geynwijs kan een hele belangrijke rol vervullen in het hele proces rondom de Jeugd-GGZ. De ideeën, over hoe deze rol eruit zou moeten zien, verschillen. In ieder geval wordt casusregie van belang gevonden, maar er wordt ook

meerwaarde gezien in het in beperkte mate kunnen bieden van lichte ondersteuning. Dit wordt nu door sommige professionals wel en door anderen niet gedaan en dat zorgt voor verwarring. Beiden lijken belangrijk. Wat betreft het goed invullen van de casusregie geldt, dat dit kan bijdragen aan het beter verlopen van het hele proces en de onderlinge samenwerking. Geynwijs kan een verbindende schakel vormen tussen partijen en zicht hebben op de behandelingen en zorggeschiedenis binnen een gezin. Ook kunnen zij een rol spelen in het dichterbij halen van de GGZ door hen in te schakelen waar nodig. Wat betreft het zelf bieden van lichte ondersteuning geldt in ieder geval dat het belangrijk is dat Geynwijs bij langdurige trajecten kan zorgen voor die ene persoon die met het gezin meeloopt in het hele traject en naast de inwoner staat, maar ook de inwoner aanspreekt op wat hij of zij wel kan en dat samen met diegene gaat versterken. Dit vraagt om een specifieke houding en vaardigheden, die mogelijk niet iedere professional van Geynwijs al bezit. Een methodiek die inzet op de houding en competenties die hiervoor nodig zijn, kan hier helpend bij zijn.

- Communiceer de rol van Geynwijs duidelijk. Wanneer duidelijk is wat de rol van Geynwijs precies moet zijn, is het belangrijk om deze duidelijk naar alle samenwerkingspartners te communiceren. Deze rol is nu niet altijd duidelijk voor de gesproken partijen. Voor de GGZ aanbieders geldt dat zij vaak met veel gemeenten te maken hebben, voor hen heeft het meerwaarde als zij een kort overzicht hebben van waar zij Geynwijs wel en niet voor kunnen benaderen en welke contactpersonen van belang zijn voor verschillende onderwerpen. Door hier duidelijkheid over te geven, kunnen verkeerde verwachtingen en onduidelijkheid over de rol van Geynwijs mogelijk weggenomen worden. Dit zal een positieve uitwerking hebben op de samenwerking.
- Traject versnellen en versoepelen. Door wachtlijsten en processen duurt het traject van en naar GGZ nu vaak lang. Kinderen blijven lang binnen een behandeling hangen en komen niet snel bij de best passende hulp terecht. Het hele proces zou wat flexibeler moeten kunnen verlopen, als het nodig is zou een stukje overlap mogelijk moeten zijn zodat een warme overdracht gedaan kan worden en een kind niet terugvalt doordat het ineens bij een nieuwe behandelaar op een nieuwe locatie komt die niet helemaal op de hoogte is van het vorige traject.
- Innovatie bevorderen. Aansluitend op bovenstaand punt zouden stappen gezet kunnen worden om het systeem anders in te richten. Nu wordt heel veel doorverwezen, maar er zijn nieuwe ideeën waarbij een kind bijvoorbeeld één vaste behandelaar heeft binnen de basis-GGZ die af en toe een specialist of expertise vanuit de specialistische GGZ in kan vliegen. Bij chronische problematiek zou de begeleiding soms zelfs door iemand vanuit Geynwijs of maatschappelijk werk gedaan kunnen worden. Maar ook de ideeën rondom het dichterbij halen van de GGZ dragen bij aan innovatie. Dan gaat het dus om het detacheren van psychologen of psychiaters naar Geynwijs of het inkopen van de consultatieve functie van de GGZ. Er is expertise nodig om goed te kunnen signaleren en doorverwijzen, om te weten wanneer je kunt normaliseren en wanneer juist direct specialistische hulp nodig is. Het lijkt erop dat er nu veel naar de basis-GGZ gaat, waar dit soms naar een voorliggende voorziening had gekund en soms naar de specialistische GGZ had gemoeten. Om dit beter te laten verlopen kan het inroepen van expertise vanuit de GGZ helpend zijn.

Dat is wel wat we in zorgland nog steeds ontberen vind ik dat er die mooie lange goede lijn is en dat er één iemand werkelijk centraal bij zo'n gezin staat. Ik denk dat dat is wel altijd onze grote wens, maar dat is niet altijd zo.

Literatuur

Bakker, K., De Wilde, E. J., & Kooijman, H. (2015). *Die jeugd van tegenwoordig. Over opvoeden en opgroeien in Nederland.* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Barkley, R. A. (2006). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment* (3rd ed.). New York: Guilford.

Bot, S., De Roos, S., Sadiraj, K., Keuzenkamp, S., Van den Broek, A., & Kleijnen, E. (2013). *Terecht in de jeugdzorg. Voorspellers van kind- en opvoedproblematiek en jeugdzorggebruik.* Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Cassidy, J., & Shaver, P. R. (Eds.). (2008). *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (2nd ed.). New York: Guilford.

Centraal Bureau voor de Statistiek (2016a). *Statline.* Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek. Geraadpleegd via: http://statline.cbs.nl/statweb/

Centraal Bureau voor de Statistiek (2016b). *Gebruik en samenloop van regelingen en voorzieningen.* Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek. Geraadpleegd via: https://www.cbs.nl/nl-nl/maatwerk/2016/16/gebruik-en-samenloop-van-regelingen-en-voorzieningen

Cicchetti, D. (2013). Annual research review: Resilient function in maltreated children – past, present, and future perspectives. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 54,* 402-422. doi:10.1111/j.1469-7610.2012.02608.x

Fearon, R. M., & Belsky, J. (2011). Infant-mother attachment and the growth of externalizing problems across the primary-school years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 52,* 782-791. doi:10.1111/j.1469-7610.2010.02350.x

Fonagy, P. (2013). Developmental psychopathology: A perspective. In N. Mehta (Ed.). *Annual report of the Chief Medical Officer 2013. Public Mental Health priorities: Investing in the evidence* (pp. 85-96). London: Department of Health.

Geestelijke Gezondheidszorg Nederland (2014). *Beschikbaar bereikbaar betrouwbaar en in beweging. Een visie op jeugd-ggz.* Amersfoort: Geestelijke Gezondheidszorg Nederland.

Geestelijke Gezondheidszorg Nederland (2016). *Investeren in de toekomst van kwetsbare kinderen. Wat mag u van de jeugd-ggz verwachten?* Amersfoort: Geestelijke Gezondheidszorg Nederland.

GGD regio Utrecht (z.j.). *GGDAtlas.* Zeist: GGD regio Utrecht. Geraadpleegd via: https://www.ggdru.nl/gemeenten/ggdatlas.html

GGD regio Utrecht (2016). *Pilot integrale beleidsadvisering jeugd Nieuwegein.* Zeist: GGD regio Utrecht.

Hermanns, J. (2013). *Een pedagogische lente?* Verkregen via: http://johermanns.info/wordpress/?page_id=20

Kim-Cohen, J., Caspi, A., Moffit, T. E., Harrington, H., Milne, B. J., & Poulton, R. (2003). Prior juvenile diagnoses in adults with mental health disorder. Developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Archives of General Psychiatry, 60,* 709-717. doi:10.1001/archpsyc.60.7.709

Kwaliteitsinstituut Nederlandse Gemeenten (z.j.). *Dashboard waarstaatjegemeente.nl.* Geraadpleegd via: https://www.waarstaatjegemeente.nl/dashboard/

Larsson, H., Dilshad, R., Lichtenstein, P., Barker, E. D. (2011). Developmental trajectories of DSM-IV symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder: Genetic effects, family risk and associated psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 52,* 954-963. doi:10.1111/j.1469-7610.2011.02379.x

Lewinsohn, P. M., Roberts, R. E., Seeley, J. R., Rohde, P., Gotlib, I. H., & Hops, H. (1994). Adolescent psychopathology: II. Psychosocial risk factors for depression. *Journal of Abnormal Psychology, 103,* 302-315. doi:10.1037/0021-843X.103.2.302

Meijer, S., & Schoemaker, C. (2008). Welke factoren beïnvloeden de kans op psychische problemen bij jeugd? In: Nationaal Kompas Volksgezondheid, *Volksgezondheid Toekomst Verkenning*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).

