

Jeugd-ggz: Investeren in de toekomst!

Ambities voor 2011 - 2014





Inhoud

Inleiding	5
Beleidsagenda jeugd-ggz 2011-2014	6
1 Visie op ggz voor jeugdigen en gezinnen	8
1.1 Jeugd-ggz is investeren in de toekomst	8
1.2 Effectiever werken volgens richtlijnen	9
1.3 Flexibele inzet professionals	10
1.4 Jeugd-ggz is teamspeler	11
1.5 Jeugd-ggz is specialisme	12
1.6 Jeugd-ggz is gezondheidszorg	12
2 Kerntaken van de jeugd-ggz	14
2.1 Inleiding	14
2.2 Doelgroep van de jeugd-ggz	14
2.3 Aard en ernst van de problematiek	15
2.4 Zorgvraag	16
2.5 Deskundigheid professionals	17
2.6 Jeugd-ggz in de eerste lijn	17
2.7 Jeugd-ggz in de tweede lijn	18
2.8 Jeugd-ggz voor specifieke doelgroepen	19
2.9 Financiering van de jeugd-ggz	21
2.10 Stelsel jeugdzorg	23
Bijlage: Jeugd-ggz in cijfers	24
A Prevalentie van psychische aandoeningen onder jeugdigen	25
B Afname groei zorggebruik	26
C Aard van de problematiek	29
D Afname zorgkosten per cliënt	31
E Afname wachttijden en aantal wachtenden	33
F Omvang geïndiceerde jeugdzorg	34
Eindnoten	35





Inleiding

De afgelopen jaren is binnen de jeugd-ggz veel werk verzet waar met trots op kan worden terug gekeken. De jeugd-ggz heeft meer en sneller zorg geboden tegen geringere kosten. In 2009 werden 270.000 kinderen, jeugdigen en ouders behandeld; circa 15% meer dan in 2007. De wachttijd nam af met 10% en de kosten van zorg per kind dalen jaarlijks met 1 à 2%. De jeugd-ggz is professioneler, zichtbaarder en flexibeler geworden.

Geen reden om achterover te leunen, integendeel, er liggen nog tal van uitdagingen. In een tijd van bezuinigingen zullen we aantonen wat de jeugd-ggz waard is voor de samenleving en hoe er in de sector nog efficiënter gewerkt zal worden.

Op dit moment voorziet de jeugd-ggz tweederde van de kinderen en jeugdigen die geestelijke gezondheidszorg behoeven van zorg. Nog niet alle jeugdigen en hun ouders krijgen de juiste zorg, in de juiste vorm en op het juiste moment. Voor de jeugd-ggz blijft het kerndoel: een nog betere gezondheid(szorg) voor onze jeugd. Zij zijn de dragers van de toekomst!

In dit document beschrijven we hoe we hiermee aan de slag gaan. Deze beleidsagenda is nadrukkelijk voortgekomen uit geluiden van de sector zelf, jeugdigen en hun ouders, jeugdzorgorganisaties, beroepsverenigingen, internationale ontwikkelingen en de politieke ontwikkelingen. De gekozen richting sluit aan bij de inhoudelijke beleidsagenda van GGZ Nederland: 'Zorg Werkt!' Ook bouwen we voort op het vorige Visiedocument 'Jeugd-ggz Breed Beschikbaar'. De daarin genoemde speerpunten: betere zorg voor jeugdigen met gedragsproblemen, betere samenwerking met ketenpartners en het verkorten van wachttijden komen terug in dit rapport.

Deze notitie is bedoeld voor beleidsmakers en professionals binnen de jeugd-ggz. Zij kunnen het gebruiken als richtsnoer voor de komende jaren. Dit document is ook van belang voor stakeholders, zoals ketenpartners en zorgverzekeraars. Voor hen is het zinvol om te weten waar de jeugd-ggz voor staat, wat haar ambities zijn en waarop ze kan worden aangesproken. In datzelfde kader is het visiedocument ook bruikbaar voor beleidsmakers op regionaal en landelijk niveau. Politici krijgen hiermee een helder beeld van de specifieke functie van de jeugd-ggz en hoe deze aansluit bij het totale aanbod van jeugdzorg en gezondheidszorg.

Hierna volgt een beleidsagenda waarin kort de zes beleidsdoelen voor de komende jaren zijn samengevat. In de daarop volgende hoofdstukken worden de beleidsdoelen uitgewerkt en onderbouwd. De visie wordt uitgewerkt in hoofdstuk 1. In hoofdstuk 2 worden de taken van de jeugd-ggz in de eerste, tweede en derde lijn beschreven. Ten slotte is een bijlage toegevoegd waarin een cijfermatig beeld wordt geschetst van de afgelopen jaren.



Beleidsagenda jeugd-ggz 2011-2014

De vijf speerpunten van de beleidsagenda komen voort uit het visiedocument *'Jeugd GGZ: Investeren in de Toekomst!'* en dienen als leidraad voor de leden van GGZ Nederland voor de komende jaren.

1. Jeugd-ggz is investeren in de toekomst

Goede ggz voor de generatie die over 10 tot 20 jaar de samenleving vorm geeft is van grote waarde. Meer en meer realiseert de jeugd-ggz zich het maatschappelijke belang van geestelijke gezondheid bij jeugdigen én de impact van problemen op dit gebied, ook op langere termijn. Bij goede zorg hoort tijdig ingrijpen, ziekten adequaat behandelen, erger voorkomen en praktische hulp bieden bij het leren leven met een psychische ziekte. Vroege interventies gericht op empowerment hebben een groot effect op kwaliteit van leven en economisch rendement. Investeren in jeugdigen draagt bij aan een veilige en leefbare samenleving en is investeren in het mentaal kapitaal van de toekomst.

2. Effectiever werken volgens richtlijnen

Werken volgens richtlijnen leidt tot de best mogelijke zorg. En zorgprogrammering leidt tot een optimale organisatie. Deze uitgangspunten zijn essentieel om zoveel mogelijk cliënten gebruik te laten maken van adequate zorg voor een adequate prijs. Ook innovatieve interventies als e-health zullen vaker worden ingezet.

De effecten van interventies worden door de sector beter zichtbaar gemaakt. Daarnaast zal met wetenschappelijk onderzoek de waarde van vroege interventies en economisch rendement op lange termijn worden vastgesteld. Dat geldt ook voor het verband tussen omgeving en aanleg bij het ontstaan van psychische ziekten.

3. Flexibele inzet professionals

Wij voorzien een aanhoudend grote vraag naar integrale diagnostiek en behandeling. Dat vraagt om een flexibele inzet van professionals, aangezien er geen evenredige groei is in middelen en we rekening houden met krapte op de arbeidsmarkt. Door vermindering van klinische plaatsen kunnen meer professionals worden ingezet voor ambulante zorg. Jeugdigen worden zo veel mogelijk behandeld en begeleid in hun eigen omgeving. Een belangrijk deel van de behandelingen in de jeugd-ggz zal over een aantal jaren bestaan uit een combinatie van e-mental health en face to face contacten. Zeker voor jongeren is internet een vertrouwde manier van communicatie en het bevordert de beschikbaarheid van de jeugd-ggz in een vroeg stadium.

4. Jeugd-ggz is teamspeler

Onze partners in jeugdzorg en onderwijs vragen om meer ondersteuning en consultatie. Moeilijk bereikbare en kwetsbare doelgroepen behoeven onze aandacht. Ons antwoord hierop is beter aansluiten bij de vragen van ketenpartners en cliënten. De jeugd-ggz is een teamspeler die samen met kinderen en hun ouders en betrokken ketenpartners haar bijdrage levert in de zorg thuis en op school. Deze samenwerking moet ook leiden tot betere kennisoverdracht tussen professionals en ontschotting tussen organisaties. Ook bureaucratie kan worden verminderd door sneller te schakelen tussen hulpverleners en met het gezin. Bestuurlijke borging van deze samenwerking op regionaal niveau kan helpen om de wederzijdse verwachtingen te expliciteren.



5. Jeugd-ggz is specialisme

De jeugd-ggz biedt specialistische zorg. Dit betekent echter niet geïsoleerde zorg. Goede zorg bij complexe problemen komt vaak tot stand door inzet vanuit meerdere sectoren. De jeugd-ggz brengt in het veld van geestelijke en somatische gezondheidszorg, jeugd- en opvoedhulp en LVG-zorg specialistische kennis en kunde in. Dit heeft een grote toegevoegde waarde. Echter vlotte hulp bij doorverwijzing en goede overgangen tussen zorginstellingen en van jeugd naar volwassenenzorg zijn daarbij belangrijk. Door afstemming van diagnostiek en behandeling kan dubbel werk of het onnodig verlenen van zorg voorkomen worden.

6. Jeugd-ggz is gezondheidszorg

De jeugd-ggz legt een verbinding tussen de lichamelijke ontwikkeling van kinderen en de ontwikkeling van hun brein en plaatst dit in de context van gezin en omgeving. De samenhang tussen geestelijke en algemene gezondheidszorg kent een lange internationale traditie en is diep geworteld in wetenschappelijk onderzoek, opleiding en professioneel handelen. Deze verbinding is van groot belang om de ernstige risico's die samenhangen met alcoholgebruik, eetstoornissen, suicidaliteit, obesitas etc. in te perken. De kwaliteit van leven bij (chronisch) lichamelijke aandoeningen, het terugdringen van de mortaliteit en de kosten van de gezondheidszorg zijn afhankelijk van deze integrale benadering. Daarom is de beroepsuitoefening van artsen/psychiaters, psychologen, verpleegkundigen en andere beroepsgroepen geborgd in de gezondheidszorgwetgeving zoals de Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst, de BOPZ en (toekomstige) Wet Verplichte GGZ en in professionele statuten en beroepsregisters.

De jeugd-ggz hecht zeer aan haar huidige inbedding, waarbij zorg en behandeling een verzekerd recht zijn voor ieder kind, jeugdige en gezin die deze zorg nodig heeft ongeacht, culturele of sociaal-maatschappelijke achtergrond. Deze gezondheidszorg-inbedding is een noodzakelijke voorwaarde om onze kerntaken ook op termijn naar behoren te kunnen blijven uitvoeren.



1. Visie op ggz voor jeugdigen en gezinnen

1.1 Jeugd-ggz is investeren in de toekomst

Investeren in geestelijke gezondheid van jeugdigen loont en draagt bij aan de optimale ontwikkeling van het kind. Het voorkomt onnodig voortijdig schoolverlaten, verval in crimineel gedrag, langdurige afhankelijkheid van uitkeringen of een hoge zorgconsumptie in de volwassenheid. Tijdig ingrijpen draagt bovendien bij aan een leefbare en veilige samenleving.

De jeugd-ggz biedt zorg aan de generatie die over 10 tot 20 jaar voor de taak staat om de samenleving verder vorm te geven en daarvoor verantwoordelijkheid te dragen. Wij moeten deze jonge mensen toerusten met het vermogen om aan ambities vorm te geven en uitdagingen aan te gaan in een vergrijzend, geglobaliseerd, multicultureel en technologisch verder ontwikkeld Nederland. Dat vraagt van de jeugd-ggz een kritische en innovatieve opstelling.

De Raad voor de Zorg^I stelt dat de toekomstige generatie geen behoefte meer heeft aan een eenzijdige benadering vanuit het ziektemodel; waar vanuit klachten wordt geredeneerd. In een discussienota over de zorg in 2020 schrijft zij dat burgers verwachten dat de zorg hen in staat stelt zo volledig mogelijk deel te nemen aan school, werk, vrije tijd en gezin. Zij stellen hogere eisen aan gezondheid en competenties en zijn bereid daarvoor meer verantwoordelijkheid te nemen, ook financieel.

De geestelijke gezondheidszorg speelt in op deze vraag. Doordat mensen hogere prestaties moeten leveren en meer bloot staan aan stress, doen zij vaker een beroep op geestelijke gezondheidszorg. Ondanks het feit dat overheid en politiek zorgen hebben over de groeiende kosten die dit met zich meebrengt, erkent men de rol van een goede geestelijke gezondheidszorg om maatschappelijke uitval van grote groepen mensen te voorkomen. Daarom heeft de ggz ook een plaats in het basispakket in de verzekerde zorg. In een artikel in Medisch Contact onderstrepen Polder e.a. dit^{II} door te stellen dat “tussen zorg en welvaart een wederkerige relatie bestaat: welvaart maakt financiering van zorg mogelijk en zorg draagt ook weer bij aan de stijging van welvaart. Overheid en politiek erkennen het belang van een goede geestelijke gezondheidszorg in relatie tot de economische ontwikkeling van het land”.

Om de relatie tussen geestelijke gezondheid en arbeidsproductiviteit weer te geven introduceerde Rifka Weehuizen het begrip Mentaal Kapitaal^{III}. Zij schetst het belang van een positieve ontwikkeling van de mentale weerbaarheid van kinderen. Kinderen met psychische problemen hebben relatief een slechte uitgangspositie. De jeugd-ggz heeft een taak de mentale weerbaarheid te vergroten en een gunstige ontwikkeling op gang te brengen en dient daarmee een belangrijk maatschappelijk doel.

Voor kinderen met psychische problemen geldt dat ze vaak achterstand oplopen in het onderwijs omdat ze niet kunnen voldoen aan de hoge eisen op het gebied van zelfwerkzaamheid, samenwerking en flexibiliteit. Dat zij vervolgens een beroep doen op de ggz is niet verbazingwekkend. In de jeugd-ggz is de kennis aanwezig om de ontwikkeling van kinderen positief te beïnvloeden. De zorg wordt zo dicht mogelijk bij de leefwereld van de kinderen en het gezin aangeboden zodat kinderen onderwijs kunnen volgen en opgroeien tot weerbare volwassenen.

De zorg zal bovendien zo vroeg mogelijk beschikbaar zijn, zo nodig al vanaf het eerste levensjaar. Hoe eerder de interventie, hoe groter de kans op een positieve beïnvloeding van de ontwikkeling en besparing op lange termijn.



1.2 Effectiever werken volgens richtlijnen

In Nederland heeft minimaal 5% van alle jeugdigen een psychische stoornis die leidt tot ernstige beperkingen in hun functioneren en risico's voor hun ontwikkeling. Al deze kinderen moeten kunnen rekenen op zorg en daarom buigt de sector zich over het efficiënter inrichten van de jeugd-ggz. De best passende zorg voor deze kinderen is de meest effectieve zorg en de meest efficiënte zorg. Passende zorg is zo mogelijk bewezen effectief en afgestemd op de hulpvraag en de kenmerken van de patiënt en de omgeving. Het streven naar passende zorg houdt in dat de voorkeur uitgaat naar vroege interventies en ambulante zorg voor gezinnen. Vroege interventies hebben een groot effect op de latere kwaliteit van leven en daardoor wordt fors economisch rendement behaald.^{IV} Interventieonderzoek binnen de jeugd-ggz laat positieve effecten zien op de korte en middellange termijn bij een aantal ziekten (bijvoorbeeld psychosen, depressie, angst, ADHD en gedragsstoornissen, autismspectrum stoornissen).

Nu steeds duidelijker wordt dat het grootste deel van de psychiatrische stoornissen hun aanvang hebben binnen de kinder- en jeugdleefijd, neemt het belang van longitudinaal onderzoek toe. Het effect van vroege interventies op latere leeftijd (veelal gericht op empowerment) is tot nu toe vooral onderzocht in de algemene gezondheidszorg. Aangenomen wordt dat ook vroeg investeren in psychische problemen bijdraagt aan een kwalitatief goede en ook economisch gezonde samenleving door minder schooluitval, betere arbeidsparticipatie, minder agressie en minder zorgconsumptie op latere leeftijd.

De sector zal longitudinaal onderzoek stimuleren waarin de winst op aanpalende terreinen (somatische zorgconsumptie, veiligheid, werkgelegenheid) inzichtelijk wordt evenals de effecten op langere termijn. We willen ook meer weten over (de samenhang tussen) aanleg, biologie en omgeving evenals de kleuring hiervan in de verschillende ontwikkelingsfasen.

De komende jaren zal de effectiviteit van de jeugd-ggz toenemen omdat er meer evidence based behandelingen beschikbaar komen. Het Landelijk Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie publiceerde in 2010 een overzicht met 65 psychologische behandelprotocollen en een groot aantal diagnostische instrumenten en farmacologische behandelprotocollen. Vooral op het gebied van oppositionele – en gedragsstoornissen, angststoornissen, depressie, ADHD, autisme en psychotrauma zijn inmiddels diverse erkende vormen van behandeling beschikbaar^V. Dit aantal neemt in hoog tempo toe.

Een belangrijke stap is gezet door de invoering van een structurele en voortdurende meting van de opbrengsten van behandeling voor de cliënt. Met de oprichting van ROMCKAP^{VI} werkt de sector zowel aan het inzichtelijk maken van de effectiviteit van behandeling als aan kennisontwikkeling. Daardoor wordt het beter mogelijk om innovatieve behandelingen te initiëren, toe te passen en de effecten daarvan te onderzoeken.

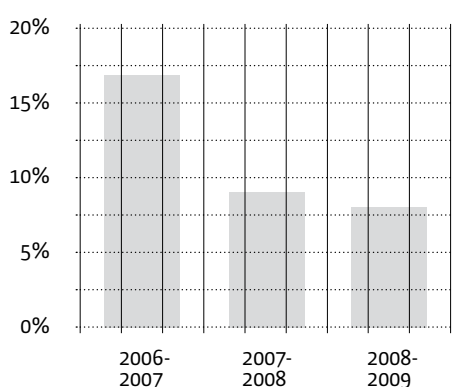


1.3 Flexibele inzet professionals

In de periode tot 2007 is de jeugd-ggz geconfronteerd met een groeiende zorgvraag. Deze groei hangt enerzijds samen met hogere prestatie-eisen die worden gesteld aan kinderen en jeugdigen. Anderzijds worden psychische problemen eerder herkend en erkend en is bovendien sprake van een afname van het taboe om hulp te vragen. Omdat we zo veel mogelijk cliënten willen helpen is vooral ingezet op verbetering van de in- en doorstroom en de efficiency.

Het aantal cliënten in zorg nam vooral toe tussen 2005 en 2007. In die periode was sprake van een groei van 180.000 cliënten (jeugdigen en ouders) in 2005 tot 227.000 cliënten in 2007. Daarna vlakt de groei af tot 9% in 2008 en 8% in 2009. In 2009 werden ongeveer 270.000 kinderen en ouders behandeld. De afname van de groei is zichtbaar in tabel 1.

Tabel 1 | Afname van de groei van de jeugd-ggz



Bron: Sectorrapport GGZ Nederland 2010

De gewenste verbeteringen in de toegankelijkheid en flexibiliteit kunnen bij gelijkblijvende middelen alleen worden gerealiseerd als dit samengaat met verdere verbeteringen in de kwaliteit en de kosteneffectiviteit. Op dat vlak zal de sector de volgende maatregelen nemen.

In het verlengde van de beleidsagenda van GGZ Nederland 'Zorg Werkt!' zal binnen de jeugd-ggz de komende jaren een reductie plaatsvinden van klinische plaatsen ten gunste van ambulante behandelvormen. Hiermee wordt tegemoet gekomen aan het uitgangspunt om de zorg beschikbaar te maken zo dicht mogelijk in de leefomgeving van het kind en gezin. Bij slechts 4,1 % van de cliënten is het noodzakelijk om een deel van de behandeling klinisch uit te voeren. In dat geval zal de opnameduur zo kort mogelijk dienen te zijn en moet het klinisch traject een fase zijn in een ambulante behandeling.

Een belangrijk deel van de behandelingen in de jeugd-ggz zal over een aantal jaren bestaan uit een combinatie van e-mental health en face to face contacten. Zeker voor jongeren is internet een vertrouwde manier van communicatie.

De jeugd-ggz zal een passend antwoord bieden op de toenemende vraag naar diagnostiek vanuit andere jeugdzorgsectoren. Uit onderzoek blijkt dat de wachtlijst voor de jeugd-ggz voor een deel wordt veroorzaakt door vragen om diagnostiek voor (her)indicatiestelling in het speciaal onderwijs en pgb's^{VII}. Ook voor deze onderscheiden vormen van diagnostiek blijft de jeugd-ggz vanuit haar specifieke deskundigheid beschikbaar.

Waar mogelijk zullen verdere efficiëncymaatregelen worden toegepast om de zorgkosten verder terug te dringen. Ook worden preventieprogramma's ingezet gericht op jeugdigen met lichte psychische klachten.



De kosten per behandeling daalden de laatste twee jaar met 1 à 2% per jaar. Mede in het kader van de implementatie van DBC's en door meer geprotocolleerd te behandelen wordt kritischer dan voorheen gekeken naar behandelduur, disciplinemix en kostprijs van de behandeltrajecten. Daardoor is sprake van een afname van de wachttijden met 10% in 2009. Door meer preventie, vroege interventies en meer efficiency zullen de wacht tijden verder afnemen.

In tabel 2 is de toename van de doelmatigheid zichtbaar. In de bijlage zijn meer uitgebreide cijfermatige overzichten opgenomen, onder andere van de ontwikkeling van de wachttijden van de afgelopen jaren.

Tabel 2 | Toename doelmatigheid

Overzicht aantal cliënten, verrichtingen en productiewaarde in de jeugd-ggz

	2007	2008	2009	Groei 2008-2009
Cliënten	227.300	248.200	267.700	8%
Verrichtingen	2.737.300	2.975.700	3.237.900	9%
Productiewaarde (miljoenen €)	473	505	542	7%
Aantal verrichtingen per cliënt	12,0	12,0	12,1	1%
Productiewaarde per cliënt (€)	2.079	2.035	2.023	-1%
Productiewaarde per verrichting (€)	173	170	167	-1%

Bron: Sectorrapport GGZ Nederland 2010

1.4 jeugd-ggz is teamspeler

Ook al is de groei afgenomen, voor moeilijk bereikbare doelgroepen zal meer en betere zorg beschikbaar moeten komen. In de afgelopen jaren is deze zorg speerpunt geweest. Voorbeelden hiervan zijn orthopsychiatrie voor jeugdigen met gedragsproblemen, klinische verslavingszorg voor jongeren, intensieve vormen van gezinsbehandeling voor multiprobleem-gezinnen, behandeling in het kader van de gedragsbeïnvloedende maatregel en internetbehandeling waarmee migrantenjongeren beter worden bereikt.

De komende periode zal dit beleid nadrukkelijk worden voortgezet in een samenhangend aanbod met ketenpartners. In het bijzonder met Bureau Jeugdzorg, Jeugd- en Opvoedhulp, de zorg voor licht verstandelijk beperkten en het (speciaal) onderwijs zal een geïntegreerd aanbod ontwikkeld worden, als er sprake is van een gecombineerde zorgvraag. Deze zorgnetwerken zullen dicht bij de jeugdigen en gezin georganiseerd moeten worden. Voor een goede borging van kwaliteit, continuïteit en een effectieve inzet van professionals zullen bestuurders en financiers op regionaal niveau tot afspraken moeten komen.

Goede praktijkvoorbeelden die navolging verdienen zijn beschreven in de publicatie 'Meer dan de som der delen' (2009)^{viii}. De jeugd-ggz biedt zowel voor cliënten als voor ketenpartners een snel en passend antwoord. Consultatievragen aan de professionals van de sector worden op een goede manier beantwoord. Dit geldt ook voor de doorstroom van cliënten vanuit andere sectoren en het onderwijs naar de jeugd-ggz. Door verdere ontschotting moet ook de overgang van klinisch zorg naar ambulante zorg en nazorg soepeler verlopen.



1.5 Jeugd-ggz als specialisme

De zorg voor kinderen met psychische stoornissen en hun ouders is een specialisme, zowel binnen de (geestelijke) gezondheidszorg als binnen de jeugdzorg. Het gaat om kennis van psychische aandoeningen als gevolg van biologische, psychologische en omgevingsfactoren. De diagnostiek en behandeling bij kinderen vindt plaats in het perspectief van deze factoren en in relatie tot de ontwikkelingsfase van het kind.

Deze specialistische vorm van zorg heeft een toegevoegde waarde in de hele zorgketen. Niet alleen in de tweede lijn maar ook ten behoeve van het onderwijs, de Centra voor Jeugd en Gezin, de verslavingszorg en de justitiële zorg is de jeugd-ggz beschikbaar. De sector biedt haar specialistische kennis aan binnen de aanpalende sectoren zodat professionals daar hun zorg nog effectiever vorm kunnen geven. Anderzijds maakt de jeugd-ggz gebruik van de expertise binnen de andere sectoren zoals jeugd- en opvoedhulp en jeugd-LVG.

De behandelaars in de jeugd-ggz hebben daarnaast een specialistische taak in de relatie tot de ggz voor volwassenen. Voor de groep kinderen die chronische beperkingen zullen ondervinden als gevolg van een psychische aandoening, is een goede overgang naar de volwassenenzorg van belang met continuïteit in behandeling en begeleiding. Anderzijds betreft het de zorg voor kinderen waarbij de psychopathologie mede ontstaan is of in stand gehouden wordt door intergenerationele overdracht en zal in de behandeling aandacht zijn voor de rol van de ouders in relatie tot de klachten van de kinderen. Vooral in multiproblemegezinnen is een integrale gezinsbenadering van essentieel belang.

De partners in de zorg zijn samen verantwoordelijk voor de invulling van de brede zorg voor jeugdigen en gezinnen en het doorbreken van verkokering, met respect voor ieders unieke expertise.

1.6 Jeugd-ggz is gezondheidszorg

Psychopathologie van kinderen maakt onderdeel uit van de lichamelijke ontwikkeling als geheel. De ontwikkeling van het brein is onderdeel van de lichamelijke groei. Zonder brein is er geen psychisch functioneren en de psychopathologie ontwikkelt zich in het brein. De kennis en deskundigheid over psychische problemen van jeugdigen is daarmee onderdeel van de gezondheidszorg in brede zin. We geven hiervan enkele voorbeelden.