Murray, J., Irving, B., Farrington, D. P., Colman, I., & Bloxsom, C. A. (2010). Very early predictors of conduct problems and crime: Results from a national cohort study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 51,* 1198-1207. doi:10.1111/j.1469-7610.2010.02287.x

Nash, S. G., McQueen, A., & Bray, J. H. (2005). Pathways to adolescent alcohol use: Family environment, peer influence and parental expectations. *Journal of Adolescent Health, 37,* 19-28. doi:10.1016/j.jadohealth.2004.06.004

Ormel, J., Raven, D., Oort, F. van, Hartman, C. A., Reijneveld, S. A., Veenstra, R., …., Oldehinkel, A. J. (2015). Mental health in Dutch adolescents: A TRAILS report on prevalence, severity, age of onset, continuity and co-morbidity of DSM disorders. *Psychological Medicine, 45,* 345-360. doi:10.1017/S0033291714001469

Reinherz, H. Z., Giaconia, R. M., Carmola Hauf, A. M., Wasserman, M. S., & Paradis, A. D. (2000). General and specific childhood risk factors for depression and drug disorders by early adulthood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 39,* 223-231. doi:10.1097/00004583-2000020000-00023

Rickwood, D., Deane, F. P., Wilson, C. J., & Ciarrochi, J. V. (2005). Young people's help-seeking for mental health problems. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health, 4,* 1-34. Verkregen van http://ro.uow.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=3159&context=hbspapers&sei-redir=1&referer=https%3A%2F%2Fscholar-google-com.proxy.library.uu.nl%2Fscholar%3Fhl%3Den%26q%3Dhelp%2Bseeking%2Bform%2Bmental%2Bhealth%2Bproblems%26btnG%3D%26as_sdt%3D1%252C5%26as_sdtp%3D#search=%22help%20seeking%20form%20mental%20health%20problems%22

Rijksoverheid (2013). *Memorie van toelichting bij de Jeugdwet.* Verkregen van: https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2013/07/01/memorie-van-toelichting-bij-de-jeugdwet

Sapienza, J. K., & Masten, A. S. (2011). Understanding and promoting resilience in children and youth. *Current Opinion in Psychiatry, 24,* 267-273. doi:10.1097/YCO.0b013e32834776a8

Schoemaker, C., Ten Have, M., Sytema, S., & Verhaak, P. (2007). 'Trends in de geestelijke volksgezondheid in Nederland. Een visie gebaseerd op cijfers'. In: *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid,* 62: p. 824-835.

Schrijvers, C. T. M., Schoemaker, C. G. (2008). *Spelen met gezondheid. Leefstijl en psychische gezondheid van de Nederlandse jeugd.* Bilthoven: RIVM.

Sentse, M. (2010). *Bridging contexts. The interplay between family, child, and peers in explaining problem behavior in early adolescence.* Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.

Siegenthaler, E., Munder, T., & Egger, M. (2012). Effect of preventive interventions in mentally ill parents on the mental health of the offspring: Systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 51,* 8-17. doi:10.1016/j.jaac.2011.10.018

Silberg, J. L., Maes, H., & Eaves, L. J. (2012). Unraveling the effect of genes and environment in the transmission of parental antisocial behavior to children's conduct disturbance, depression and hyperactivity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 53,* 668-677. doi:10.1111/j.1469-7610.2011.02494.x

Sociaal Cultureel Planbureau (z.j.). *Statusscores.* Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau. Geraadpleegd via: https://www.scp.nl/Onderzoek/Lopend_onderzoek/A_Z_alle_lopende_onderzoeken/Statusscores

Sroufe, L. A. (2013). The promise of developmental psychopathology: Past and present. *Development and Psychopathology, 25,* 1215-1224. doi:10.1017/S0954579413000576

Stichting Vitras (2016). *Subsidie verantwoording 2015. Gemeente Nieuwegein.* Nieuwegein: Stichting Vitras.

Striegel-Moore, R. H., & Bulik, C. M. (2007). Risk factors for eating disorders. *American Psychologist, 62,* 181-198. doi:10.1037/0003-066X.62.3.181

Sytema, S., Gunther, N., Reelick, F., Drukker, M., Pijl, B., & Van 't Land, H. (2006). *Verkenningen in de Kinder- en Jeugdpsychiatrie. Een bijdrage uit de Psychiatrische Casusregisters Rijnmond, Zuid-Limburg, Noord-Nederland*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Velez, C. N., Johnson, J., & Cohen, P. (1989). A longitudinal analysis of selected risk factors for childhood psychopathology. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 28,* 861-864. doi:10.1097/00004583-198911000-00009

Verwey-Jonker Instituut (2017). *Databoek Kinderen in Tel 2016. Het leven en de ontwikkeling van kinderen tussen 2013 en 2015.* Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Zimmerman, M. A., Stoddard, S. A., Eisman, A. B., Caldwell, C. H., Aiyer, S. M., & Miller, A. (2013). Adolescent resilience: Promotive factors that inform prevention. *Child Development Perspectives, 7,* 215-220. doi:10.1111/cdep.12042

Bijlage 1: Achterliggende informatie

GGZ problematiek

Een psychische aandoening kenmerkt zich door een verstoring van functies zoals aandacht, geheugen, concentratie, probleemoplossend vermogen, denkvermogen, mentale snelheid, motivatie, discipline, impulscontrole, stressgevoeligheid, beloning, zelfperceptie, perceptie van de ander en realiteitszin. De verstoring van deze functies leidt tot beperkingen in de ontwikkeling. Binnen de Jeugd-GGZ zijn veel mogelijkheden voor hulp variërend van licht bijsturend tot ingrijpend, van ambulant tot klinisch en van kortdurend tot langdurig. Behandeling richt zich op genezing of, als dat niet mogelijk is, op optimale ontwikkeling en participatie (Geestelijke Gezondheidszorg [GGZ] Nederland, 2014).

Prevalentie

In Nederland hebben ongeveer 175.000 kinderen en jongeren een psychische aandoening die hen in min of meerdere mate beperkt in hun dagelijks functioneren (GGZ Nederland, 2014). In een onderzoek onder Nederlandse adolescenten gaf bijna 45% aan minstens één psychische stoornis te hebben gehad in hun leven, voor ongeveer de helft van deze groep was dit een lichte stoornis en voor de andere helft een zware stoornis. Ongeveer 25% van de groep voldeed aan de criteria voor een angststoornis. Stemmingsstoornissen, depressie en gedragsstoornissen werden allen door 15% van de jongeren benoemd als de stoornis die zij gehad hadden. Ruim vijf procent van de jongeren had minstens drie verschillende soorten stoornissen gehad in zijn of haar leven en ruim tien procent had minstens drie stoornissen gehad onafhankelijk van het soort stoornis (Ormel et al., 2015).

Ernst en continuïteit

Het risico op aanhoudende klachten of stoornissen en ernstige functionele beperkingen is groot bij mentale gezondheidsproblemen (Kim-Cohen et al., 2003). Er zijn veel longitudinale epidemiologische onderzoeken van mentale stoornissen bij kinderen en adolescenten die wijzen op homotypische en heterotypische (bijvoorbeeld gedragsstoornissen in de adolescentie en depressie als volwassene) continuïteit in stoornissen in de kindertijd, adolescentie en volwassenheid (Fonagy, 2013).