Allereerst kennen we kinderpsychiatrische aandoeningen die gepaard gaan met levensbedreigende lichamelijke ontregeling, zoals anorexia nervosa. De sterfte door anorexia nervosa is de hoogste van alle kinderpsychiatrische aandoeningen. De behandeling van deze kinderen vereist directe samenwerking tussen jeugd-ggz en kindergeneeskunde. Ook suïcidaliteit, automutilatie, auto-intoxicaties en overmatig alcoholgebruik vergen zowel bemoeienis van acute zorg en daarna - in goede ketenzorg - die van de jeugd-ggz om risicotaxaties te maken en zorg te bieden die de kans op recidive verkleint. Van kinderpsychiatrische aandoeningen is steeds meer bekend over de samenhang met syndromen en met aandoeningen zoals epilepsie. Dit vraagt om kindergeneeskundig en klinisch genetisch onderzoek naar specifieke genetische syndromen, zoals bij autisme.

Een andere categorie vormen de onverklaarde lichamelijke klachten. Buikpijn, hoofdpijn, gewrichtsklachten en vermoeidheid horen tot de meest voorkomende klachten waarvoor ouders en kinderen een beroep doen op de huisarts en somatische specialist. Het uitsluiten van lichamelijke oorzaken is veelal onvoldoende effectief. Als gevolg hiervan wordt de kindergeneeskunde vaak geconfronteerd met aanhoudende hulpvragen van ouders die een groot beslag leggen op de (kostbare) capaciteit. Alleen samenwerking tussen jeugd-ggz en kindergeneeskunde kan voor deze patiënten het probleem oplossen.



Andersom geldt dat kinderen met chronisch lichamelijke aandoeningen zoals diabetes mellitus, kanker, hersenaandoeningen, reuma etc. een verhoogd risico lopen op de ontwikkeling van psychopathologie. Dat kan een gevolg zijn van de aandoening zelf of van de behandeling. Ontregeling van het lichamenlijk functioneren kan bijvoorbeeld een delier veroorzaken. Een delier is een ernstige psychische aandoening die we aan kunnen treffen bij kinderen op de kinder-intensive-care. Verantwoord gebruik van psychofarmaca in nauwe samenwerking tussen kinderarts, kinderpsychiater en laboratoria is in een dergelijk geval noodzakelijk om een fatale afloop te kunnen voorkomen.

De kennis en kunde van de jeugd-ggz is ook in wet- en regelgeving sterk verbonden met de algemene gezondheidszorg. Het gaat om wetgeving rond financiering en verantwoording, opleiding, rechtspositie van cliënten en professionals en kwaliteit van zorg.

De financiering en bekostiging zijn gebonden aan eisen zoals vastgelegd in de Zorgverzekeringswet en de AWBZ, de Wet Toelating Zorginstellingen en de Wet Marktordening Gezondheidszorg.

Daarnaast is er de wet- en regelgeving op het gebied van de opleidingen voor psychiater, gz- psycholoog en klinisch psycholoog, psychotherapeuten, psychiatrisch verpleegkundige, verpleegkundig specialist GGZ en nursepractioners, agogen en vaktherapeuten. Daarmee samen hangen beroepscode, het tuchtrecht, de verantwoordelijkheid voor behandelingen en het kunnen uitvoeren van voorbehouden handelingen zoals diagnostiek, behandeling en medicatetherapie. Dit is geregeld in de wet BIG (Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg).

In dit kader is ook de WGBO van belang waarin is vastgelegd dat de arts patiënten moet informeren over de diagnose en de behandeling. In de gezondheidszorg is de rechtspositie van kinderen duidelijk vastgesteld. Vanaf 12 jaar is de instemming van kinderen voor de behandeling noodzakelijk, naast die van de ouders. Voor kinderen onder de 12 jaar kan de kinderrechtvervangende toestemming geven voor noodzakelijke geneeskundige zorg, wanneer de ouders met gezag die weigeren te geven. Vanaf 16 jaar zijn kinderen zelf gerechtigd een behandelovereenkomst aan te gaan.

Ook in de nieuwe Wet Verplichte GGZ (die de Wet BOPZ gaat vervangen) zijn de regels voor het toepassen van dwang en drang voor kinderen vastgelegd. Zo komt er voor kinderen vanaf 12 jaar de mogelijkheid om een zelfbindingscontract te sluiten, waarin is vastgelegd onder welke omstandigheden welke verplichte zorg nodig is om schade te voorkomen.

Ten slotte is de praktijk van de ggz gebaseerd op wetgeving rond inspectie en toezicht in de gezondheidszorg. Voorbeelden hiervan zijn de Kwaliteitswet Zorginstellingen, keuze-informatie in de zorg zoals www.kiesbeter.nl, Jaardocument Zorginstellingen, Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen, en ten slotte verplichte behandelrichtlijnen en protocollen die zowel voor volwassenen als minderjarigen gelden.



2. Kerntaken van de jeugd-ggz

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de kerntaken van de jeugd-ggz nader toegelicht met betrekking tot de doelgroep, het zorgaanbod en de samenwerking met partners in de jeugdzorg. Vervolgens wordt ingegaan op bijzondere doelgroepen binnen de jeugd-ggz. In deel drie wordt ter aanvulling op dit hoofdstuk een uitgebreid cijfermatig overzicht gegeven.

2.2 Doelgroep van de jeugd-ggz

In Nederland leven anno 2010 ruim 4,5 miljoen kinderen en jeugdigen tot 23 jaar. Ongeveer 5% van de kinderen en jeugdigen^{IX} in Nederland heeft psychische problemen die zodanig ernstig zijn dat ze gepaard gaan met een verstoorde ontwikkeling en/of duidelijk disfunctioneren in het dagelijks leven. Jaarlijks komt dat neer op circa 225.000 kinderen. Deze 5% is een zeer behoudend uitgangspunt en gaat uit van ernstige problematiek. Slechts 3%, dat is twee derde van de potentiële hulpvragers, komt jaarlijks in aanraking met de jeugd-ggz. Eenderde is niet in zorg bij de jeugd-ggz.

Tabel 3 | Aantal cliënten in behandeling, naar leeftijd en geslacht (circuit jeugd), 2009*

Leeftijd	Man	Man (%)	Vrouw	Vrouw (%)	Totaal	Totaal (%)
0 - 5	6.200	67	3.000	33	9.200	100
6 - 11	44.700	72	17.700	28	62.400	100
12 - 17	42.100	61	26.900	39	69.000	100
Subtotaal 0 - 17	93.000	66	47.600	34	140.600	100
18 - 23	8.700		9.200		17.900	
24 - 64	46.000		62.500		108.500	
65+	300		200		500	
Totaal	148.000		119.500		267.500	

* Cijfers wijken licht af van totalen uit andere tabellen omdat leeftijd en geslacht niet van alle cliënten bekend zijn

Bron: Sectorrapport GGZ Nederland 2010

In 2009 ontvingen 267.500 jeugdigen en ouders behandeling in de jeugd-ggz instellingen. Het merendeel van de cliënten, namelijk 96%, ontvangt ambulante behandeling, 4% volgt deeltijdbehandeling of klinische behandeling.

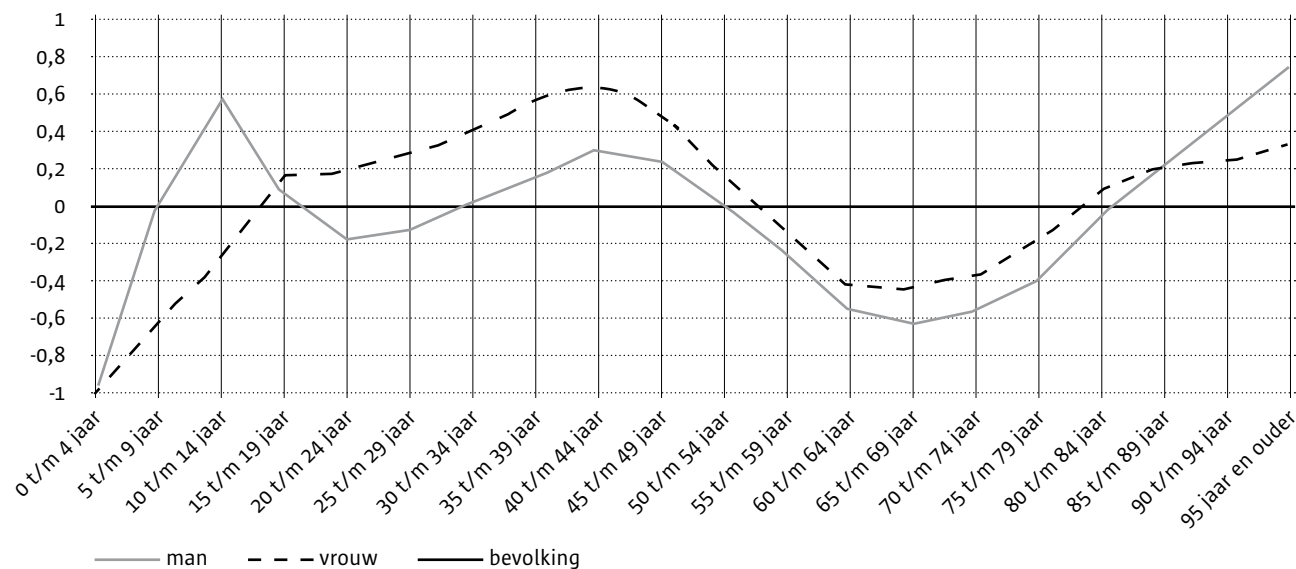
Uit de cijfers blijkt dat er sprake is van onderconsumptie in de jeugd-ggz. Ook al beoogt de jeugd-ggz beschikbaar te zijn voor alle kinderen met psychische problematiek, dus uit alle sociale klassen en met elke culturele achtergrond, het is bekend dat in de praktijk jongeren van allochtone afkomst en kinderen uit multiprobleemgezinnen nog ondervertegenwoordigd zijn. Verbeteringen zijn mogelijk door de zorg dichterbij de cliënt aan te bieden; diagnostische- en behandelmethodieken waar nodig aan te passen en door een meer cultuursensitieve opstelling van professionals. Toegankelijkheid en efficiëntie kunnen daarnaast worden versterkt door implementatie van e-health als onderdeel van zorgprogramma's.

De meeste kinderen die voor het eerst worden verwezen naar de jeugd-ggz zijn onder de 12 jaar. Opmerkelijk is een sterke oververtegenwoordiging van de groep jongens in de leeftijdsgroep van 10-14 jaar. Er is sprake van een ondervertegenwoordiging van de leeftijdsgroep 0-4 jaar terwijl een zo vroeg mogelijke interventie een positieve invloed heeft op de verdere ontwikkeling.



In onderstaande grafiek is de zorgconsumptie afgezet tegen de leeftijdsopbouw.

Tabel 4 | Relatief gebruik van de ggz naar leeftijd en geslacht, 2009



Bron: Sectorrapport GGZ Nederland 2010 en CBS Statline

In veel organisaties wordt de leeftijd van 18 jaar als bovengrens gehanteerd voor de jeugd-ggz. De behandeling van jeugdigen die cognitief en sociaal-emotioneel achterblijven in ontwikkeling wordt vaak tot de leeftijd van 23 jaar gecontinueerd. Het aanbod vanuit de volwassenenzorg sluit bij deze groep veelal (nog) niet aan.

2.3 Aard en ernst van de problematiek

Wanneer problemen in het gedrag en/of de ontwikkeling van kinderen zich uiten op verschillende levensgebieden (thuis, school en in contact met leeftijdgenoten) is er reden om een psychische stoornis te vermoeden. Deze ziektebeelden ontwikkelen zich in de loop van de ontwikkeling van kinderen. Daarbij kunnen bepaalde symptomen verbleken, andere versterken en er nieuwe bijkomen. Op jonge leeftijd kan een psychische stoornis zich uiten door een stoornis in de regulatie van gedrag en emotie. Gedragsstoornissen bij jonge kinderen verhogen bij jongetjes het risico op gedragsstoornissen op latere leeftijd en bij meisjes voorspellen zij een groter risico op psychische problemen in het algemeen. Door de ontwikkeling van het vakgebied is het steeds beter mogelijk om op jonge leeftijd aandoeningen vast te stellen en te behandelen.

Voor een deel van de kinderen en jongeren in de jeugd-ggz zijn de problemen van tijdelijke aard. Wel is er bijvoorbeeld bij depressies, angststoornissen, middelenmisbruik, slaapstoornissen en somatoforme stoornissen (lichamelijke klachten zonder lichamelijke aandoening als oorzaak) en een stoornis als gevolg van een trauma (bijvoorbeeld kindermishandeling) vaak een blijvende kwetsbaarheid en dus kans op herhaling.

Daarnaast is er een groep stoornissen die in meer of mindere mate blijvende beperkingen met zich mee kan brengen; zowel op het gebied van emoties en gedrag als in het cognitief functioneren van kinderen. Dit komt voor als er sprake is van aan autisme verwante stoornissen, schizofrenie of ADHD en combinaties daarvan. Wanneer er sprake is van een combinatie met andere stoornissen (zogenaamde comorbiditeit) en/of bijvoorbeeld een verstandelijke beperking, dan is er eveneens een vraag naar langerdurende en intensievere specialistische zorg en begeleiding, ook op school.