In het Nederlandse onderzoek had 31% van de adolescenten in de afgelopen twaalf maanden een stoornis gehad, deze stoornissen vormden 69% van de stoornissen die gedurende het gehele leven waren ervaren. Verder had 14% van de adolescenten in de afgelopen 30 dagen te maken met een stoornis, 47% van deze stoornissen waren dezelfde stoornissen als die de afgelopen 12 maanden waren ervaren. Dit duidt erop dat psychische stoornissen langdurig zijn. Daarnaast verhoogt een psychische stoornis het risico op een volgende stoornis aanzienlijk, dit geldt vooral voor gedragsstoornissen en verslaving in beide richtingen. Stemmings- en angststoornissen worden voorspeld door emotionele problemen en angstproblemen. Gedragsstoornissen worden voorspeld door opstandigheid, gedragsproblemen en emotionele problemen, terwijl angstproblemen het risico op gedragsstoornissen verminderen. Verslaving wordt voorspeld door gedragsproblemen, emotionele problemen en aandachtsproblemen (Ormel et al., 2015). Van kinderen met ADHD heeft op schoolleeftijd 75% minstens één andere diagnose (Barkley, 2006; Fonagy, 2013).

Uit een ander Nederlands onderzoek blijkt dat de helft van de kinderen in de GGZ in Maastricht drie of meer zorgepisoden heeft gehad. Een zorgepisode bestaat uit gemiddeld negen contacten in een periode van ongeveer vier maanden (Sytema et al., 2006). Dit duidt er dus op dat kinderen vaak terugkeren in de GGZ.

Wanneer er sprake is van comorbiditeit, is vaak ook sprake van een zware stoornis. Uit onderzoek blijkt dat 29% van de adolescenten die één stoornis gehad hadden, een zware stoornis had gehad. Bij de adolescenten die stoornissen van drie of meer verschillende soorten gehad hadden, was dit 96%. Gekeken naar de ernst van stoornissen, blijkt dat stemmings- en gedragsstoornissen vaker zwaar zijn dan angststoornissen. Van de stemmingsstoornissen was 49% zwaar, voor de angststoornissen was dit slechts 19%. Het verschilt ook per type angststoornis (Ormel et al., 2015).

Aanvang

Mentale gezondheidsproblemen en stoornissen komen vaak tot uiting in de adolescentie en jongvolwassenheid (Rickwood, Deane, Wilson, & Ciarrochi, 2005). De gemiddelde leeftijd

waarop psychische stoornissen ontstaan, verschilt echter per type stoornis. ADHD ontstaat het vroegst, meestal in de vroege kindertijd en nauwelijks na de leeftijd van zes jaar. Angst begint ook vroeg, meestal voor de leeftijd van acht jaar en nauwelijks boven de leeftijd van 14 jaar. Gedragsstoornissen beginnen rond de start van de basisschool en blijven ontstaan tot de leeftijd van 14 à 15 jaar. Scheidingsangst ontstaat tot de leeftijd van 17 jaar. Andere angststoornissen (gegeneraliseerde angst, obsessieve dwangstoornis, angststoornis) ontwikkelen zich gemiddeld later dan de gedragsstoornissen; deze komen bijna niet voor tot de vroege adolescentie. Stemmingsstoornissen komen nog minder vaak voor tot de vroege adolescentie. Drugs- en alcoholverslaving ontstaan het laatst, vanaf 14 jaar (Ormel et al., 2015). Soms verschilt ook de aanvang van problemen binnen een stoornis. In het geval van bijvoorbeeld ADHD blijkt uit onderzoek dat aandachtsproblemen toenemen terwijl hyperactiviteit afneemt met de leeftijd (Fonagy, 2013; Larsson, Dilshad, Lichtenstein, & Barker, 2011).

Risicofactoren voor psychische problemen

Psychische aandoeningen hebben zelden één oorzaak, vaak spelen behalve genetische en biologische factoren ook psychologische factoren en omgevingsfactoren een rol (GGZ Nederland, 2014). Erg veel verschillende risicofactoren kunnen leiden tot problemen waarvoor een jeugdige een beroep doet op de Jeugd-GGZ. Dit zijn factoren op verschillende niveaus en in verschillende contexten. Het gaat dus niet alleen om ontwikkelingsfactoren van het kind, maar ook ongunstige factoren in het gezin die van invloed zijn op het gebruik van de GGZ. Deze factoren hoeven geen risico of probleem te vormen, wel is bekend dat bij meerdere van deze risicofactoren het risico op problemen verhoogd wordt.

Kind

Alleen al op het niveau van het kind zijn veel risicofactoren voor psychische problemen en/of GGZ gebruik bekend (Fonagy, 2013; GGZ Nederland, 2014; Lewinsohn et al., 1994; Meijer & Schoemaker, 2008; Murray, Irving, Farrington, Colman, & Bloxsom, 2010; Ormel et al., 2015; Reinherz et al., 2000; Striegel-Moore & Bulik, 2007; Sytema et al., 2006). Deze worden hieronder schematisch weergegeven:

Persoonlijkheid • Moeilijk temperament: rusteloosheid, impulsiviteit en een laag concentratievermogen • Sterke inhibitie: erg teruggetrokken, angstig of verlegen zijn. • Externaliserend gedrag • Depressieve cognitieve stijl	**Persoonlijkheid (2)** • Lage eigenwaarde • Sterke emotionele afhankelijkheid van anderen • Zelfbewust zijn • Perfectionisme • Een geïnternaliseerd schoonheidsideaal van dun zijn • Hoge mate van sociale angst.	**Intelligentie** • Een beperkt verstandelijk vermogen • Laag IQ • Lage schoolprestaties *Kinderen met een verstandelijke handicap hebben drie tot vier keer zoveel kans op het ontwikkelen van een psychische aandoening als normaal begaafde kinderen.*
Ontwikkeling • Taalproblemen • Motorische problemen • Inadequate copingvaardigheden. *Kinderen die logopedie krijgen, hebben ongeveer 2,5 keer zoveel kans om GGZ problemen te ontwikkelen als kinderen die dat niet krijgen.*	**Gedrag** • Pesten of gepest worden • Ontevredenheid over lichaam • Roken • Diëten	**Kindkenmerken** • Een kleine geboortelengte • Verhoogd gewicht of obesitas (voor eetstoornis) *Meisjes hebben significant meer risico op het ontwikkelen van een depressie, eetstoornis, angststoornis en stemmingsstoornis en jongens op*

		gedragsstoornissen.

Gezin

Er bestaan ook omgevingsfactoren die ongunstig zijn 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 en een negatief zelfbeeld. Deze zaken kunnen een levenslange invloed hebben (GGZ Nederland, 2014). Naast opgroeien in onveiligheid door bijvoorbeeld verwaarlozing, mishandeling en geweld zijn er nog veel meer mogelijke risicofactoren voor mentale problemen gelegen in het gezin.

Andere belangrijke risicofactoren in het gezin die significant samenhangen met het gebruik van Jeugd-GGZ zijn een éénoudergezin, een lage sociaaleconomische status van het gezin, het hebben van ouders met een geestelijk gezondheidsprobleem en psychosociale stress in het gezin (Ormel et al., 2015; Sytema et al., 2006). De kwaliteit van vroege gehechtheidsrelaties hangt sterk samen met psychopathologie van kinderen (Fearon & Belsky, 2011) en volwassenen (Sroufe, 2013) en vormt de kwaliteit van volwassen relaties (Cassidy & Shaver, 2008; Fonagy, 2013).