In onderstaande tabel zijn de meest voorkomende behandelingen opgenomen.

Tabel 5 | Top Tien aanmeldklachten in het circuit jeugd-ggz, 2009

	(%)
Gedragsklachten	49
Klachten met betrekking tot het leggen van contacten	11
School- en leerklachten en concentratieklachten	9
Angst- en spanningsklachten, fobische klachten, dwangklachten en tics	8
Stemmingsklachten	8
Klachten naar aanleiding van een traumatische gebeurtenis	3
Klachten met betrekking tot relatie partner/gezin/familie	3
Klachten met betrekking tot het lichaam	2
Klachten met betrekking tot de opvoeding	1
Identiteitsklachten	1

Bron: Sectorrapport GGZ Nederland 2010

Bij de jeugd-ggz is het meestal niet de patiënt of cliënt zelf die zich meldt bij de huisarts of Bureau Jeugdzorg, maar de ouder/verzorger. Vaak zijn ouders opmerkzaam gemaakt door de leerkracht of anderen uit hun omgeving, voordat ze het initiatief nemen om hulp te zoeken. Vanwege het belang van vroege interventie dienen zorgen van ouders of verzorgers over hun kind altijd serieus te worden genomen. Professionals in de eerste lijn zijn in dit geval verantwoordelijk voor een tijdige verwijzing van het gezin naar de jeugd-ggz.

2.4 Zorgvraag

De kerntaken van de jeugd-ggz zijn te omschrijven als:

- ▶ Diagnostiek
- ▶ Behandeling en begeleiding
- ▶ Advisering en consultatie
- ▶ Preventie

Elke behandeling in de jeugd-ggz start, zoals gebruikelijk in de gezondheidszorg, met een individuele klachteninventarisatie. In gesprekken met ouders en kinderen worden de aard, ernst en verloop van de klachten, voorgeschiedenis, familie – en sociale anamnese, somatische problemen en medicatiegebruik geïnventariseerd. Eventuele eerdere onderzoeken worden bij de beoordeling betrokken en zo nodig wordt aanvullend psychodiagnostisch of somatisch onderzoek verricht. Aan de hand van deze gegevens stelt men een diagnose, bepaalt men de zorgbehoefte en de meest adequate behandeling. De behandelaar legt de afspraken vast in een behandelovereenkomst. Voor het uitwisselen van vertrouwelijke informatie biedt de WGBO^x het wettelijk kader. (met inbegrip van de plicht om informatie uit te wisselen als dat situatie van het kind dat vereist).

Naast deze beschrijvende diagnostiek wordt in de jeugd-ggz een coderingssysteem gebruikt om symptomen te groeperen en te kunnen registreren; de zogenaamde DSM-IV classificatie^{xI}. Deze codering is gekoppeld aan het bekostigingssysteem door middel van de diagnosebehandelcombinatie (DBC). In Hoofdstuk 3 wordt een overzicht gegeven van de meest voorkomende DBC's afgesloten in 2009.



2.5 Deskundigheid professionals

In de jeugd-ggz geven professionals *state of the art* invulling aan hun beroep. Actuele (inter)nationale ontwikkelingen op het vakgebied worden gevolgd en via nascholing, intervisie en supervisie wordt de vakkennis op peil gehouden.

De sector levert zelf een essentiële bijdrage aan de professionele ontwikkeling. In zeven academische centra voor kinder- en jeugdpsychiatrie wordt zorg gecombineerd met wetenschappelijk onderzoek en opleiding. Het Landelijk Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie vervult een sleutelrol in het verzamelen en verspreiden van bewezen effectieve diagnostiek en behandelingsmethodieken en protocollen. Het LKC onderhoudt internationale contacten omdat de Nederlandse jeugd-ggz in het buitenland veelal als voorbeeld van *good practice* wordt beschouwd.

In het merendeel van de centra voor jeugd-ggz worden kinderpsychiaters, GZ-psychologen en psychotherapeuten opgeleid en zijn tal van stageplaatsen beschikbaar voor HBO en MBO studenten. De beroepsverenigingen voor de BIG-beroepen (arts/psychiater, psycholoog, verpleegkundige) in de ggz hebben de taak kwalificatie-eisen, die noodzakelijk zijn voor de uitoefening van het vak, vast te stellen en te controleren. Binnen instellingen is de verantwoordelijkheidsverdeling voor behandelingen als regel vastgelegd in een professioneel statuut of reglement.

2.6 Jeugd-ggz in de eerste lijn

Primair zijn ouders verantwoordelijk voor het opvoeden van hun kinderen. Zij kunnen daarbij worden ondersteund door de gemeentelijke basisvoorzieningen. In veel gemeenten^{XII} zijn deze voorzieningen inmiddels gebundeld in de Centra voor Jeugd en Gezin. Het gaat om de consultatiebureaus (0 tot 4 jaar), jeugdgezondheidszorg (5 tot 19 jaar), lichte hulp bij opvoeden en opgroeien, het zorgsysteem op scholen en peuterspeelzalen en het jeugdwerk.

Gemeenten zijn ook verantwoordelijk voor selectieve ggz-preventie. Selectieve preventie is voor groepen die, bijvoorbeeld vanwege aanleg en (gezins-)omstandigheden, risico lopen op psychische aandoeningen. Door middel van cursussen leren kinderen en jeugdigen vaardigheden om hun psychische gezondheid te verbeteren. Voorbeelden zijn de zogenaamde KOPP-projecten^{XIII} voor kinderen van ouders met psychische- en verslavingsproblemen.

Naast deze gemeentelijke basisvoorzieningen in de jeugdzorg kunnen ouders en jeugdigen voor minder complexe psychische problemen rechtstreeks terecht bij de huisarts en de psycholoog in de eerste lijn. Sommige huisartsen worden ondersteund door een praktijkondersteuner ggz die kortdurende hulp biedt bij psychische stoornissen. De laatste jaren zijn er tevens vormen van eerstelijnszorg ontwikkeld die effectief zijn bij enkelvoudige psychische problemen. Steeds meer jeugdigen maken daar gebruik van. Deze zorg is onderdeel van het basispakket in de gezondheidszorg. Ook geïndiceerde preventie is onderdeel van het verzekerde basispakket. Deze vorm van preventie is gericht op lichte verschijnselen van psychische stoornissen die dreigen te verergeren, bijvoorbeeld bij depressieve klachten.

De jeugd-ggz heeft in de eerste lijn geen voortrekkersrol. Zij zet beschikbare expertise wel in voor de eerste lijn door middel van consultatie of preventie en door het leveren van praktijkondersteuning van huisartsen: POH-GGZ^{XIV}. Vanwege het belang van vroege interventie bij psychische problemen en het vergroten van de mentale weerbaarheid van jonge kinderen zal de jeugd-ggz, nog meer dan voorheen, flexibel en toegankelijk zijn voor deze basisvoorzieningen.

De inzet van de jeugd-ggz in de eerste lijn is erop gericht een analyse te maken van de problematiek en een gepaste interventie voor te stellen. Het uitgangspunt is kinderen en hun natuurlijke omgeving te versterken in de mogelijkheden om zelf problemen op te lossen. Dat geldt ook voor het onderwijs. In de Zorgadviesteams (ZAT) werken professionals uit het onderwijs en de zorg samen om de zorg voor leerlingen binnen de school te ondersteunen en om als het nodig is een goed extern zorgaanbod te organiseren. Participatie van de jeugd-ggz in de zorgadviesteams is noodzakelijk om onnodige schooluitval van kinderen te voorkomen. Onnodige medicalisering en doorverwijzing wordt hierdoor vermeden.



De preventieve interventies en de consultatieve rol van de jeugd-ggz in Zorgadviesteams en de Centra voor Jeugd en Gezin bevorderen empowerment en zelfzorg van het kind en de omgeving. Er zijn inmiddels talloze goede praktijkvoorbeelden beschikbaar. Sinds 2008 is echter sprake van een stagnatie in de uitvoering van deze ggz-taken nadat de regie en de middelen hiervoor zijn overgedragen aan de gemeenten. De jeugd-ggz zal gemeenten informeren over de waarde van de inzet van preventie van psychische stoornissen in de eerste lijn.

2.7 Jeugd-ggz in de tweede lijn

De tweedelijns jeugd-ggz wordt aangeboden door negen categorale instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie en 32 jeugdafdelingen binnen ggz-instellingen waar zorg wordt aangeboden aan alle doelgroepen van alle leeftijden. Daarnaast zijn sinds 2008 enkele tientallen nieuwe aanbieders, al dan niet op commerciële basis, actief geworden in de jeugd-GGZ, meestal gericht op specifieke ambulante doelgroepen.

Behandeling vindt overwegend plaats in de vorm van ambulante zorg. De behandelingen zijn individueel of in groepsverband. Ook gezinsbehandeling neemt een belangrijke plaats in binnen de jeugd-ggz, waaronder ook intensieve psychiatrische gezinsbegeleiding aan huis en zorg voor multiprobleemgezinnen. Inmiddels vormt ook e-health een onderdeel van de tweedelijns ggz-behandeling.

De sector beschikt over ongeveer 1600 erkenningen voor toegelaten plaatsen voor klinische behandeling. Een klein deel hiervan is niet in gebruik en is omgezet in ambulante vormen van zorg. Een klinische opname in de jeugd-ggz is meestal kortdurend van aard. Op het gebied van langdurende klinische behandeling en begeleiding en logeerszorg is een beperkt aanbod beschikbaar. In de komende jaren zal sprake zijn van een reductie van het aantal klinische plaatsen ten gunste van ambulante behandelvormen.

RIBW-en^{xv} bieden vormen van beschermd en begeleid wonen. In 2009 ging het om 200 jongeren in de leeftijd tot en met 17 jaar.

Voor jeugdigen met verslavingsproblematiek is een specialistisch aanbod beschikbaar. Bij verslavingszorginstellingen zijn 1.500 jongeren onder de 18 jaar in behandeling, evenals 5.000 jongvolwassenen (18-23 jaar). In 2006 besloot de Minister van VWS dat er ook verslavingsklinieken voor jeugdigen moesten komen. Sindsdien zijn acht instellingen voor verslavingszorg hiermee gestart. Eind 2010 zijn ca. 300 plaatsen gerealiseerd.

De functie acute ambulante kinder- en jeugdpsychiatrie is 7 x 24 uur beschikbaar. Buiten kantooruren vindt in dit kader samenwerking plaats met regionale crisisdiensten van de ggz voor alle leeftijden.

De tweedelijnszorg komt in beeld als er sprake is van ernstige en complexe problematiek en er behoefte is aan specialistische deskundigheid. In de Zorgverzekeringswet is sprake van recht op tweedelijns ggz als er een verwijzing is van een (huis-) arts, medisch specialist, eerstelijns psycholoog of Bureau Jeugdzorg. Deze professionals stellen vast of er een vermoeden is van een ernstige psychische stoornis waarvoor diagnostiek en behandeling in de tweede lijn noodzakelijk is.

Verwijzing naar één voorziening is niet altijd voldoende. Er kan sprake zijn van behoefte aan geïndiceerde jeugdzorg door meerdere zorgverleners tegelijkertijd. Bijvoorbeeld pleegzorg, jeugd- en opvoedhulp, curatieve ggz somatische zorg, speciaal onderwijs etc.

In het kader van haar taak op het terrein van jeugdbescherming en jeugdreclassering, heeft Bureau Jeugdzorg een belangrijke schakelfunctie naar en tussen zorginstellingen. De jeugd-ggz draagt bij aan deze taak van Bureau Jeugdzorg door (mede)verantwoordelijkheid te nemen voor goede en soepele verwijzing en samenhang in de zorg. Deze samenwerking is van essentieel belang bij de begeleiding en behandeling van met name multiprobleemgezinnen en draagt bij aan het creëren van veilige en stabiele opvoedsituaties.



De ggz-professional kan samen met andere zorgaanbieders werken vanuit één behandelplan en/of dossier. Dat vereist goede afspraken met cliënten en hulpverleners over het uitwisselen van vertrouwelijke informatie.

De jeugd-ggz respecteert het recht op privacy en onderschrijft het belang van de vertrouwensrelatie. Als de veiligheid van het kind echter in het geding is kan c.q. dient de zwijgplicht zonder toestemming (te) worden doorbroken^{xvi}.

2.8 Jeugd-ggz voor specifieke doelgroepen

In de voorgaande paragrafen is de rol van de jeugd-ggz beschreven aan de hand van de zorgnetwerken in de eerste en tweede lijn. Dat geeft een beeld van hoe de reguliere zorg voor jeugdigen met psychische problemen verloopt. Er zijn echter groepen die speciale aandacht vragen.

(On)vrijwillige zorg voor jeugdigen met gedragsproblemen en crisis

Niet alle jeugdigen die in aanraking komen met de jeugd-ggz kiezen zelf voor behandeling. Een klein deel van hen wordt geconfronteerd met onvrijwillige zorg. Dit kan samenhangen met een onder toezichtstelling (OTS) als ouders (tijdelijk) niet in staat zijn de verantwoordelijkheid voor de zorg voor hun kind zelf te dragen en de rechten van het kind daardoor in gevaar komen. Daarnaast kan sprake zijn van “gedwongen” zorg, in het kader van een BOPZ^{xvii} maatregel, als een jeugdige een expliciet gevaar vormt voor zichzelf of de omgeving. Verdeeld over Nederland zijn 16 afdelingen beschikbaar voor jeugdigen tot 18 jaar die met een dergelijke maatregel opgenomen moeten worden. De sector legt zich de laatste jaren extra toe op verbetering van de kwaliteit van verplichte zorg zoals terugdringing van separaties, een veiliger medicatiebeleid en betere begeleiding voor ouders en kinderen. De Inspectie Gezondheidszorg beoordeelde deze zorg in 2010 zeer positief^{xviii}

Een andere vorm van onvrijwillige zorg is de forensische jeugd-ggz. Het betreft zorg in het kader van een strafrechtelijke maatregel. In het merendeel van de gevallen betreft het jeugdigen met ernstige gedragsproblematiek in combinatie met psychiatrische problematiek en/of middelengebruik en/of een verstandelijke beperking. Voorbeelden van de toe te passen onvrijwillige maatregelen zijn de zogenaamde PIJ-maatregel^{xix} en de gedragsbeïnvloedende maatregel.

Een steeds groter deel van de zorg voor jeugdigen met ernstige gedragsproblemen en in combinatie met psychiatrische aandoeningen vindt plaats in het vrijwillige en civiele kader. Deze orthopsychiatrische zorg^{xx}, is in de afgelopen jaren uitgebreid. Inmiddels wordt deze orthopsychiatrische zorg aangeboden vanuit 9 instellingen. Het gaat om ongeveer 180 klinische plaatsen en poliklinische zorg. Ook voor de doelgroep jeugdigen met gedragsproblemen en in crisissituaties geldt dat een sluitende keten samen noodzakelijk is en daarom wordt intensief samengewerkt met de instellingen voor Jeugd- en Opvoedhulp die gesloten jeugdzorg aanbieden en met Bureau Jeugdzorg, vanuit de jeugdbescherming en jeugdreclassering.

Zorgvragen die samenhangen met indicatiestelling

De laatste jaren wordt de jeugd-ggz geconfronteerd met verwijzingen die niet rechtstreeks samenhangen met een verzoek om behandeling, maar met de noodzaak van diagnostiek in het kader van indicatiestelling. Ouders vragen deze diagnostiek om voor hun kinderen ambulante begeleiding in te kopen met behulp van een PGB (persoonsgebonden budget) AWBZ. In het onderwijs heeft men behoefte aan deze vorm van diagnostiek om een beroep te kunnen doen op zorgmiddelen voor individuele begeleiding van leerlingen of voor een plaatsing in het speciaal onderwijs. Uit onderzoek naar de samenstelling van de wachtlijsten in de jeugd-ggz^{xxi} blijkt dat deze vraag om (her)indicatiestelling aanzienlijk is, dus ook zorgt voor langere wachttijden voor de overige groepen. In feite is hier sprake van “vervuiling” van de wachtlijsten voor behandeling in de jeugd-ggz.

Integrale aanpak voor multiprobleemgezinnen

Vooral als de combinatie van problemen bij ouders en kinderen leidt tot een ontwrichting van het hele gezin is een integrale aanpak van de problematiek, over de sectoren heen, noodzakelijk. Bij ouders met ernstige psychische en andere problemen komen psychische stoornissen bij kinderen relatief vaker voor.



Circa 0,5% van alle jeugdigen maakt deel uit van een multiprobleemgezin^{xxii}, dat komt neer op tussen de 10 en 20% van de jeugdigen die nu in zorg zijn. Deze complexe gezinnen hebben veelal contact met verschillende aanbieders in de zorg voor kinderen en jeugdigen en het lokale welzijnswerk. Ondanks diverse goede voorbeelden van samenwerking in de keten voor deze gezinnen is het hulpaanbod nog onvoldoende op deze doelgroep toegesneden. Dit hangt onder andere samen met een hoge mate van zorgmijdend gedrag bij juist deze doelgroep. Een andere reden is dat de organisatie van de zorg te fragmentarisch is waardoor een passend zorgaanbod nog onvoldoende tot stand komt. De jeugd-ggz stelt zich ten doel om samen met de partners in de jeugdzorg en volwassen-ggz deze ketenzorg beter vorm te geven. De sector onderkent de specifieke expertise van de ketenpartners hierin.

Samenwerking met het onderwijs

De samenwerking tussen speciaal onderwijs en jeugd-ggz is de laatste jaren toegenomen, onder andere door de bundeling van kennis in de regionale expertise centra (REC's). Er zijn geïntegreerde programma's ontwikkeld; de zogenaamde onderwijszorgarrangementen, waar gewerkt wordt vanuit één plan voor het kind.

Daarnaast zijn ggz-professionals actief in het regulier onderwijs door het bieden van consultatie en trainingen aan leerkrachten, het organiseren van behandelingspreekuren op scholen en door een aanbod van preventieprogramma's. In de onderwijszorgstructuur zijn de zorgadviesteams steeds belangrijker geworden. In deze zogenaamde ZAT's worden oplossingen gezocht voor kinderen die meer zorg nodig hebben dan binnen de school aanwezig is. In het primair onderwijs is de ggz in 65% van de ZAT's een vaste partner, in het voortgezet onderwijs 30% en in het MBO 63%. De overheid bereidt wetgeving voor om de deelname van onder andere de ggz in de onderwijszorgstructuur te reguleren.

Samenwerking met de sector verstandelijke beperking

Ongeveer 15% van de Nederlandse jeugd heeft een licht verstandelijke beperking met een IQ tussen de 50 en 85. Een groot deel hiervan (tussen de 35 en 40%) heeft een zeer beperkte sociale redzaamheid, gecombineerd met een psychiatrische stoornis^{xxiii}. Een verdere ontwikkeling van specifieke psychiatrische kennis op het gebied van diagnostiek en behandeling ten behoeve van kinderen met lichte verstandelijke beperkingen is noodzakelijk om nog beter beschikbaar te zijn voor deze groep kinderen. Een aantal instellingen voor jeugd-ggz beschikt over specifieke expertise en richtlijnen voor deze complexe problematiek.

Ggz in de derde lijn

Een klein deel van de patiënten in de gezondheidszorg heeft behoefte aan zeer gespecialiseerde zorg in de derde lijn vanwege hoog complexe aandoeningen. Het gaat dan om zogenaamde topklinische of topreferente zorg. Deze top van de zorgpiramide is klein en dus beperkt beschikbaar, voornamelijk in de academische centra voor kinder- en jeugdpsychiatrie en in de centra voor vroegkinderlijke traumabehandeling. De specifieke diagnostiek en behandelmethodieken worden ontwikkeld en geactualiseerd door samenwerking op het hoogste niveau van deskundigheid gekoppeld aan wetenschappelijk onderzoek.



2.9. Financiering van de jeugd-ggz

In 2009 kwam de totale productiewaarde voor de jeugd-ggz neer op ongeveer 542 miljoen euro. Het aantal verrichtingen per cliënt is de laatste drie jaar constant gebleven. De kosten per verrichting zijn in dezelfde periode met 1 tot 2% afgenomen.

Het merendeel van de beschikbare middelen voor jeugd-ggz bij de leden van GGZ Nederland wordt omgezet in de curatieve zorg en komt voort uit het recht van verzekerden op zorg zoals die zijn vastgelegd in de Zorgverzekeringswet. Sinds 2008 maakt de curatieve jeugd-ggz onderdeel uit van het basispakket in de zorgverzekering. De sector heeft de afgelopen jaren, vanwege het krappe budgettaire kader en de groeiende vraag, aangestuurd op beperkte groei en doelmatiger werken met behoud van kwaliteit. Dat heeft als resultaat gehad dat meer patiënten worden behandeld voor een lagere prijs per behandeling. De jeugd-ggz voelt zich mede verantwoordelijk voor het beheersen van de kosten in de gezondheidszorg en stuurt daarom op het verbeteren van de doelmatigheid.

Ten laste van de AWBZ komen de kosten voor klinische zorg langer dan een jaar en die van de functies begeleiding in natura, logeervoorzieningen en beschermd wonen. Slechts 10% van de omzet in de jeugd-ggz wordt bekostigd vanuit de AWBZ.

Daarnaast wordt vanuit de AWBZ het zogenaamde persoonsgebonden budget (PGB) gefinancierd voor begeleiding vanwege een psychische aandoening. De cliënt koopt in dat geval zelf de zorg in. Omdat instellingen voornamelijk zorg in natura leveren zijn gegevens over het pgb-AWBZ niet in dit overzicht opgenomen.



Samenvattend vindt bekostiging van de jeugd-ggz plaats via de volgende financieringsvormen:

▶ Curatieve ggz

Het merendeel van het aanbod van de jeugd-ggz wordt gefinancierd uit de Zorgverzekeringswet. Zowel eerste als tweedelijns ggz zijn onderdeel van het basispakket van waaruit iedere verzekerde recht op zorg heeft. Het betreft curatieve zorg, zowel ambulante als klinische. De zorgverzekeraar is verantwoordelijk voor de inkoop van voldoende zorg van goede kwaliteit. De zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor een aanbod van kwalitatief hoogwaardige en beschikbare zorg tegen een acceptabele prijs.

▶ Langdurende zorg

De zorgkantoren kopen zorg in vanuit de AWBZ ten behoeve van jeugdigen met langdurende residentiële zorgbehoefte die de duur van een jaar overschrijdt. Vanuit de AWBZ worden ook de logeerhuisfuncties bekostigd.

▶ Justitiële zorg

Justitie koopt zorg in voor jeugdigen met een justitiële maatregel waar behandeling in de ggz een onderdeel van is (PIJ, artikel 48 plaatsing, GBM etc.). Daarnaast is Justitie verantwoordelijk voor de ggz voor jeugdigen die in een JJI zijn geplaatst.

▶ Preventieve zorg en maatschappelijke ondersteuning

Gemeenten kopen ggz-diensten en preventieprogramma's in ten behoeve van hun verantwoordelijkheden op het gebied van participatie, selectieve preventie, zorg in en om de school, kwetsbare jongeren, Centra voor Jeugd en Gezin, OGGZ en veiligheid. Overigens is de zorgverzekeraar verantwoordelijk voor de inkoop van geïndiceerde preventie.

De omvang van de jeugd-ggz uitgedrukt in geld omvat circa 0,5 miljard euro. Jeugd- en Opvoedhulp, LVG-zorg, JJI en civielrechtelijke zorg kosten gezamenlijk circa 1,5 miljard euro en voor de onderwijszorg is ongeveer twee miljard euro beschikbaar.



2.10 Stelsel jeugdzorg

In de afgelopen jaren hebben ingrijpende veranderingen plaatsgevonden in de geestelijke gezondheidszorg. Onder invloed van de Zorgverzekeringswet is de sector meer gaan sturen op efficiency en prestatie, waardoor de zorg voor cliënten eerder beschikbaar is, een kortere doorlooptijd heeft en (bewezen) effectiever is.

Voor de bredere jeugdzorg zijn aanpassingen nodig. Diverse organisaties adviseerden de afgelopen jaren om de Wet op de Jeugdzorg te herzien^{xxiv}, dit om de zorg toegankelijker te maken, de schotten tussen de verschillende jeugdzorgsectoren op te heffen en de financiering te vereenvoudigen.

GGZ Nederland bracht in 2009 een standpunt over het jeugdzorgstelsel uit^{xxv}. Daarin werd voorgesteld de eerstelijnszorg onder gemeentelijke regie te versterken en de specialistische jeugdzorg in de Zorgverzekeringswet onder te brengen. Het toenmalige demissionair kabinet presenteerde in april 2010 haar visie onder de titel ‘Perspectief voor Jeugd en Gezin’^{xxvi}. In deze visie wordt het aantal financieringsstromen teruggebracht van vijf naar twee (gemeenten en Zorgverzekeringswet). De parlementaire werkgroep ‘Toekomstverkenning Jeugdzorg’ bracht in mei 2010 haar standpunt naar buiten: Jeugdzorg Dichterbij^{xxvii}. De parlementariërs gaan een stap verder en stellen voor om de integrale financiering van de jeugdzorg, inclusief de jeugd-ggz, onder te brengen bij gemeenten. Het huidige kabinet Rutte heeft dit advies in haar regeerakkoord overgenomen en is gestart met de voorbereidingen van deze ingrijpende stelselwijziging.

GGZ Nederland is geen voorstander van overheveling van de jeugd-ggz naar de gemeenten.

In dit visiedocument hebben wij onderbouwd dat de jeugd-ggz juist door zijn verbinding met de gezondheidszorg in het algemeen en de ggz in het bijzonder zijn specifieke toegevoegde waarde levert. Zou de jeugd-ggz uit het domein van de gezondheidszorg worden getild, dan is de kans groot dat de sector deze meerwaarde verliest. Kinderpsychiaters, klinisch psychologen en andere professionals in de ggz zullen de specialistische patiëntenzorg en de professionele ontwikkeling van hun vak altijd voorop stellen en zich in blijven zetten voor de mentale veerkracht van kinderen. Zij doen dit en zullen dit blijven doen in samenwerking met partners in de keten, in welk stelsel dan ook.