Voor een depressie zijn, behalve de hierboven genoemde risicofactoren, de volgende risicofactoren significant: een alcohol- of drugsstoornis van broertjes of zusjes, afwijzing door ouders, conflicten tussen ouder en kind en weinig sociale steun van familie (Lewinsohn et al., 1994; Reinherz et al., 2000; Sentse, 2010). Angststoornissen hangen nog significant samen met zwangerschapsproblemen van moeder (Velez, Johnson, & Cohen, 1989). Gedragsproblemen hangen behalve met de al genoemde risicofactoren samen met slechte monitoring door ouders, een straffende en/of onvoorspelbare discipline, een kille houding van ouders, conflicten tussen ouders, eenzelvige ouders en een groot gezin (Fonagy, 2013; Murray et al., 2010). Een eetstoornis wordt significant voorspeld door een hoge sociale klasse (Striegel-Moore & Bulik, 2007), terwijl alle andere stoornissen samenhangen met een lage sociaaleconomische status.

Er is veel onderzoek gedaan naar het ontstaan van psychische problemen en de rol die problemen van ouders daarin spelen. De verhouding tussen de invloeden van erfelijkheid en omgeving is onduidelijk. Het lijkt te verschillen per stoornis wat de invloed van omgeving en genen is. Tweelingenonderzoek heeft bijvoorbeeld laten zien dat de invloed van psychopathologie van ouders op depressie van kinderen loopt via de omgeving. Dit geldt niet voor ADHD, waarbij de genetische invloed sterker is. Voor gedragsstoornissen lijkt een combinatie van beiden op te treden (Fonagy, 2013; Silberg, Maes, & Eaves, 2012). De invloed van een effectieve behandeling van psychologische stoornissen bij ouders op het welzijn van het kind bevestigt de directe causale invloed van psychopathologie van ouders (Fonagy, 2013; Siegenthaler, Munder, & Egger, 2012).

School en leeftijdsgenoten

Een school met veel delinquentie is een risicofactor voor gedragsproblemen (Fonagy, 2013; Murray et al., 2010). Een lage acceptatie door leeftijdsgenoten, weinig sociale steun van vrienden en conflicten of problemen met leeftijdsgenoten hangen significant samen met het krijgen van een depressie (Lewinsohn et al., 1994; Reinherz et al., 2000; Sentse, 2010). Het hebben van antisociale leeftijdsgenoten is een risicofactor voor gedragsproblemen (Fonagy, 2013; Murray et al., 2010).

Buurt

Niet alleen individuele en gezinskenmerken, maar ook buurtkenmerken kunnen bepalend zijn voor de (geestelijke) gezondheid. Enerzijds speelt de sociaaleconomische status van de buurt een rol, maar ook de aanwezigheid van sociaal kapitaal lijkt van belang. Sociaal kapitaal wil zeggen dat er sociale controle aanwezig is in de buurt en dat er een band en vertrouwen bestaat tussen buurtbewoners. Kinderen uit buurten met een lage sociaaleconomische status maken vaker gebruik van de GGZ. Sociale cohesie speelt onafhankelijk daarvan een rol. In buurten waar zowel sprake is van een lage SES als weinig onderling vertrouwen, is het risico op GGZ-gebruik het grootst. In buurten met een lage SES waar bewoners veel vertrouwen in elkaar hebben blijkt het risico op GGZ-gebruik echter niet hoger dan gemiddeld (Sytema et al., 2006). Buurten waar veel

criminaliteit speelt vormen een risicofactor voor gedragsproblemen (Fonagy, 2013; Murray et al., 2010).

Maatschappij

Soms bevinden risicofactoren zich ook op het niveau van de maatschappij. Zo wordt het krijgen van een eetstoornis significant voorspeld door sociale druk om dun te zijn vanuit media en omgeving, het bestaande schoonheidsideaal van extreem dun zijn bij vrouwen in de Westerse cultuur en de objectivering van het vrouwelijk lichaam waardoor vrouwen beschouwd worden als zijnde niet meer dan een lichaam (Striegel-Moore & Bulik, 2007).

Gebeurtenissen

Tot slot kunnen ook gebeurtenissen leiden tot psychische problemen. Een levensgebeurtenis zoals een conflict hangt bijvoorbeeld significant samen met aandachtsproblemen of een aandachtstoornis (Bot et al., 2013).

Beschermende factoren en preventie

Veerkracht is een belangrijke eigenschap die mensen minder beïnvloedbaar maakt voor omgevingsinvloeden. Hierdoor leiden risicofactoren dus ook minder snel tot problemen. Dit kan leiden tot een succesvolle aanpassing ondanks verstoringen die de ontwikkeling bedreigen (Cicchetti, 2013; Fonagy, 2013). De meest genoemde aspecten die samenhangen met veerkracht zijn (Sapienza & Masten, 2011):

1. Positieve relaties met verzorgende volwassenen (hechting);
2. Effectief opvoeden en verzorgen (hechting; gezin);
3. Intelligentie en probleemoplossende vaardigheden (leer- en denksystemen; zenuwstelsel);
4. Zelfregulerende vaardigheden (systemen van executieve functies);
5. Ervaren doeltreffendheid en controle (motivatie om eigen te maken; beloningssystemen);
6. Prestatiemotivatie (motivatie om eigen te maken; beloningssystemen);
7. Positieve vrienden of partner (hechting; relaties met leeftijdsgenoten en familie);
8. Vertrouwen, hoop en spiritualiteit (religie; culturele systemen);
9. Overtuiging dat het leven betekenis heeft (religie; culturele systemen);
10. Effectieve leerkrachten en scholen (onderwijssysteem).

Een raciale en etnische identiteit is ook een belangrijke beschermende factor (Zimmerman et al., 2013). Specifiek voor verslaving, blijkt een positieve relatie met ouders (zich geaccepteerd voelen en monitoring door ouders) te leiden tot minder alcoholgebruik in de toekomst (Nash, McQueen, & Bray, 2005).

Preventie

Er is veel bekend over de ontwikkeling van psychische stoornissen, dit is benut om tot inzichten te komen over wat het best werkt in het voorkomen of behandelen van psychische problemen. Het lijkt erop dat het gezin de beste behandelcontext is. Verder lijken intergenerationele interventies belangrijk, wat inhoudt dat (preventieve) interventies zich zowel op kinderen als op de ouders richten. Tot slot is het economische belang van vroeg ingrijpen veelvuldig aangetoond en inmiddels algemeen aanvaard. De toekomst ligt in écht geïntegreerde programma's die bouwen op de nieuwe inzichten in de wetenschap, zowel biologisch als psychosociaal. De problemen van de ouders moeten tegelijkertijd met de problemen van het kind aangepakt worden om ervoor te zorgen dat zij uit de vicieuze cirkel van problematiek te komen. Anders zal dit ertoe leiden dat het verleden zich herhaald en dit in de toekomstige generaties ook in stand blijft (Fonagy, 2013).

Transformatie jeugdhulp

Zowel het gebruik van eerstelijns psychologische zorg als tweedelijns psychotherapeutische en psychiatrische behandeling in Nederland nam de afgelopen twintig jaar fors toe. Een aantal mogelijke (maatschappelijke) oorzaken die hiervoor worden aangedragen (Bakker, De Wilde, & Kooijman, 2015), zijn:

1. Het zou kunnen dat ouders en professionals problemen sneller onderkennen en dat daardoor eerder en meer getoetst en gemeten wordt op het consultatiebureau en op scholen. Wat hiermee samenhangt is dat ouders zich mogelijk meer zorgen maken door

onder andere de enorme hoeveelheid informatie die te vinden is over de ontwikkeling van kinderen. Symptomen van ADHD of PDD-NOS zijn gemakkelijk te vinden op het internet en dat leidt tot vragen en onzekerheid. Daarnaast stelt de samenleving hoge eisen aan ouders en kinderen. De bandbreedte van wat als 'normaal' wordt beschouwd lijkt volgens de Gezondheidsraad versmald. Afwijkingen van het gemiddelde lijken steeds minder te worden getolereerd. Verder is de bespreekbaarheid en bekendheid van psychische problemen en begrippen toegenomen. Hierdoor bestaat minder taboe om emotionele problemen te uiten, letten hulpverleners en professionals er meer op (Schoemaker, Ten Have, Sytema, & Verhaak, 2007) en gaan ouders mogelijk eerder naar een arts bij vragen of problemen.

2. Vaak wordt gesteld dat het aantal jongeren met psychosociale problemen niet echt gestegen is in de afgelopen twintig tot dertig jaar (o.a. Schrijvers & Schoemaker, 2008). Echter, hier zijn geen duidelijke cijfers over. Wat wel duidelijk is, is dat het aantal diagnoses in de afgelopen twintig jaar hard is gestegen. Dit lijkt vreemd, hoewel er niet echt meer problemen zouden zijn, krijgen kinderen en jongeren wel vaker een diagnose. Er wordt wel gesteld dat dit komt door het 'systeem'. Een kind krijgt pas een behandeling wanneer er een diagnose gesteld wordt en daarom willen ouders graag een diagnose. Dit is nu echter niet meer het geval, dus mogelijk neemt het aantal diagnoses ook weer af.
3. Het aantal echtscheidingen neemt toe, dit is een mogelijke risicofactor voor emotionele en gedragsproblemen en kan daarom geleid hebben tot een groei van het aantal kinderen met emotionele problemen en gedragsproblemen (Sytema et al., 2006).

Beoogde verandering transitie en transformatie

Met de transitie van de Jeugdhulp is het jeugdstelsel vernieuwd. In de situatie die hieraan voorafging werden verschillende problemen gezien. Het accent zou teveel op jeugdigen met problemen liggen en de aandacht voor het gewone opgroeien en opvoeden zou verhoudingsgewijs gering zijn. Er was daardoor veel geld en aandacht beschikbaar voor de gespecialiseerde jeugdzorg en weinig voor de kwaliteit van de algemene jeugdvoorzieningen, preventie en de lichtere jeugdhulp (Bakker et al., 2015). Er bestond een omvangrijk systeem van professionele hulp voor wanneer het niet zo goed ging met opgroeien en opvoeden en er werden veel kinderen doorverwezen naar gespecialiseerde jeugdhulp (Hermanns, 2013). Een ander probleem was dat er veel voorzieningen, verschillende wettelijke kaders en overheidslagen verantwoordelijk waren, waardoor weinig transparantie bestond en het doorvoeren van noodzakelijke vernieuwingen moeizaam verliep. Het zorggebruik was hard gestegen en de vraag naar gespecialiseerde hulp groeide elk jaar met zo'n 10 procent. Uit epidemiologisch onderzoek kwam daarvoor geen verklaring. Wel was de signalering van problematiek verbeterd. Deze stijging leek daarnaast het gevolg van een gebrek aan preventie en eerstelijnshulp, de versnippering en het opschalen in de sector. Dit was aanleiding voor de transitie en transformatie. Besloten werd in de transitie de bestuurlijke en financiële verantwoordelijkheid onder te brengen bij één overheid, de gemeente. Hierdoor zou een meer samenhangend beleid gevoerd kunnen worden. De bijbehorende transformatie was bedoeld om ook inhoudelijk het jeugdstelsel te veranderen door sterker in te zetten op preventie en lichte ondersteuning waar mogelijk. Een andere gedachte achter de transitie was dat problemen eerder aan het licht kunnen komen door de verantwoordelijkheid bij de gemeente te leggen. Hierdoor kan vaker verergering worden voorkomen en volstaan worden met lichtere hulp. Tot slot kregen professionals meer ruimte om naar eigen inzicht, kennis en kunde te werken en zou er meer samengewerkt worden met ouders (Bakker et al., 2015). Bij de gestelde transformatiedoelen gaat het onder andere om (GGZ Nederland, 2014):

- 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 wettelijk recht op zorg is vervangen door een jeugdhulpplicht voor gemeenten. Daar waar een jeugdige of zijn ouders het nodig hebben bij problemen met het opgroeien, de zelfredzaamheid of maatschappelijke participatie, treft de gemeente een voorziening op het gebied van jeugdhulp. Uitgangspunt blijft echter de eigen kracht van de jeugdige en zijn ouders. Alleen als ouders en jeugdige er op eigen kracht niet uitkomen, moet de gemeente een voorziening treffen en beslissen welke voorziening de jeugdige nodig heeft (Rijksoverheid, 2013). Het uitgangspunt van de Jeugdwet is dat kinderen zo snel mogelijk de juiste zorg krijgen. Het is de vraag of de transformatiedoelen ook allemaal toepasbaar zijn op de GGZ. Nulde en eerstelijnshulp kan soms risicovol zijn voor kinderen met een psychische kwetsbaarheid of aandoening, wanneer hun problemen daar niet voldoende herkend of onderkend worden (Bakker et al., 2015; GGZ Nederland, 2014).

Huidige ontwikkelingen

Inmiddels zijn de transitie en transformatie bijna drie jaar geleden in gang gezet en zijn er verschillende ontwikkelingen gaande. Vorig jaar is een nieuwe beweging in gang gezet die uitgaat van positieve gezondheid onder de naam Nieuwe GGZ. Gesteld wordt dat we te beschermend zijn in Nederland en dat niet altijd ingegrepen hoeft te worden. We kunnen vaker accepteren dat iemand anders is, maar dit durven we nog niet. Om dit te veranderen worden proeftuinen opgezet, er worden praktijken gevormd waarin vertrouwen kan ontstaan in een nieuwe werkwijze. Er zijn in Nederland voldoende middelen en mogelijkheden om mensen in 'nood' te kunnen helpen, maar op dit moment lukt dit niet omdat het mogelijk ook benut wordt voor mensen die nog niet of niet meer in nood zijn. Om dit te veranderen zal de hulpverlening flexibeler en creatiever ingericht moeten worden. Ook kan er meer gedacht worden in praktische oplossingen in plaats van problemen en zou de afhankelijkheid van indicering door derden kleiner moeten worden, instellingen moeten vaker zelf beslissingen kunnen nemen. Tot slot moeten vaardigheden ontwikkeld worden bij de jeugdige en zijn of haar familie, zodat de familie ook een bijdrage kan leveren aan de zorg.

Eind 2016 kwam GGZ Nederland met een manifest. Hierin beschrijven zij een agenda om de psychische gezondheid van jeugdigen gericht te bevorderen en de jeugdhulp te versterken. Twee speerpunten hieruit zijn (GGZ Nederland, 2016):

1. **Inzet van succesvolle interventies en behandelingen.** Blijven investeren in de mogelijkheden om kinderen en jongeren ambulant, poliklinisch of in deeltijd te behandelen. Deze mogelijkheden zijn de afgelopen jaren al sterk toegenomen. Opname en behandeling is daardoor minder vaak of korter noodzakelijk. Voordelen hiervan zijn dat zij in hun eigen omgeving oplossingen vinden voor hun psychische problemen en op school kunnen blijven. De Jeugd-GGZ heeft een breed scala aan bewezen effectieve interventies die herhaalbaar en overdraagbaar zijn. Zij maken deze kennis toepasbaar voor jeugdhulppartners waar bezorgde ouders aankloppen, zodat meer kinderen geholpen kunnen worden. Zij ondersteunen medewerkers van consultatiebureaus, centra voor jeugd en gezin, jeugdteams, huisartsen, et cetera door middel van consultatie. Zij investeren in het versterken van deze rol, zodat meer netwerkpartners psychische aandoeningen en verslavingsproblematiek bij jeugdigen tijdig leren herkennen en weten wat ze kunnen doen. Ondanks het toenemend aantal ambulante behandelingen blijven opnames nodig, bijvoorbeeld voor jongeren die ernstig in de war of suïcidaal zijn. Zij zijn aangewezen op veelal kortdurende klinische (crisis)opnamen. Effectieve jeugd-ggz is hulp die snel(ler) kan worden op- en afgeschaald en waarbij goed wordt samengewerkt in de keten van jeugdhulp en gezondheidszorg. De jeugd-ggz zet in op gezamenlijke innovatie om kinderen en gezinnen meer integraal te kunnen behandelen en begeleiden.
2. **Focus op risicogroepen.** Ingezet wordt op een betere uitvoering van de kindcheck, standaard aandacht voor kinderen van ouders met psychische problemen en zorgen dat zij gebruik kunnen maken van bewezen effectieve interventies. Dit zorgt voor een kleinere kans dat zij op latere leeftijd zelf psychische klachten ontwikkelen. Maar ook focus op jongeren vanaf 15 jaar, zij zien vaak af van hulp of behandeling door de ontwikkelingsfase waarin zij zitten, ze willen niet afwijkend zijn. Echter is dit juist de leeftijd waarop psychische problemen zich vaak voor het eerst openbaren. Dus is het belangrijk om te