Professionals stellen echter wel voorwaarden aan continuïteit en kwaliteit van zorg. Als lokale politieke sturing de inhoud van de zorg gaat bepalen, zullen professionals de sector gaan verlaten. In een stelsel van verzekerde zorg is de inhoud het best gewaarborgd. Daarin kunnen cliënten ongeacht hun leeftijd of hun woonplaats een beroep doen op geestelijke gezondheidszorg zoals in de Zorgverzekeringswet is vastgelegd. De taken op het gebied van inkoop en het leveren van zorg zijn daarin helder gedefinieerd, evenals de positie van cliënt en verantwoordelijkheden van de behandelaar. Alleen een uniform bekostigingssysteem zoals in de ggz, dat is gebaseerd op geleverde prestaties, levert maximaal inzicht in kosten en opbrengsten van zorg en maakt verantwoorde sturing mogelijk.

De jeugd-ggz is geen geïsoleerde sector, integendeel. De jeugd-ggz is een teamspeler en gaat professioneel, open en flexibel om met vragen van cliënten en partners in de zorg voor kinderen en jeugdigen. Daarbij past een inbedding die de belangrijke rol van deze sector structureel faciliteert.



Bijlage Jeugd-ggz in cijfers

Toelichting

In deze bijlage worden de beleidsontwikkelingen inzichtelijk gemaakt met behulp van cijfers. De gegevens zijn afkomstig van lidinstellingen van GGZ Nederland. Daarnaast is gebruik gemaakt van een aantal externe bronnen. Dit is meer dan een opsomming van feiten. We hebben getracht het beleid dat in gang is gezet te evalueren en nieuw beleid te onderbouwen. Daarmee doelen we op het vorige visiedocument, 'Jeugd-ggz Breed Beschikbaar', uit 2006 en de ambities uit het document van GGZ Nederland 'Zorg Werkt' uit 2010.

Op grond van de cijfers concluderen wij dat de beschikbaarheid en kosteneffectiviteit van de jeugd-ggz is toegenomen. Bovendien is sprake van een afname van de zorgkosten per cliënt. In dat opzicht presteert de jeugd-ggz beter dan diverse andere sectoren. Deze lijn zal verder doorgezet worden door middel van een vermindering van het aantal bedden, afname van de wachttijden en betere zorglogistiek.

Over de inzet van preventie ontbreken gegevens. Het is nog niet mogelijk vast te stellen hoe de ontwikkeling van de preventie in de gemeenten is verlopen nadat de middelen daarvoor zijn overgeheveld uit de AWBZ naar het gemeentefonds. De gemeenten hebben hiervoor geen verantwoordingsplicht.

Door de sector zijn initiatieven in gang gezet om effecten van zorg te meten. De invoering van ROMCKAP in 2010 zal resulteren in rapportage over de effectiviteit van zorg vanaf 2011. Gestreefd wordt daarnaast naar een toename van wetenschappelijk onderzoek waaruit blijkt wat de effecten van jeugd-ggz zijn op lange termijn, tot in de volwassenheid. Dit wetenschappelijk onderzoek zal gekoppeld zijn aan de ontwikkeling van interventies die gericht zijn op het vergroten van de mentale weerbaarheid.

Er bestaat toenemend inzicht in de doelgroep die door de jeugd-ggz wordt behandeld. Onvoldoende kennis is daarentegen nog beschikbaar over de zorgbehoefte van de jeugdigen die nog niet in aanraking komen met de jeugd-ggz terwijl wel sprake is van psychische problematiek. De jeugd-ggz pleit dan ook voor meer onderzoek naar de landelijke vraag naar jeugd-ggz, onder andere door prevalentieonderzoek. Deze behoefte wordt gevoed door de primair curatieve insteek van de jeugd-ggz. Immers: de analyse van de hulpvraag en keuze van de juiste interventie is de kern van geestelijke gezondheidszorg. Pas als een goed beeld bestaat van de feitelijke hulpvraag en het gewenste zorgaanbod, kan beleid worden ontwikkeld om verkokering in de zorg te doorbreken, een effectieve inzet van middelen te realiseren en preventieprogramma's te organiseren.

De volgende onderwerpen komen aan bod in deze bijlage

- A. Prevalentie van psychische aandoeningen onder jeugdigen
- B. Afname groei zorggebruik
- C. Aard van de problematiek
- D. Afname zorgkosten per cliënt
- E. Afname wachttijden en aantal wachtenden
- F. Omvang geïndiceerde jeugdzorg



A. Prevalentie van psychische aandoeningen onder jeugdigen

Cijfers over de prevalentie van psychische aandoeningen onder jeugdigen zijn schaars. In dit visiedocument gaan we uit van 5%. Deze schatting is aan de behoudende kant.

Voor de prevalentie van psychische stoornissen bij jeugdigen onder de 18 jaar baseren we ons op een studie van Verhulst, waarin de prevalentie van stoornissen wordt gecombineerd met manifest disfunctioneren. Zijn conclusie is dat tussen 5 en 6% van de jeugdigen op die gronden in aanmerking komt voor tweedelijns jeugd-ggz. Uit crosscultureel onderzoek^{xxviii} naar door ouders gerapporteerde gedragsproblemen bij kinderen uit twaalf verschillende landen blijkt dat de prevalentie van ernstige psychische problematiek in Nederland (79 per 1.000 adolescenten van 13-18 jaar) vergelijkbaar is met andere landen.

Het bevolkingsonderzoek Nemesis 2 van het Trimbos Instituut geeft inzicht in de mate waarin psychische stoornissen voorkomen onder jongvolwassenen (kader 1). Van zowel mannen als vrouwen tussen de 18 en 24 jaar heeft 45% ooit in het leven te kampen gehad met een psychische aandoening. Bij mannen zijn middelenstoornissen het meest frequent, terwijl bij vrouwen stemmings- en angststoornissen het vaakst voorkomen.

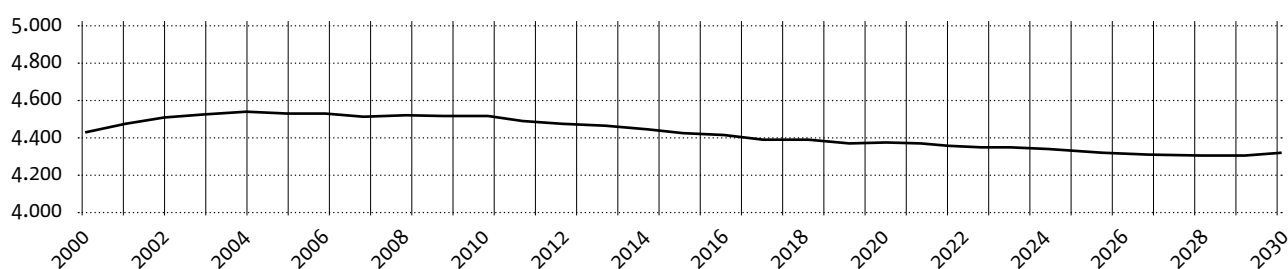
Kader 1 | Vóórkomen van psychische aandoeningen bij 18 tot 24 jarigen, ooit in het leven, 2007-2009

	Mannen (%)	Vrouwen (%)	Totaal (%)
Enigerlei As-I psychische aandoening	44,8	45,1	44,9
Stemmingsstoornis	7,1	23,5	15,3
Angststoornis	13,9	23,8	18,9
Middelenstoornis	29,7	19,5	24,6
Aandachtstekort- of gedragsstoornis	16,9	14,9	15,9
Antisociale persoonlijkheidsstoornis	13,3	1,3	7,3

Bron: Nemesis 2, Trimbos Instituut

Naast de prevalentie van psychische stoornissen in de bevolking is natuurlijk ook de bevolkingsgroei op zich van invloed op het absolute aantal personen met een psychische aandoening. Dit aantal is, bij gelijkblijvende prevalentie, rechtstreeks gerelateerd aan de bevolkingsgroei. In 2010 is 27% van de totale bevolking, ruim 4,5 miljoen personen, jonger dan 23 jaar. Kader 2 laat de ontwikkeling van het aantal 0- tot 23-jarigen in de bevolking tussen 2000 en 2030 zien. Deze leeftijdsgroep heeft momenteel haar maximale grootte bereikt en neemt tussen 2010 en 2030 af met ongeveer 250.000 personen, 6% van het totaal.

Kader 2 | Aantal 0- tot 23-jarigen in de bevolking (x 1.000)



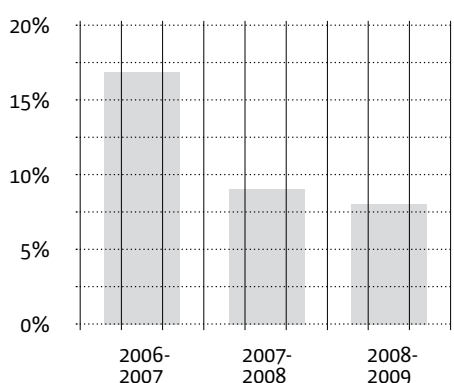
Bron: CBS Statline



B. Afname groei zorggebruik

Kader 3 toont de groei van het aantal jeugdige cliënten tot 23 jaar en hun ouders. In de periode 2006 – 2009 is er sprake van een sterke afvlakking van die groei, vooral tussen 2006 en 2007. In die periode is er nog sprake van een groei van 17%, een groeicijfer dat in de jaren daarna gehalveerd is.

Kader 3 | Groeipercantage van cliënten in de jeugd-ggz



Bron: Sectorrapport GGZ Nederland 2010

Kader 4 laat zien dat de jeugd-ggz van 194.000 cliënten in 2006 tot 268.000 cliënten in 2009 is gegroeid, een toename van ruim een derde van het aantal cliënten in drie jaar.

Kader 4 | In- en doorstroom van cliënten in de jeugd-ggz

	2006	2007	2008	2009	Groei 2008-2009
Aantal cliënten op 1 januari kalenderjaar	99.600	118.500	129.100	140.500	9%
Nieuw in kalenderjaar	94.800	108.800	119.100	127.200	7%
Totaal behandeld in kalenderjaar	194.400	227.300	248.200	267.700	8%

* Inclusief bij de behandeling betrokken ouders/verzorgers

Bron: Sectorrapport GGZ Nederland 2010

In Kader 5 is de leeftijdsverdeling van cliënten in de jeugd-ggz weergegeven. In 2009 waren er naast de 140.000 cliënten tot 18 jaar ook bijna 110.000 ouders in behandeling. Van de jongeren onder de 18 is een ruime meerderheid van het mannelijke geslacht.



Kader 5 | Aantal cliënten in behandeling, naar leeftijd en geslacht (jeugd-ggz), 2009*

Leeftijd	Man	Man (%)	Vrouw	Vrouw (%)	Totaal	Totaal (%)
0 - 5	6.200	67	3.000	33	9.200	100
6 - 11	44.700	72	17.700	28	62.400	100
12 - 17	42.100	61	26.900	39	69.000	100
Subtotaal 0 - 17	93.000	66	47.600	34	140.600	100
18 - 23	8.700		9.200		17.900	
24 - 64	46.000		62.500		108.500	
65+	300		200		500	
Totaal	148.000		119.500		267.500	

* Cijfers wijken licht af van totalen uit andere tabellen omdat leeftijd en geslacht niet bij alle cliënten bekend zijn

Bron: Sectorrapport GGZ Nederland 2010

Niet alleen in de jeugd-ggz worden jeugdigen behandeld. Vanaf 18 jaar kunnen jeugdigen ook terecht in de volwassenzorg of het circuit beschermd wonen. In totaal zijn 71.000 jeugdigen tussen de 18 en 23 jaar in behandeling bij de ggz. Van deze leeftijdsgroep worden er 18.000 behandeld in de jeugd-ggz. In het circuit volwassenen gaat het om 51.000 jongvolwassenen, terwijl in het circuit beschermd wonen 2.400 cliënten jonger dan 23 jaar bekend zijn. Het gaat daar meestal om adolescenten en jongvolwassenen. Daarnaast zijn jeugdige gezinsleden soms ook in de circuits volwassenen en ouderen in de gezinsbehandelingen betrokken. Dit alles is weergegeven in kader 6, een overzicht van jeugdigen in behandeling per circuit.

Kader 6 | Jongeren naar leeftijd en circuit, 2009*

	Jeugd	Volwassenen	Ouderen	Beschermd wonen	Totaal	Bevolking 2009
0-5	9.200	800	0	0	10.000	1.131.372
6-11	62.400	4.900	0	0	67.300	1.205.416
12-17	69.000	9.000	0	200	78.200	1.191.453
18-23	17.900	51.000	200	2.200	71.300	1.006.873
Totaal	158.500	65.700	200	2.400	226.800	4.535.114

* Cijfers wijken licht af van totalen uit andere tabellen omdat leeftijd en geslacht niet bij alle cliënten bekend zijn

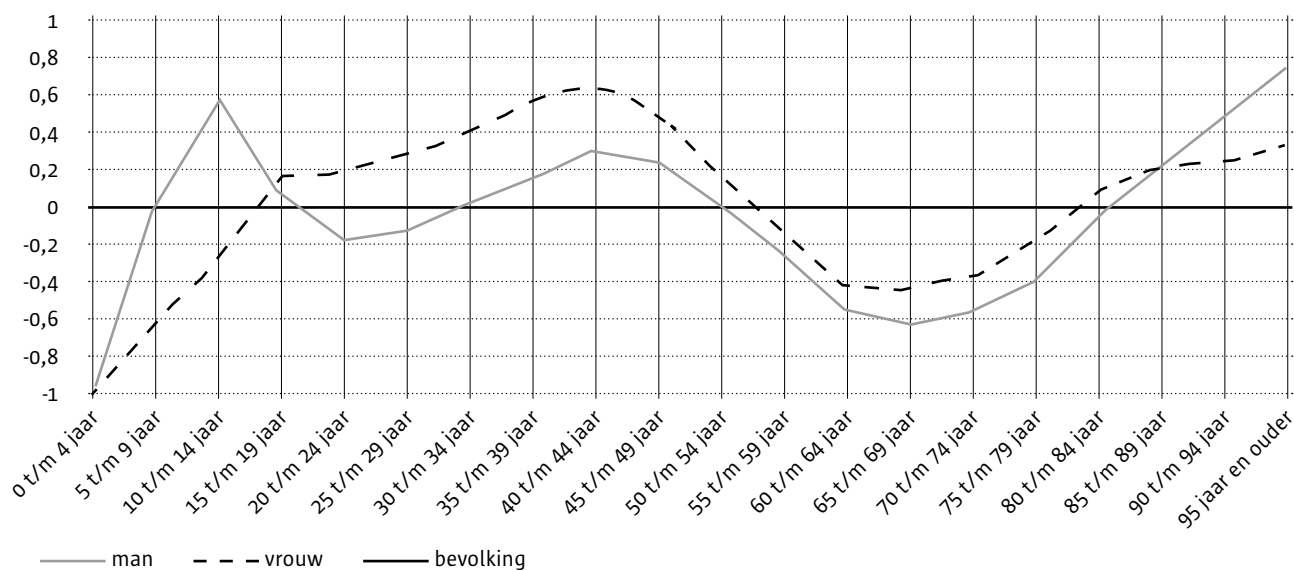
Bron: Sectorrapport GGZ Nederland 2010

Naast bovenstaande aantallen zijn er bij verslavingszorginstellingen ook nog circa 1.500 jongeren onder de 18 jaar in behandeling, evenals 5.000 jongvolwassenen (18-23 jaar).



Kader 7 geeft het relatieve gebruik van ggz in de bevolking weer. Opvallend is de piek in gebruik van ggz-voorzieningen onder jongens in de puberteit. Bij meisjes is er pas op iets latere leeftijd een stijging zichtbaar.

Kader 7 | Relatief gebruik van de ggz naar leeftijd en geslacht, 2009



Bron: Sectorrapport GGZ Nederland 2010 en CBS Statline



C. Aard van de problematiek

Bij de aanmelding van de cliënten wordt de belangrijkste hulpvraag gerubriceerd. Deze klachten houden niet altijd één op één verband met de aandoeningen. Vooral bij kinderen wordt eerst nader onderzoek gedaan naar de oorzaken van klachten. Ook somatisch onderzoek kan daar deel van uitmaken, omdat bepaalde lichamelijke aandoeningen bij kinderen gedragsklachten kunnen veroorzaken. Deze variëren van lastig of teruggetrokken gedrag bij sommige kinderen tot stemmingsklachten bij anderen.

Gedragsklachten vormen de belangrijkste aanleiding om kinderen aan te melden, gevolgd door klachten met betrekking tot het leggen van contacten (Kader 8).

Kader 8 | Top tien aanmeldklachten in de jeugd-ggz, 2009

	(%)
Gedragsklachten	49
Klachten met betrekking tot het leggen van contacten	11
School- en leerklachten en concentratieklachten	9
Angst- en spanningsklachten, fobische klachten, dwangklachten en tics	8
Stemmingsklachten	8
Klachten naar aanleiding van een traumatische gebeurtenis	3
Klachten met betrekking tot relatie partner/gezin/familie	3
Klachten met betrekking tot het lichaam	2
Klachten met betrekking tot de opvoeding	1
Identiteitsklachten	1

Bron: Sectorrapport GGZ Nederland 2010

Na onderzoek wordt een diagnose gesteld en vindt classificatie plaats conform het DSM systeem. Analyse van DBC-gegevens uit de jeugd-ggz levert een gedetailleerd beeld op van de meest behandelde diagnoses. Uit kader 9 blijkt dat vanuit de meest voorkomende hoofddiagnose 'Stoornissen in de kindertijd' is. 68% van alle diagnoses valt binnen deze rubriek, waarbinnen aandachtstekortstoornissen en pervasieve ontwikkelingsstoornissen het meest frequent zijn. Deze twee stoornissen worden overigens minder vaak gediagnosticeerd naarmate jongeren ouder worden, terwijl daarentegen angst- en stemmingsstoornissen in frequentie toenemen.



Kader 9 | Meest voorkomende diagnoses in de jeugd-ggz, uitgesplitst naar leeftijd*

#	primaire diagnose	0 t/m 11 jaar	12 t/m 17 jaar	18 t/m 22 jaar	Totaal
1	Stoornissen in de kindertijd subtotaal	68%	50%	30%	57%
	- Aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit: Gecombineerde type	17%	10%	5%	13%
	- Pervasieve ontwikkelingsstoornis NAO	13%	11%	7%	11%
	- Stoornis op zuigelingenleeftijd, kinderleeftijd of in de adolescentie NAO	8%	4%	2%	6%
	- Aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit: Overwegend onoplettendheid type	5%	5%	3%	5%
	- Autistische stoornis	4%	2%	2%	3%
	- Stoornis van Rett	3%	2%	1%	3%
	- Oppositioneel-opstandige gedragsstoornis	1%	4%	2%	2%
	- Gedragsstoornis NAO	2%	3%	2%	2%
	- Stoornis van Asperger	2%	2%	1%	2%
	- Aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit NAO	2%	2%	1%	2%
	- Reactieve hechtingsstoornis op zuigelingenleeftijd of vroege kinderleeftijd	1%	1%	0%	1%
	- Leerstoornis NAO	1%	1%	0%	1%
	- Leesstoornis	1%	1%	0%	1%
	- Aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit: Overwegend hyperactief-impuls type	1%	0%	0%	1%
2	Overige stoornissen subtotaal	17%	18%	18%	17%
	- Ouder-kind relatieprobleem	10%	9%	7%	9%
	- Relatieproblemen geb. aan een psychische stoornis of een somatische aandoening	3%	2%	1%	2%
	- Relatieprobleem NAO	1%	1%	1%	1%
	- Identiteitsprobleem	0%	2%	5%	1%
	- Levensfaseprobleem	0%	1%	1%	1%
3	Aanpassingsstoornissen	6%	9%	9%	8%
4	Angststoornissen	5%	9%	14%	8%
5	Stemmingsstoornissen	1%	6%	13%	4%
6	Somatoforme stoornis	1%	2%	1%	1%
7	Eetstoornissen	0%	2%	2%	1%
8	Persoonlijkheidstoornissen	0%	1%	5%	1%
9	Stoornissen in de impulsbeheersing	0%	1%	2%	1%
10	Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	0%	1%	3%	1%
11	Aan een middel gebonden stoornissen	0%	0%	2%	0%

* Het betreft hier een procentuele verdeling van de DBC's afgesloten in 2009

Bron: DBC Informatie Systeem (DIS)



D. Afname zorgkosten per cliënt

Het merendeel van de beschikbare middelen voor jeugd-ggz bij de leden van GGZ Nederland wordt omgezet in de curatieve zorg en komt voort uit het recht op verzekerde zorg zoals vastgelegd in de Zorgverzekeringswet. Sinds 2008 maakt de curatieve jeugd-ggz onderdeel uit van het basispakket in de zorgverzekering. De sector heeft de afgelopen jaren, vanwege het krappe budgettaire kader en de groeiende vraag, aangestuurd op beperkte groei en doelmatiger werken met behoud van kwaliteit zodat meer patiënten voor hetzelfde geld kunnen worden behandeld. Externe factoren die een prikkel zijn voor meer doelmatigheid zijn scherpe inkoop op prijs en effectiviteit van zorg door zorgverzekeraars en tariefkortingen die opgelegd zijn door de overheid.

In de AWBZ worden de kosten ondergebracht voor de klinische zorg langer dan een jaar en voor de functie begeleiding in natura, logeervoorzieningen en beschermd wonen. Daarnaast biedt de AWBZ de mogelijkheid van een persoonsgebonden budget (pgb) voor begeleiding naar aanleiding van een psychische aandoening. De cliënt koopt in dat geval zelf de zorg in. Omdat instellingen in het algemeen echter voornamelijk zorg in natura leveren, zijn gegevens over het pgb-AWBZ niet in dit overzicht opgenomen.

Kader 8 toont de aantallen cliënten en verrichtingen en de productiewaarde van verrichtingen in de jeugd-ggz. In 2009 kwam de totale productiewaarde voor de jeugd-ggz neer op ongeveer 542 miljoen euro. Het aantal verrichtingen per cliënt is de laatste drie jaar nagenoeg constant gebleven. De productiewaarde per verrichting is in dezelfde periode met bijna 4% afgenomen.

Kader 8 | Overzicht aantal cliënten, verrichtingen en productiewaarde in de jeugd-ggz

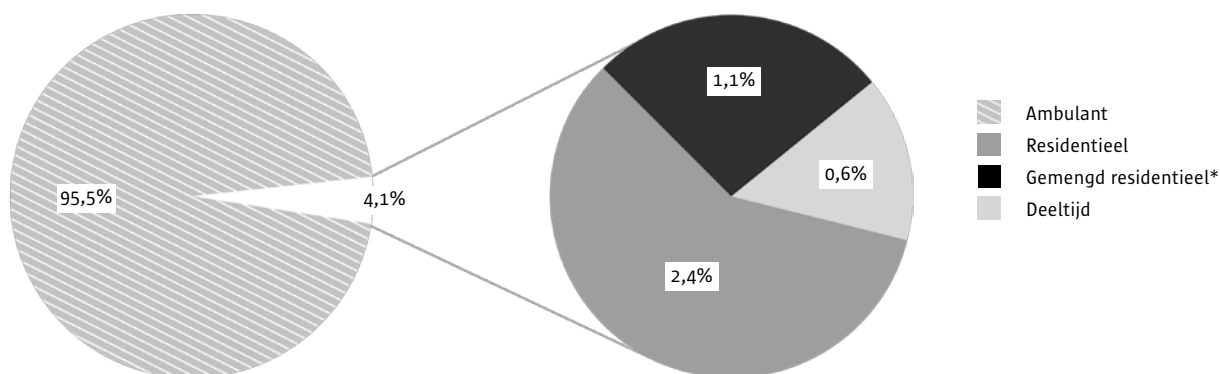
	2007	2008	2009	Groei 2008-2009
Cliënten	227.300	248.200	267.700	8%
Verrichtingen	2.737.300	2.975.700	3.237.900	9%
Productiewaarde (miljoenen €)	473	505	542	7%
Aantal verrichtingen per cliënt	12,0	12,0	12,1	1%
Productiewaarde per cliënt (€)	2.079	2.035	2.023	-1%
Productiewaarde per verrichting (€)	173	170	167	-1%

Bron: Sectorrapport GGZ Nederland 2010



In de jeugd-ggz worden maar weinig cliënten klinisch behandeld (kader 9). Slechts 2,4% van de cliënten ontvangt klinische behandeling, in het circuit volwassenen ligt dit aantal op 6,1%.

Kader 9 | Overzicht aantal cliënten, verrichtingen en productiewaarde in de jeugd-ggz



* Gemengd klinisch: tijdens de behandeling is er een opname of verblijf, maar dit vormt minder dan 50% van het aantal verrichtingen tijdens de behandeling. Daarnaast vindt ambulante of deeltijd behandeling plaats.

Bron: Sectorrapport GGZ Nederland 2010

Kader 10 geeft een overzicht van het aantal bedden in de jeugd-ggz. Hieruit kan niet worden afgeleid of deze bedden ook daadwerkelijk in gebruik zijn. In de afgelopen jaren is al een substantieel aandeel van de klinische plaatsen gesubstitueerd naar ambulante zorg. In de ggz wordt gestreefd naar het verkorten van opnametijden in de kliniek.

Kader 10 | Klinische capaciteit jeugd-ggz

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Aantal bedden	1430	1400	1431	1482	1629*	1682*

* Cijfer gebaseerd op het aantal toegekende jeugdbedden volgens de WTZi

Bron: Jaardocument Verantwoording, WTZi



E. Afname wachttijden en aantal wachtenden

In 2009 zijn zowel de beoordelings- als de behandelwachttijd ten opzichte van 2008 met een week afgenomen (kader 11).