investeren in laagdrempelige en toegankelijke voorzieningen. Verder wenst de GGZ speciale aandacht voor allochtone jeugdigen, kinderen van vluchtelingen en preventie van radicalisering. Men wil de GGZ-kennis daarover delen.

Bijlage 2: Methode van onderzoek

Procedure

Dit onderzoek is een mixed-method onderzoek naar de inzet van Jeugd-GGZ in de gemeente Nieuwegein. Het is een verklarende studie waarbij aan de hand van data-onderzoek en interviews getracht wordt de hoge inzet van Jeugd-GGZ te verklaren en te bepalen of het mogelijk is om deze verder te beïnvloeden.

Respondenten

De doelgroep van dit onderzoek bestond uit professionals binnen de keten van het signaleren van psychische problemen, het doorverwijzen naar de juiste hulp en het uitvoeren en (her)indiceren van de behandeling binnen de Jeugd-GGZ. In totaal hebben 29 gesprekken plaatsgevonden, als volgt verdeeld over de verschillende partijen:

Binnen Nieuwegein	
Kinderopvang	2 kinderdagverblijven
Onderwijs	1 basisschool (intern begeleider en leerkracht) 1 school voor speciaal basisonderwijs 1 collegiaal consultant passend onderwijs 2 middelbare scholen
Jeugdgezondheidszorg	1 jeugdarts
Huisartsen	1 huisarts 1 POH Jeugd-GGZ
Geynwijs	1 Sociaal professional wijkteam 1 Sociaal professional Intensieve Casussen 1 Geynwijs op School (2 professionals)
Jeugd-GGZ	2 basispsychologen
Regionaal	
Onderwijs	1 directeur samenwerkingsverband PO 1 directeur samenwerkingsverband VO 1 school voor voortgezet speciaal onderwijs
Dag- en naschoolse begeleiding	1 centrum voor dag- en naschoolse begeleiding
Jeugd-GGZ	9 jeugd-GGZ aanbieders (basis en specialistisch)

Aanvullend hebben nog 3 interviews binnen de gemeente plaatsgevonden, met een beleidsadviseur jeugd, de programmamanager Brede Toegang (waaronder Geynwijs) en de accounthouder van de regionale backoffice Lekstroom.

Meetinstrumenten

Dit onderzoek bestaat uit drie onderdelen, namelijk een statistiekenonderzoek, een gegevensonderzoek naar de jeugdigen in de Jeugd-GGZ en interviews.

Statistiekenonderzoek

Door verschillende statuten worden gegevens verzameld die op gemeenteniveau bekend worden gemaakt. Deze gegevens zijn verzameld en hieruit is informatie gehaald over de aanwezigheid van risicofactoren voor psychische problemen in de gemeente Nieuwegein. Deze is vervolgens vergeleken met cijfers van gemeenten uit de regio en landelijke cijfers. Ook is gekeken naar cijfers met betrekking tot jeugdhulp en ggz gebruik door jeugdigen en volwassenen. De rapportages die hiervoor gebruikt zijn, zijn Kinderen in Tel, waarstaatjegemeente.nl en gegevens van de GGD Regio Utrecht.

Gegevensonderzoek

Voor het gegevensonderzoek zijn anonieme gegevens opgevraagd bij GGZ aanbieders. Getracht is hierbij zoveel mogelijk gegevens te verkrijgen op cliëntniveau. Drie van de elf GGZ instellingen

hebben meegewerkt aan dit deel van het onderzoek zodat gegevens van 290 cliënten verkregen zijn.

Interviews
Er zijn 29 semigestructureerde interviews afgenomen waarin werd gesproken over de jeugdigen binnen de Jeugd-GGZ, de samenwerking met andere partijen, de samenwerking met ouders, het proces van signaleren en doorverwijzen en de (her)indicering. Steeds werd gevraagd naar hoe dit verliep, wat goed ging en waar mogelijkheden voor verbetering lagen. Zo ontstond een compleet beeld vanuit verschillende partijen. De leidraad van de interviews is opgenomen in Bijlage 5. De interviews duurden gemiddeld 57,2 minuten met een maximale duur van 66 minuten en een minimale duur van 34 minuten.

Bijlage 3: Resultaten analyse cliëntgegevens

Voor het cliëntonderzoek zijn anonieme gegevens van 290 cliënten uit Nieuwegein van drie organisaties binnen de Jeugd-GGZ verkregen. Doordat niet van elke organisatie dezelfde gegevens zijn verkregen en de organisaties verschillen van aard, zijn enkel beschrijvende statistieken verzameld en zijn een aantal eenvoudige vergelijkingen gedaan. Een belangrijke kanttekening vooraf is dat deze cijfers een indicatie geven, maar kunnen afwijken van de werkelijkheid doordat het om een beperkt aantal cliënten en vooral ook een beperkt aantal organisaties gaat. Zij hebben mogelijk een specifieke doelgroep in behandeling.

Algemene kenmerken

Leeftijd

De gemiddelde leeftijd van de cliënten lag net onder de 12 jaar en varieerde van 4 tot 20 jaar. De meest voorkomende leeftijd was die van 16 jaar, meer dan 11% van de cliënten had deze leeftijd. Ruim 5% van de cliënten (15 jeugdigen) was 18 jaar of ouder, maar werd dus nog wel binnen de Jeugd-GGZ behandeld. De leeftijd van iets meer dan 6% van de cliënten is onbekend.

Geslacht en gezinssituatie

Over het geslacht en gezinssituatie is weinig te zeggen, aangezien dit beiden voor (bijna) 89% van de cliënten niet bekend is. Voor 32 cliënten was het geslacht wel bekend. Deze groep bestond uit 28 mannelijke cliënten en vier vrouwelijke cliënten. Voor 34 cliënten was de gezinssituatie bekend. De ouders van zes cliënten waren gescheiden, drie cliënten werden door één ouder opgevoed en de overige 25 cliënten woonden samen met hun beide ouders.

Problematiek en behandeling

Problematiek

Van ruim 91% van de cliënten is doorgegeven voor welke diagnose of hulpvraag zij behandeld werden indien dit bekend was. Hieronder wordt dit weergegeven van de problematiek die het meest voorkwam tot de problematiek die het minst voorkwam met daarachter tussen haakjes het aantal cliënten dat hiervoor in behandeling was.

1. Aandachtstekort- en gedragsstoornissen (91)
2. Overige stoornissen kindertijd (89)
3. Angststoornissen (43)
4. Depressieve stoornissen (15)
5. Medicatie (10)
6. Pervasieve stoornissen (bijvoorbeeld autisme) (7)
7. Somatoforme stoornissen (6)
8. Restgroep diagnoses (2)
9. Gezinsbegeleiding (1)

   Angst en stemmingsstoornis (1)

Dit betekent dat meer dan 30% in behandeling was voor een aandachtstekort- of gedragsstoornis en dat voor eveneens meer dan 30% de stoornis niet verder gedefinieerd kon worden. Dit is een grote groep, het is niet bekend welke stoornissen onder deze groep kunnen vallen.

Type behandeling

Van deze groep cliënten is bekend dat ruim 86% behandeld werd in de Basis-GGZ, ruim 12% in de specialistische GGZ en ruim 1% ontving op dat moment alleen diagnostiek.
Een belangrijke kanttekening bij de behandelduur is dat cliënten vaak nog in behandeling waren op het moment dat de gegevens gedeeld werden. Voor deze cliënten is de behandelduur tot dat moment geteld, de werkelijke behandelduur zal dus soms hoger liggen. Dit aspect is dan ook vooral interessant in vergelijking tot de gemeente Houten (zie onderaan deze bijlage). De gemiddelde behandelduur voor de cliënten uit Nieuwegein was 7,5 maanden en varieerde van 0 tot 54 maanden. Deze gegevens hebben betrekking op 79% van de cliënten, van de overige cliënten is de behandelduur onbekend. De meest voorkomende behandelduur was 6 maanden, dit

gold voor 23 cliënten. Ook 12 maanden kwam vaak voor en hierna kwam één maand het vaakst voor, dit was het geval voor 18 cliënten.

Verwijzer
Veruit de meeste cliënten werden naar de Jeugd-GGZ verwezen door de huisarts, dit was het geval voor 246 van de 290 cliënten terwijl de verwijzer voor 19 van de cliënten niet is doorgegeven. Dit betekent dat slechts van 21 cliënten een andere verwijzer dan de huisarts is doorgegeven, hiervan werden er 15 door de gemeente verwezen, drie door de jeugdarts, twee door een GGZ instelling en één door een kinderarts.

Stopreden
Eén organisatie heeft de reden van het afsluiten van de behandeling doorgegeven, dit was een organisatie voor basis-GGZ met 195 cliënten (67,2%). Hier worden de stopredenen weergegeven op volgorde van de stopreden die het vaakst voorkwam tot de stopreden die het minst vaak voorkwam met daarachter het aantal cliënten waarvoor dit de stopreden was.

1. Behandeltraject afgerond (156)
2. Traject voortijdig beëindigd door patiënt of behandelaar (9)
   Patiëntprofiel is te zwaar voor de basis-GGZ (9)
3. Overig (8)
4. Vermoeden van DSM stoornis niet bevestigd (6)
5. Overgang naar andere bekostiging (4)
6. Na 365 dagen (3)

Opvallend is dat voor het overgrote gedeelte de reden was dat het behandeltraject was afgerond, dat is positief.

Vergelijkingen
Met bovenstaande gegevens zijn een aantal vergelijkingen gemaakt om de cijfers iets meer te duiden. Zo is gekeken naar de verdeling van de stoornissen in de basis-GGZ en specialistische GGZ en naar de behandelduur per stoornis. Ook is gekeken op welke leeftijden welke stoornissen voorkomen. Tot slot is de situatie in Nieuwegein vergeleken met die in Houten.

Stoornis x Type behandeling
Deze vergelijking kon voor 255 cliënten gemaakt worden, voor 25 cliënten ontbrak informatie over de problematiek. In onderstaande tabel wordt voor de basis-GGZ en specialistische GGZ van boven naar beneden weergegeven welke stoornissen of hulpvragen daarbinnen het meest behandeld werden met daaronder het aantal cliënten dat hiervoor behandeld werd.

Basis-GGZ (220)	**Specialistische GGZ (35)**
Overige stoornissen kindertijd (79)	Aandachtstekort- en gedragsstoornissen (19)
Aandachtstekort- en gedragsstoornissen (72)	Overige stoornissen kindertijd (10)
Angststoornissen (42)	Depressieve stoornissen (2)
Depressieve stoornissen (13)	Pervasieve stoornis (1) Angststoornis (1) Gezinsbegeleiding (1) Angst- en stemmingsstoornis (1)
Medicatie (10)	
Somatoforme stoornissen (6) Pervasieve stoornissen (bijv. autisme) (6)	
Restgroep diagnoses (2)	

Opvallend is dat medicatie en somatoforme stoornissen alleen in de basis-GGZ behandeld worden. Ook valt op dat gezinsbegeleiding alleen in de specialistische GGZ voorkomt. Verder lijken er geen grote verschillen te bestaan in de verdeling, maar de groep binnen de specialistische GGZ is erg klein om hier conclusies aan te verbinden.

Stoornis x Behandelduur
Voor 219 cliënten kon de gemiddelde behandelduur van de verschillende typen stoornissen en hulpvragen in kaart gebracht worden. Hieronder wordt deze weergegeven van de stoornis die gemiddeld de langste behandelduur heeft tot die met de gemiddeld kortste behandelduur. De behandelduur is afgerond naar hele maanden. Direct achter de stoornis wordt tussen haakjes het aantal cliënten, dat hierin meegeteld is, weergegeven. Belangrijk hierbij is dat het soms om een hele kleine groep gaat waardoor de behandelduur incidenteel kan zijn.

1. Angst- en stemmingsstoornis (1) 12 maanden
2. Aandachtstekort- en gedragsstoornissen (75) 10 maanden
3. Pervasieve stoornissen (5) 10 maanden
4. Overige stoornissen kindertijd (82) 7 maanden
5. Depressieve stoornissen (10) 6 maanden
6. Angststoornissen (37) 6 maanden
7. Somatoforme stoornissen (6) 6 maanden
8. Restgroep diagnoses (2) 5 maanden
9. Gezinsbegeleiding (1) 1 maand

Over de cliënt met angst- en stemmingsstoornis is weinig te zeggen, aangezien er geen achtergrondinformatie bekend is. De lange behandelduur zou verklaard kunnen worden doordat er sprake is van twee stoornissen. Hoewel de verschillen verder niet heel groot zijn, valt op dat aandachtstekort- en gedragsstoornissn en pervasieve stoornissen gemiddeld de langste behandelduur hebben.

Stoornis x leeftijd
Zoals ook te lezen in de achtergrondinformatie in Bijlage 1 verschillen stoornissen in de leeftijd waarop deze doorgaans ontstaan. Om te kijken hoe dat voor de groep cliënten in dit onderzoek is, is per stoornis of hulpvraag gekeken naar de leeftijden van de cliënten. Hieronder staan de stoornissen met gemiddelde leeftijd weergegeven van de laagste gemiddelde leeftijd tot de hoogste gemiddelde leeftijd met daarbij de range van leeftijden die voorkomt binnen de stoornis. Ook wordt weer direct na de stoornis tussen haakjes aangegeven hoeveel cliënten zijn meegeteld. In totaal kon deze vergelijking voor bijna 87% (252) van de cliënten uitgevoerd worden.

1. Gezinsbegeleiding (1) 9
   Angst- en stemmingsstoornis (1) 9
2. Restgroep diagnoses (2) 10 (4-16)
3. Overige stoornissen kindertijd (89) 11 (4-20)
4. Pervasieve stoornissen (7) 11,1 (7-16)
5. Aandachtstekort- en gedragsstoornissen (89) 11,8 (5-19)
6. Somatoforme stoornissen (6) 12,8 (8-17)
7. Angststoornissen (43) 13,7 (5-18)
8. Depressieve stoornissen (14) 15,7 (11-18)

Wat opvalt is dat de niet verder gedefinieerde groepen stoornissen de laagste gemiddelde leeftijd hebben. Dit kan te maken hebben met het feit dat de diagnose bij jonge kinderen soms nog onduidelijk of moeilijk te onderzoeken is. Hierin is wel een brede leeftijdsrange zichtbaar. Met name bij depressieve stoornissen zie je dat deze pas laat ontstaan in deze groep cliënten. Dit komt overeen met de literatuur. Aandachtstekort- en gedragsstoornissen en angststoornissen hebben een grote leeftijdsrange, maar dit zijn ook grote groepen cliënten.