Kader 11 | Gemiddelde afgesloten wachttijd in weken (en % cliënten binnen de Treeknorm^{xxvix}) in het circuit jeugd

	Aanmelding	Beoordeling	Behandeling
2007	6 (51%)	6 (41%)	7 (32%)
2008	6 (51%)	7 (44%)	7 (32%)
2009	6 (49%)	6 (40%)	6 (28%)

Bron: Wachttijden in ggz-instellingen 2009, GGZ Nederland 2010

In kader 12 is te zien dat het aantal wachtende cliënten op 1-1-2010 is afgenomen met 10% ten opzichte van een jaar eerder, ondanks een groei van het aantal nieuwe cliënten van 7% in diezelfde periode. Dit is het gevolg van verbeterde efficiency: in de afgelopen jaren voerden veel instellingen voor jeugd-ggz logistieke verbeteringen door om de doorstroom van cliënten in het zorgproces te verbeteren.

Kader 12

Aantal wachtenden* op 1-1 van het kalenderjaar in de jeugd-ggz

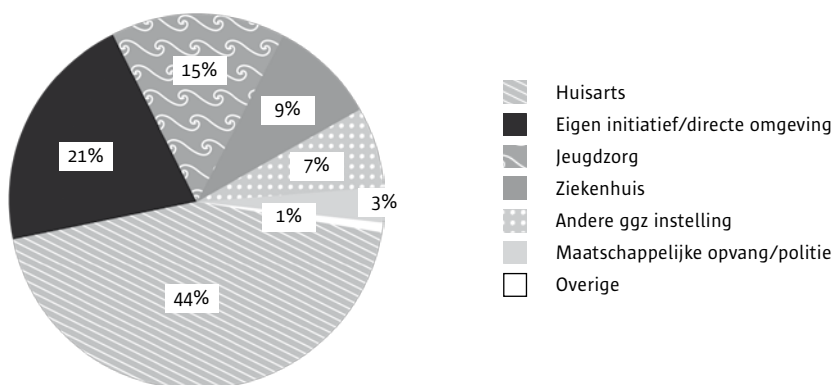
	Aanmelding	Beoordeling	Behandeling	Totaal
01-01-2008	4.900	3.500	1.800	10.200
01-01-2009	4.700	4.800	1.700	11.200
01-01-2010	4.500	4.100	1.500	10.100

* Wachtenden die langer dan de Treeknormen op de wachtlijst staan.

Bron: Wachttijden in ggz-instellingen 2009, GGZ Nederland 2010

Jongeren die behandeld worden in de jeugd-ggz zijn vanuit verschillende instanties doorverwezen (kader 13). De meest voorkomende verwijzer, met 44% van het aantal verwijzingen, is de huisarts. Daarna komen jeugdigen vaak op eigen initiatief of vanuit de jeugdzorg in de ggz terecht. In de verdeling van verwijzers, zoals hieronder weergegeven, is de afgelopen jaren weinig veranderd.

Kader 13 | Verwijzers naar de jeugd-ggz, 2009



Bron: Sectorrapport GGZ Nederland 2010



F. Omvang geïndiceerde jeugdzorg

Alle aanbieders van jeugd-ggz samen (categorale en geïntegreerde jeugd-ggz) hebben een jaaromzet van € 542 miljoen. Hiervan wordt slechts een klein deel (ca.10%) vanuit de AWBZ gefinancierd. Dat betreft klinische zorg langer dan een jaar en de bekostiging van logeervoorzieningen. In dit kader is het eveneens belangrijk om te benadrukken dat de jeugd-ggz slechts een deel van het totale budget voor de jeugdzorg voor haar rekening neemt. De omvang van de jeugd-ggz, jeugdzorg, LVG-zorg, gesloten jeugdzorg en JJI samen bedraagt ruim 2,2 miljard euro. Mede dankzij het feit dat de jeugd-ggz vooral ambulante werkt, zijn de zorgkosten per jeugdige relatief minder dan in de andere sectoren.

Kader 14 | Omvang geïndiceerde jeugdzorg in 2008*

	Provinciale jeugdzorg	jeugd-LVG	jeugd-ggz*	Gesloten jeugdzorg en JJI
Ambulant/extramuraal	48.254	7.294	256.700	
Daghulp/deeltijd	9.348		1.700	
Pleegzorg	21.727			
Residentieel/intramuraal	11.527	5.676	6.400	3.819
Gemengd residentieel			2.900	
Spoedeisende zorg (ambulant)	5.449			
Spoedeisende zorg (residentieel)	5.248			
Totaal	101.554	12.970	267.700	3.819
Kosten (euro's)	1.209 mln	315 mln	542 mln	215 mln

* cijfers jeugd-ggz ambulant hebben betrekking op alle cliënten van het circuit jeugd (jeugdigen tot 23 jaar en ouders)

Bron: Brancherapportage Jeugdzorg 2009, MO-groep; Trendanalyse LVG-zorg 2005 – 2008, PWC; Sectorrapport GGZ Nederland 2009.



Eindnoten

Hoofdstuk 1

1.1

- I Zorg voor je Gezondheid; gedrag en gezondheid de nieuwe ordening. Discussienota uitgebracht door de Raad van Volksgezondheid en Zorg, april 2010
- II Polder, J. e.a. Zorg is niet alleen een kostenpost. Medisch Contact, september 2010, p. 1934-1937.
- III Balans Magazine december 2009, januari 2010; Mentaal kapitaal; leer kinderen op school meer over zichzelf.

1.2

- IV Schweinhart, Lawrence J. Lasting Benefits of Preschool, 1994, ERIC Identifier: ED365478
The impact of Sure Start Programs on Three Year Olds and their Families, 2008, NESS studies, www.ness.bbk.ac.uk
Edward Melhuish. Finance Comitee: Inquiry into Private Spending. www.scottish.parliament.uk
- V In 'Zicht op Kennis' is door het Landelijk Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie een overzicht gemaakt van behandelprogramma's in de jeugd-ggz die in theorie of bewezen effectief zijn.
- VI ROMCKAP betekent routine outcome measurement consortium kinder en adolescente psychiatrie; www.romckap.org

1.3

- VII Achter de Wachtlijst: Inzicht in de vraag naar jeugd-GGZ. Van Montfoort Collegio. Mei 2010

1.4

- VIII NJI (2009). Meer dan de som der delen; voorbeelden van succesvolle samenwerking tussen de jeugdzorg en de jeugd-ggz.

Hoofdstuk 2

2.2

- IX Cijfers over de prevalentie verschillen tussen onderzoeken, vooral door verschillen in definities en methoden. Sommige onderzoeken rapporteren prevalenties van boven de 30% voor psychische stoornissen onder jeugdigen. Maar als deze groep vervolgens beperkt wordt tot de stoornissen in combinatie met duidelijk disfunctioneren, dan blijft hiervan 5-6% over. Bron: Verhulst FC, Kinder en jeugdpsychiatrie, in: De Jong A, et al (1999). Handboek Psychiatrische Epidemiologie. Maarsen: Elsevier/De Tijdstroom.

2.4

- X WGBO: wet op de geneeskundige behandelovereenkomst
- XI American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition. Washington, DC.

2.6

- XII Het jeugdbeleid volgens de Wet maatschappelijke ondersteuning en de Wet op de jeugdzorg; de jeugdgezondheidszorg volgens de Wet publieke gezondheid.
- XIII KOPP staat voor Kinderen van Ouders met Psychiatrische Problemen. Omdat zij anderhalf keer zo veel risico lopen dan anderen om zelf psychische stoornissen te ontwikkelen biedt de ggz een preventief aanbod. Dat gebeurt in de vorm van voorlichting en training en via internet. Het aanbod wordt onderzocht op effectiviteit. Ook voor ouders is er een aanbod om hen te ondersteunen in de opvoeding. Via internet is informatie te vinden via www.kopstoring.nl en www.kopopouders.nl



XIV POH GGZ staat voor praktijkondersteuner huisartsenzorg ggz. Deze professional, meestal een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige of maatschappelijk werkende, werkt in de huisartsenpraktijk is. De zorg is laagdrempelig ter ondersteuning van mensen met psychische aandoeningen. De hulpverlener voert kortdurend gesprekken en verwijst zo nodig door naar de ggz. De POH-GGZ valt binnen de Zorgverzekeringswet.

2.7

XV RIBW staat voor regionale instellingen voor beschermd wonen. Deze vorm van zorg heeft vooral betrekking op begeleiding bij het wonen en is onderdeel van de AWBZ.

XVI Zie hiervoor de meldcode “Over sommige kinderen moet je praten: code voor het melden van kindermishandeling voor de GGZ.”: GGZ Nederland, 2008 en “Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg”: GGZZ Nederland i.s.m. onder andere de KNMG, 2010.

2.8

XVII De Wet BOPZ staat voor Bijzondere Opnemingen in Psychiatrisch Ziekenhuizen. Binnenkort wordt deze wet vervangen door de Wet Verplichte GGZ.

XVIII Inspectie voor de gezondheidszorg. Kwaliteit van klinische Kinder- en jeugdpsychiatrie goed op streek; verbeteringen mogelijk. Oktober 2010

XIX PIJ maatregel betekent Plaatsing in een Jeugdinstelling. De kinderrechter legt dit op als behandeling nodig is om recidive van een delict te voorkomen. Een gedragsbeïnvloedende maatregel kan opgelegd worden om dezelfde reden. In het kader van deze maatregel worden cliënten verplicht mee te werken aan intensieve ambulante (gezins)behandeling.

XX Positie en meerwaarde van de orthopsychiatrie. Van de Kwartel & Nienoord. December 2009

XXI Achter de Wachtlijst; inzicht in de vraag naar jeugd-ggz; van Montfoort Collegio, 2010

XXII B&A (2009) Combinaties van zorg bij jeugdigen.

XXIII Van Nieuwenhuijzen, Orobio de Castro & Matthys, 2007

2.10

XXIV BMC (2009). Evaluatieonderzoek Wet op de jeugdzorg; Gezondheidsraad (2009). Autismespectrumstoornissen: een leven lang anders; Linschoten e.a. Taskforce invoering maatregelen AWBZ-zorg voor jeugd-LVG en Jeugd-GGZ (2009). Verkeerd verbonden: Naar houdbare voorzieningen voor jeugdigen; Onderwijsraad (2009). De school en leerlingen met gedragsproblemen; SER (2009). De winst van maatwerk-je kunt er niet vroeg genoeg bij zijn; B&A (2009). Combinaties van zorg bij jeugdigen; van Ojen (2009). Jeugdzorg samen sterk; WRR (2009). Vertrouwen in de school. Over de uitval van ‘overbelaste’ jongeren.

XXV Standpunt GGZ Nederland op het stelsel jeugdzorg, November 2009

XXVI Perspectief voor Jeugd en Gezin: Kabinetsvisie op toekomst van zorg en ondersteuning voor jeugdigen en gezinnen (2009)

XXVII De Tweede Kamer der Staten-Generaal, Werkgroep Toekomstverkenningen Jeugdzorg 18 mei 2009. Jeugdzorg dichterbij



Bijlage

A

XXVIII Crijnen AAM, Achenbach TM, Verhulst FC. Problems reported by parents of children in multiple cultures: The Child Behavior Checklist Syndrome Constructs. Am J Psychiatry 1999; 156: 569-574

E

XXVIX Treeknormen: Door zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn normen opgesteld voor aanvaardbare wachttijden.

Er zijn normen per wachtfase opgesteld:

- De periode tussen de aanmelding en het 1e intakegesprek (A)
- De periode van de intake (B)
Deze periode eindigt als de indicatie is gesteld en de behandeling kan gaan starten
- De periode tussen het einde intake en start behandeling (C)

Onderstaande tabel geeft de Treeknormen voor de ggz

	Wachtfase	Treeknorm
A	aanmelding	4 weken, 80% binnen 3 weken
B	intake	4 weken, 80% binnen 3 weken
C	behandeling ambuland	6 weken, 80% binnen 4 weken
C	behandeling klinisch	7 weken, 80% binnen 5 weken
C	beschermde wonen	13 weken, 80% binnen 8 weken

Voor acute zorg gelden bovenstaande normen niet. In dat geval dient binnen 24 uur hulp verleend te worden.



Colofon

GGZ Nederland

Redactie:

Paul Willems

Jos Rietveld

Bertine Lahuis

Arnold Allertz

Corina Brekelmans

Met medewerking van:

Anne Pauline Cohen

Joan Muijsken

Tineke Stikker

Welmoed van Rijs

Ineke de Ridder



Uitgever
GGZ Nederland

Datum
februari 2011

Publicatienummer
2011 - 369

Bezoekadres
Piet Mondriaanlaan 50/52
3812 GV Amersfoort

Postadres
Postbus 830
3800 AV Amersfoort
telefoon 033 - 460 89 00
e-mail info@ggz nederland.nl
website www.ggz nederland.nl

Drukwerk
ZuidamUithof Drukkerijen, Utrecht

Ontwerp en vormgeving
Lawine grafisch ontwerp, Utrecht