Houten x Nieuwegein
In vergelijking tot Houten vallen een aantal verschillen op:

- De gemiddelde leeftijd van de cliënten is in Nieuwegein ruim een jaar lager dan in Houten
- De gemiddelde behandelduur is in Nieuwegein ruim twee maanden langer dan in Houten
- In Nieuwegein gaat een groter aandeel van de verwijzingen via de gemeente.
- De stopreden voor zover bekend is in Nieuwegein bij een nog veel groter aandeel dan in Houten dat het behandeltraject is afgerond. In Houten is dus een groter aandeel alternatieve redenen zoals dat het traject voortijdig is beëindigd door cliënt of behandelaar of het patiëntprofiel te zwaar is voor de basis-GGZ.

Buiten deze verschillen zijn er ook veel overeenkomsten. Met name de verdeling van de stoornissen en hulpvragen over het totaal is opvallend gelijk. Wat verder opvalt is dat sommige hulpvragen of stoornissen in Nieuwegein niet voorkomen die wel in Houten voorkomen en andersom. Vaak gaat dit om één of twee cliënten en is het waarschijnlijk dus incidenteel. Echter, in Houten waren vijf cliënten met een eetstoornis en vier cliënten zonder diagnose in behandeling. Dit kwam in Nieuwegein binnen de groep die meegenomen werd niet voor. Wat betreft eetstoornissen kan dit samenhangen met het feit dat de sociaaleconomische status in Houten gemiddeld hoger ligt dan die in Nieuwegein. Uit de literatuur kwam namelijk naar voren dat dit een risicofactor voor eetstoornissen is (zie Bijlage 1).

Bijlage 4: Resultaten statistiekenonderzoek

Nieuwegein scoort in vergelijking met de regio Utrecht en de regio Lekstroom, maar ook landelijk op een aantal problemen en risicofactoren hoger dan gemiddeld. Echter valt Nieuwegein niet sterk op in vergelijking tot gemeenten die vergelijkbaar zijn in stedelijkheid en inwonersaantal. Alleen wat betreft jeugdcriminaliteit scoort Nieuwegein op al deze vergelijkingsschalen het hoogst. Hoewel dit niet als risicofactor voor GGZ problematiek uit de literatuur naar voren komt (zie Bijlage 1), kan dit hier wel mee samenhangen. Bovendien zijn een moeilijk temperament, een school met veel delinquentie en antisociale vrienden wel risicofactoren. Verder zijn er relatief veel éénoudergezinnen in Nieuwegein in vergelijking tot de regio en het landelijk gemiddelde, in vergelijking tot gemeenten met een vergelijkbare stedelijkheid of inwonersaantal valt dit niet erg op. In 2015 groeide ruim 16% van de 0-17 jarigen in Nieuwegein op in een éénoudergezin, landelijk was dit ruim 15% en in de regio Utrecht bijna 13% (Kwaliteitsinstituut Nederlandse Gemeenten, z.j.).

In vergelijking tot de regio Utrecht is overgewicht een groot probleem in Nieuwegein. Verder is bekend dat Nieuwegein het op één na hoogste percentage peuters met een spraaktaalachterstand heeft, dat jongeren iets meer roken dan gemiddeld in de regio, dat vooral ouders van jonge kinderen opvallend veel roken en dat het percentage ouders met een geestelijk gezondheidsprobleem voor zover bekend relatief hoog is in vergelijking tot de regio Lekstroom. Deze cijfers konden niet vergeleken op grotere schaal vergeleken worden (Stichting Vitras, 2016; GGD Regio Utrecht, 2016).

Het percentage kinderen en jongeren met een verhoogde kans op psychosociale problemen gesignaleerd door de JGZ ligt in de verschillende leeftijdsfasen steeds net wat hoger dan gemiddeld in de regio Lekstroom. Dit was dan ook regelmatig reden voor een extra contactmoment bij de GGD. Wat echter opvalt in deze rapportage is dat zij rapporteren dat in 98% van de gevallen de activiteiten van de jeugdgezondheidszorg op dit gebied toereikend zijn en dus geen verwijzing nodig is. Dit is veruit het hoogste percentage in de regio Lekstroom (GGD Regio Utrecht, 2016). Dit is enerzijds positief, omdat zij dus kennelijk veel problemen op kunnen lossen en mogelijk normaliseren. Echter kan het ook een signaal zijn van het te laat signaleren en doorverwijzen wat in dit rapport als een mogelijke oorzaak van de hoge inzet van Jeugd-GGZ gezien wordt.

Sociaaleconomische status

De sociaaleconomische status is het cijfer dat de positie van mensen op de maatschappelijke ladder aangeeft. De sociale status van een wijk wordt afgeleid door kenmerken van de inwoners zoals hun opleiding, inkomen en positie op de arbeidsmarkt (Sociaal Cultureel Planbureau [SCP], z.j.). In 2014 was het cijfer voor sociaaleconomische status in Nieuwegein gemiddeld 0,68. Dit was laag in vergelijking tot de regio Utrecht, 5 van de 24 overige gemeenten scoorden lager. Het gemiddelde voor de hele regio was 0,89 en van de regio Lekstroom 0,87. De cijfers in de regio liepen uiteen van -0,12 (Veenendaal) tot 1,51 (Bunnik). Binnen Nieuwegein waren grote verschillen tussen wijken te zien. Het postcodegebied met de wijken centrum en Jutphaas-Wijkersloot scoorden het slechtst met een score van -0,21 en het gebied met de wijken Zuilenstein, Huis de Geer, Blokhoeve en Galecop het hoogst met een score van 1,05 (GGD Regio Utrecht, z.j.).

Het cijfer voor sociaaleconomische status kon niet vergeleken worden met het landelijk gemiddelde. Wel is gekeken naar het gemiddeld gestandaardiseerd inkomen (2014), het percentage huishoudens met een laag inkomen (2014; Centraal Bureau voor de Statistiek, 2016a), het aantal sociale regelingen per huishouden (2013; CBS, 2016b)), het percentage kinderen in armoede (2015; Verwey-Jonker Instituut, 2017), het percentage personen met een afgeronde HBO- of WO-opleiding dus hoogopgeleide bevolking (2015) en het percentage personen met basisonderwijs, v(m)bo, mavo of mbo-1 als hoogst genoten opleiding dus laagopgeleide bevolking. Op al deze gebieden scoorde Nieuwegein net iets beter of gelijk aan het landelijk gemiddelde (CBS, 2016a). Mogelijk komt dus ook de sociaaleconomische status voor Nieuwegein overeen met het landelijk gemiddelde.

Bijlage 5: Leidraad interviews

Introductie

- Vervulling rol en verantwoordelijkheid met betrekking tot Jeugd-GGZ
- Reden hoge inzet Jeugd-GGZ Nieuwegein
- Wat is nodig om de inzet van Jeugd-GGZ waar mogelijk te verlagen

Signalering

- Preventie en voorspellers van problemen
- Gezinssituatie in beeld/wat valt op?
- Rol verschillende partijen
- Casus
- Werkwijze/overwegingen
- Voldoende toegerust
- Sterke punten/verbeterpunten

Doorverwijzing - indicering

- Rol verschillende partijen
- Handelswijze/afwegingen
- Samenwerking/betrokkenheid
- Transformatie
- Aanbod
- Sterke punten/verbeterpunten
- Casus

Afronding

- Samenwerking met ouders
- Ideale samenwerking met andere partijen